

Bijlage 1

Visie op de toekomstige ontwikkeling van de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist

C. Bronkhorst (BronkhorstVerrips) in opdracht van de RVZ

Inleiding/aanleiding

In maart 2009 bracht de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg zijn advies “Governance en kwaliteit van zorg” uit. In de nazorg van dit advies buigt de RVZ zich over de vraag in welke zin de arbeids-/toelatingsovereenkomsten tussen het ziekenhuis en de daarin werkzame medisch specialisten aanpassing behoeven. Deze vraag moet worden beantwoord in een (kort) briefadvies, dat in het voorjaar van 2010 zal worden aangeboden aan de minister van VWS. Ten behoeve van dit adviestraject is onderstaande notitie op verzoek van de RVZ door BronkhorstVerrips opgesteld waarin een visie is neergelegd op de gewenste/noodzakelijke) toekomstige ontwikkeling van de relatie tussen ziekenhuis en de daarin werkzame medisch specialisten.

In deze notitie wordt achtereenvolgens de huidige stand van zaken van de contractuele relatie van het ziekenhuis en de daarin werkzame medisch specialisten beschreven, ingegaan op de vraag waarom deze relatie dringend aan herziening toe is en worden meer concrete handvatten aangereikt op welke onderdelen van het thema Kwaliteit van Zorg de contractrelatie moet worden aangepast. Tevens zijn enkele overwegingen opgenomen ten aanzien van het aanspreekpunt van geleverde / te leveren kwaliteit van zorg: is dat de individuele medisch specialist, de maatschap of vakgroep als kleinste organisatorische eenheid in het ziekenhuis en/of de medische staf. Tot slot is een kader geboden waarbinnen het borgen van Kwaliteit van Zorg in ziekenhuizen gestructureerd en gesystematiseerd een plaats wordt gegeven; compliance in ziekenhuizen.

Algemeen:

De huidige juridische relatie van het ziekenhuis en de daarin werkzame medisch specialisten wordt beheerst door een arbeidsovereenkomst die integraal onderdeel uit maakt van de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist (AMS) en op de modeltoelatingsovereenkomst (uit 2000 resp. 2006) gebaseerde individuele overeenkomsten. Vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in een ziekenhuis en medisch specialisten in dienst van dat ziekenhuis ‘vinden elkaar’ in het Document Medische Staf (DMS) dat voor beide aanstellingsvormen in één ziekenhuis hetzelfde document is. Hieronder wordt nader ingegaan op structuur van DMS.

Voor het laatst in 2000 hebben in de toelatingsovereenkomst belangrijke wijzigingen plaatsgevonden, onder andere op het gebied van de te leveren Kwaliteit van zorg door de medisch specialist. Sedertdien zijn noch de toelatingsovereenkomst noch de arbeidsovereenkomst op dit thema geactualiseerd. Dat betekent dat in de sector specialistische beroepsbeoefenaren in ziekenhuizen werken op basis van contracten die gebaseerd zijn op een model dat inmiddels meer dan tien jaar oud is. En dat terwijl sinds begin 2000 een veelheid van beleidsinitiatieven op het thema kwaliteit hebben geresulteerd in concrete acties die ook contractueel verankerd zouden moeten worden. Geconstateerd moet worden dat het thema bekostiging van de medisch specialistische zorg wel steeds aanleiding gaf aan de landelijke organisaties om de toelatingsovereenkomst voor de vrijgevestigde medisch specialisten aan te passen. In 2000 en later in 2006 (marginaal, louter gericht op invoering van de DBC-bekostigingssystematiek).

De juridische relatie van het ziekenhuis en de daarin werkzame vrijgevestigde medisch specialisten is aan herziening toe. Aan deze stelling ligt de volgende vraag te grondslag: Kan van een RvB worden verlangd

dat zij een juridische relatie accepteert die zijn oorsprong vindt in de jaren 60 van de vorige eeuw en weliswaar in 2000 en 2006 is aangepast, terwijl de hele omgeving waarin het ziekenhuis en de daarin werkzame medewerkers, fundamenteel is veranderd? In enkele steekwoorden: marktwerking met toenemende concurrentie tussen ziekenhuizen als gevolg, selectief inkoopbeleid door zorgverzekeraars, op andere leest geschoeide bekostiging van ziekenhuizen met meer risico's voor de instelling en sterk veranderde eisen over de kwaliteit van de geleverde zorg door het streven naar verantwoording en meer transparantie en juridische explicitering van de eindverantwoordelijkheid van de RvB voor o.a. kwaliteit van zorg. En last but not least: de ontwikkelingen rond het thema governance van zorginstellingen en van ziekenhuizen in het bijzonder, die zich de afgelopen jaren in hoog tempo hebben opgevolgd.

Als zoveel al wel duidelijk is geworden dát de relatie ziekenhuis – medisch specialist moet worden aangepast, dan komt de vraag aan de orde welke thema's voor aanpassing aan de orde komen. In deze notitie wordt niet ingegaan op de vraag welke soort overeenkomst anders dan de klassieke toelatingsovereenkomst en de arbeidsovereenkomst meest geschikt is om moderne relaties in vorm te geven.

Kwaliteit van Zorg

De legitimatie van de medisch specialist om in het ziekenhuis te werken is dat hij zorg van een kwalitatief hoog niveau levert. Volume/honoreringdiscussie is een issue geworden, waar de politiek geen geduld meer mee heeft. Dat zou moeten doorklinken in nieuwe juridische verhouding van het ziekenhuis met de daarin werkzame medisch specialisten. Een contractrelatie zou het primair om de kwaliteit te doen moeten zijn, secundair om volume en honorering.

De RvB is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en faciliteert, investeert, controleert en handhaaft om die eindverantwoordelijkheid vorm en inhoud te geven. Dat is een systeemverantwoordelijkheid, waarbij het gaat om het organiseren van zorg en het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen). De kwaliteit van zorg zoals die door de patiënt aan den lijve wordt ondervonden kan alleen maar worden geleverd door de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten (en de vele andere bij de directe of indirecte) patiëntenzorg betrokken medewerkers van het ziekenhuis. Dit is een inhoudelijke op de individuele zorg van de patiënt gerichte verantwoordelijkheid, tuchtrechtelijk gesanctioneerd via de wet BIG (meestentijds de individuele medisch specialist/ verpleegkundige (art. 3 beroepsbeoefenaar) en soms de vakgroep/maatschap) en civielrechtelijk op grond van de WGBO. Daar is de RvB ook voor medeverantwoordelijk (via het centraal adres aansprakelijkheid in de WGBO).

De kunst is de systeemverantwoordelijkheid van de RvB en de individuele verantwoordelijkheid van de professional voor de op de individuele patiënt gerichte zorg aanvullend aan elkaar te laten zijn. Die twee verantwoordelijkheden moeten elkaar ontmoeten aan de basis en een RvB moet in staat zijn daar verantwoording over af te leggen. Het zou dus zo gezien kunnen worden dat uiteindelijk de individuele medisch specialist een van de RvB afgeleide verantwoordelijkheid heeft voor kwaliteitszorg ex KZi, omdat het totaal van de BIG-rechtelijke en WGBO-rechtelijke verantwoordelijkheden in het systeem van de KZi de eindverantwoordelijkheid van de RvB bepaalt. Niets is minder logisch om de maatschap of vakgroep als kleinste organisatorische verband in de ziekenhuisorganisatie te gebruiken als aanspreekpunt voor kwaliteit van zorg. In de maatschap komen immers samen de basis van de systeemverantwoordelijkheid waarop bestuur wordt aangesproken en de beoefening van de professie met de meeste directe collega's welke beoefening tuchtrechtelijk en civielrechtelijk kan worden gesanctioneerd. Dit pleit er voor om de maatschap en vakgroep, als ook de medische staf op een hoger abstractieniveau, een centrale rol toe te delen in het borgen en afleggen van verantwoording over de kwaliteit van de geleverde zorg. En wel zodanig qua inhoud, dat het bestuur zijn verantwoordelijkheid op grond van de KZi (en andere wet- en regelgeving, interne codes etc.) kan waarmaken. Als aanvullend argument kan nog worden aangevoerd het wetsvoorstel voor de personenvennootschappen op grond waarvan maatschappen verdwijnen en er stille/openbare vennootschappen al dan niet met rechtspersoonlijkheid worden geïntroduceerd. In dat model is de ontwikkeling bepaald niet uit te sluiten dat de individuele medisch specialist naar de 'achtergrond' verdwijnt en de personenvennootschap als contractant van het ziekenhuis over kwaliteit, prijs en volume er voor in de plaats komt. In dat geval zal een ziekenhuis met een entiteit te maken krijgen. Dat staat laat op zich nog onverlet de individuele verantwoordelijkheid van de medisch specialist, maar creëert wel een nieuw aanspreekpunt.

Governance in een ziekenhuis: het delen van de bestuursmacht

Het algemeen deel van het DMS valt in feite in twee onderdelen uiteen. In het eerste wordt geregeld hoe de RvB haar bestuursmacht op grond van statutaire wettelijke positie deelt met de medisch specialisten. Het tweede onderdeel is het juridisch technisch mogelijk maken dat collectieve afspraken tot stand komen en

doorwerken in de oude toelatingsovereenkomst (met enkele waarborgen). Het eerste onderdeel wordt gezien als de vertaling van het GMSB en verwoordt daarmee het twee-kapiteins-op-een-schip-beeld. Het tweede onderdeel is de beleidsmatige wens van Orde en NVZ het collectief van medisch specialisten in de uitwerking van regelingen meer op de voorgrond te zetten ten opzichte van de individuele medisch specialist.

De recente ontwikkelingen en visies over corporate governance en de steeds meer geëxpliciteerde eindverantwoordelijkheid van de Raden van Bestuur (met toenemende gedachten over sanctiebeleid en persoonlijke aansprakelijkheid van bestuurders), maakt dat het eerste onderdeel van het DMS aan fundamentele herziening toe is. Ook hier zal gelden dat hier vooral in tot uitdrukking moet komen hoe op lokaal niveau men met elkaar omgaat, hetgeen niet (meer) via een blauwdruk op landelijk niveau kan worden vormgegeven. Deze gedachte wordt mede gevoed door de constatering dat het DMS maar mondjesmaat van de grond is gekomen en slechts in een zeer beperkt aantal ziekenhuizen het DMS in de geest van de bedoeling inhoud is gegeven. Veel eerder zal in plaats van het DMS gesproken moeten gaan worden van een Document Collectieve Regelingen (DCR). In een daar los van staand statuut kan invulling worden gegeven hoe de Raad van Bestuur haar formele bestuursmacht ‘deelt’ met interne stakeholders, waar de medische staf er uiteraard één van is. Met “delen” is niet bedoeld het op een formele manier, namelijk via de statuten, regelen daarvan, maar is bedoeld op het geven van op een verantwoorde manier uitoefenen van invloed door de stakeholders. Dat statuut zou uiteraard een codificatie moeten zijn van hoe men lokaal met elkaar omgaat en welke rollen en posities daarin worden ingenomen, danwel als gelegenheid aangrijpen om nieuwe verhoudingen vast te leggen en vast te leggen hoe het bestuur intern zich voedt met informatie waarover intern en extern verantwoording kan worden afgelegd, ook naar de stakeholders. In feite heb je het dan over compliancemanagement.

Goed bestuur

Goed bestuur wordt uiteindelijk bepaald door gedrag van mensen, de bereidheid van mensen om verantwoordelijkheid te nemen en daarover verantwoording af te leggen.

Om te kunnen spreken van Goed Bestuur zal mede gelet op de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek (BW) c.q. de statutaire verantwoordelijkheid, het bestuur van een instelling inzicht moeten geven in c.q. zich moeten verantwoorden over de hem toevertrouwde belangen. Verantwoording afleggen strekt zich uit van kwaliteit van zorg, het gevoerde financiële beleid en de resultaten, HRM-beleid en onroerend goed tot de opstelling van de instelling in de *environment*. Toegespitst op kwaliteit van zorg speelt daarnaast de Kwaliteitswet zorginstellingen die de eindverantwoordelijkheid ter zake bij het bestuur legt.

De RvZ constateert op pagina 44 dat de medisch specialist geen verantwoording aflegt aan de RvB over de kwaliteit van de geleverde zorg, althans dat dit onvoldoende is geregeld in de contractuele verhouding. Vraag die zich dan opdringt: hoe kan een bestuur verantwoording afleggen voor de kwaliteit van zorg dat voor een bepaald deel wordt geleverd/verzorgd door medisch specialisten, die in feite aan de wortels (zij en niemand anders bepalen de kwaliteit op de OK en in de spreekkamer) staan van de kwaliteit van de door hen geleverde/verzorgde zorg. Dit uiteraard weer geabstraheerd van het feit dat in het ziekenhuis vele medewerkers in het primaire proces de kwaliteit van zorg (mede) bepalen, maar de notitie richt zich gelet op de opdracht op de medisch specialistische professionals.

Naar analogie speelde een vergelijkbare vraag ook bij het afleggen van verantwoording door een bestuur voor het juist, tijdig en volledig registeren van DBC's, een activiteit die primair door de medisch specialisten wordt verzorgd. Een bestuur kan in gemoede extern een verklaring afleggen dat e.e.a. conform de vigerende regels is geschied, als het bestuur zich er ook intern van heeft vergewist dat e.e.a. conform de vigerende regels is geschied. Het is zeer wel denkbaar dat van maatschappen of op het niveau van de medische staf een vergelijkbare verklaring wordt verlangd. Mutatis mutandis zou dit dus ook kunnen voor het thema “kwaliteit van zorg”, in de vorm van een kwaliteitsverklaring waarover langs verschillende criteria over verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg een verklaring wordt afgelegd. Dit past ook in een meer integrale benadering van wat in wezen de kern vormt van de problematiek: hoe kun je als bestuurder laten zien dat je verantwoord met de toevertrouwde belangen om gaat en hoe organiseert de bestuurder dat. Het gaat dan in feite niet alleen om kwaliteit van zorg maar om een integraal compliancemanagementsysteem voor financiën/bekostiging, HRM, onroerend goed én kwaliteit van zorg. Daar wordt hieronder nader op ingegaan.

Meer concreet:

Terug naar de individuele contractrelatie met de medisch specialisten. Wat moet in de contractrelatie tussen het ziekenhuis en de daarin werkzame medisch specialisten, toegelaten en in dienst, in concreto worden geregeld om meer inhoud te geven aan verantwoording op het thema kwaliteit van zorg? Met andere

woorden: uit welke elementen zou een verklaring van de medisch specialisten omtrent verantwoorde zorg / kwaliteit van zorg kunnen bestaan?

Eerst zou vastgesteld moeten worden waar de medisch specialist een verantwoordelijkheid heeft vanuit de beoefening van zijn medisch specialistisch beroep. Vervolgens levert dat de elementen op waarover verantwoording wordt afgelegd. Zoals eerder geconstateerd is het niet onlogisch om de maatschap of vakgroep, resp. de medische staf, hierin een centrale rol toe te dichten. Daarvoor leent echter de individuele overeenkomst met de medisch specialist zich veel minder. Die rol zou in een DMS(-achtig) document moeten worden vastgelegd.

Te denken valt aan:

1. De medisch specialist neemt de zorg van een goed hulpverlener in acht en handelt daarbij volgens de voor de medisch specialistische zorg geldende professionele standaard.
2. De medisch specialist handelt overeenkomstig de kwaliteits- en veiligheidsrichtlijnen van de Wetenschappelijke Vereniging van zijn specialisme.
3. De medisch specialist draagt zorg voor zijn (her)registraties in het kader van de wet BIG en de MSRC, op straffe van rechtmatige opzegging van de aanstellingsovereenkomst (arbeids- of ondernemerscontract) of het moment van herregistratie gekoppeld aan de duur van de overeenkomst.
4. De medisch specialist handelt overeenkomstige eventueel vastgestelde en vigerende gedragscodes (landelijk / lokaal)
5. Tot stand koming van Kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en medisch specialist. De RvB stelt het vast.
6. De medisch specialist verleent medewerking aan het door de instelling organiseren en leveren van verantwoorde zorg en levert zelf eveneens verantwoorde zorg: zorg die voldoet aan de professionele standaard, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is en is afgestemd op de reële behoeften van de patiënt. De medisch specialist oefent zijn praktijk op dienovereenkomstige wijze uit.
7. De medisch specialist werkt mee aan:
 - a. Accreditatie/certificering en/of andere audits en toetsingen door derden van (delen van) het ziekenhuis
 - b. Visitaties door WV'en
 - c. Deelnemen en ondergaan van intercollegiale toetsing
 - d. Onderzoek en behandeling van klachten
 - e. Deelname in en uitvoering van kwaliteitsverbeteringstrajecten
 - f. Volgen van bij- en nascholing
 - g. Verzorgen van patiëntbegeleiding
 - h. Coördinatie van medisch specialistische zorg
 - i. Toereikende documentatie van het zorgproces
8. In het bijzonder werkt de medisch specialist mee aan:
 - a. Implementatie van het registratiesysteem voor de prestatie-indicatoren en het registreren van indicatoren en andere parameters die op zijn specialisme van toepassing zijn en in het kader van het volgen van verantwoorde zorg door de RvB noodzakelijk worden geacht en het meewerken aan onderzoek naar de gegevenslevering achter de indicatoren (audits/controles)
 - b. De complicatieregistratie binnen het ziekenhuis; het onderhouden daarvan binnen de vakgroep en periodiek in de vakgroep bespreken van de uitkomsten. Significante en meer dan incidentele afwijkingen ten opzichte van het door de WV van zijn specialisme acceptabel geachte aantal meldt de medisch specialist aan de RvB en het stafbestuur
 - c. De implementatie, uitvoering en evt. Accreditatie en/of certificering van het patiëntveiligheidsbeleid als geïntegreerd onderdeel van het totale kwaliteitsbeleid
9. De medisch specialist meldt een incident of bijna incident onverwijld aan de MIP-commissie en verschaft daarbij schriftelijk alle feitelijke en relevante informatie
10. De medisch specialist meldt en rapporteert een zeer ernstig incident en een fataal incident (calamiteit) onverwijld aan RvB en stafbestuur

De medisch specialist legt – gelet op de eindverantwoordelijkheid van de RvB – verantwoording af over de kwaliteit van de door hem geleverde zorg en van zijn overige met de beroepsuitoefening samenhangende activiteiten. Hij verschaft aan de RvB de nodige gegevens overeenkomstig het hiervoor op te stellen informatieprotocol. Vanuit deze verantwoordelijkheid zorgt de RvB er voor dat vanuit een onafhankelijke functie de naleving en handhaving systematisch wordt gemonitord en verder wordt ontwikkeld (compliance)

De hierboven bedoelde gegevens betreffen in ieder geval:

1. Resultaten van de door de medisch specialist verrichte behandelingen

2. Opgave van soorten en aantallen van daarbij opgetreden complicaties
3. Gevolgde bij- en nascholing
4. Mutaties in wettelijke (her)registraties van de medisch specialist
5. Afschriften van rapporten van kwaliteitsvisitaties die de medisch specialist betreffen
6. Afschriften van rapporten van opleidingsvisitaties waaraan de medisch specialist participeert/ niet-opleidingsvisitaties van de vakgroep
7. Rapportage van de evaluatie van het functioneren van de medisch specialist
8. Gesignaleerde knelpunten bij het toepassen van richtlijnen en protocollen in zijn medische praktijk en de naar aanleiding daarvan voorgestelde / genomen maatregelen
9. Resultaten van de op de medisch specialist betrekking hebbende patiënttevredenheidsonderzoeken
10. Resultaten van de op de medisch specialist betrekking hebbende personeelstevredenheidsonderzoeken
11. De met betrekking tot de medisch specialist binnengekomen klachten
12. De gemelde incidenten waarbij de medisch specialist betrokken is
13. Alle procedures van civiel-, straf, of tuchtrechtelijke aard betreffende zijn beroepsuitoefening
14. Stand van zaken alle geplande, in gang gezette en voltooide verbeteracties in de kwaliteit van de zorgverlening

Tot slot: over compliance in de gezondheidszorg als applied governance.

De kern van het thema “Kwaliteit van Zorg” en de kern van de rol van de bestuurder er in is gelegen in het op systematische wijze bewaken van en zondig ingrijpen in de Kwaliteit van Zorg. Dit kan in feite alleen als er een managementtool is op grond waarvan de bestuurder beschikking krijgt over de relevante informatie. Informatie die de basis biedt voor de bestuurder om zondig in te grijpen en om verantwoording af te leggen.

Deze notitie beperkt zich gelet op de opdracht tot het thema Kwaliteit van Zorg. Toch is het logisch om de hierboven geschetste ontwikkeling in een bredere context te plaatsen door te vragen te stellen wat een bestuurder kan helpen om zich in de uitoefening van zijn taak als een redelijk handelend en behoorlijk bestuurder te laten functioneren. In de eerste plaats is de constatering op zijn plaats dat een bestuurder niet alleen eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van Zorg, maar ook voor het gevoerde financiële beleid en de financiële resultaten, het HRM beleid, de ‘*real estate*’ en *environment* (het milieu, de omgeving). In de tweede plaats moet de vraag worden gesteld met behulp van welk mechanisme een bestuurder die verantwoordelijkheid systematisch waar kan maken. Het is dan efficiënt en resultaatgericht om tot een aanpak te komen die in essentie voor al die velden hetzelfde is. De inrichting van een compliancemanagementsysteem kan dan een goed instrument zijn, zo blijkt in andere sectoren en in andere landen.

Compliance wordt wel gedefinieerd als het zodanig organiseren en structureren dat wordt voldaan aan de eisen die wet- en regelgeving, maar ook eigen (gedrags-)regels, codes en richtlijnen stellen, ofwel gericht op de risico’s in de al dan niet naleving van wet- en regelgeving, interne codes, protocollen, de missie en strategie etc.. Hóe het wordt geregeld is aan ‘de operaties’, mits het maar voldoet aan genoemde regelingen en uitgangspunten.

Mochten de eisen veranderen, dan is de functie van compliance er in gelegen dit te signaleren, ‘de lijn’ te informeren en er op toe te zien dat de veranderingen worden geïmplementeerd. Compliance bewaakt langs deze weg de reputatie, de missie, het risico op aansprakelijkstelling, de integriteit en hiermee de invulling van het maatschappelijk ondernemerschap. Compliance heeft hierdoor dus ook invloed op strategisch-commerciële keuzes, maar maakt niet de inhoudelijke afwegingen.

Compliance is al een begrip bij de financiële instellingen en beursgenoteerde ondernemingen, en komt steeds vaker voor in teksten van overheidsorganen en daarmee vindt het begrip ook zijn ingang in de gezondheidszorg. In navolging hiervan denken steeds meer ziekenhuizen serieus na over de inrichting van systematische compliance. Ook is onlangs de Stichting Compliance Gezondheidszorg opgericht, die de ontwikkeling van dit thema wil stimuleren en ondersteunen.

Compliance management sluit aan bij elementen van de governancecode, bij kwaliteitszorg en riskmanagement, financieel maar juist ook gericht op de *non-financials*. Essentie is integriteit bij alles wat er gebeurt. Het is een strategisch en een praktisch instrument. Compliance is de paraplu over en cement tussen de zorg- en managementsystemen die er al zijn, het bewaakt afstemming, vermijdt dubbeling en maakt lacunes zichtbaar. Vervolgens kan de bestuurder afgewogen beslissingen nemen in waar iets aan moet worden gedaan en welke zaken geaccepteerd kunnen worden: comply or explain en weten wat je weet en weten wat je niet weet.

Compliance omvat de naleving van wet- en regelgeving, de opstelling en naleving van gedrags- en evt. ethische codes, maar ook klokkenluiderregelingen, de omgang met toezichthouders etc.. Er zijn verbindingen met accountancy, maar ook duidelijke verschillen in aanpak, positie, taken en verantwoordelijkheid. Accountancy kan veel voordeel hebben van goed georganiseerde compliance, maar kan het niet zelf doen. Andersom kan compliance gebruik maken van de informatie die accountantscontrole oplevert. De achterliggende integriteitseisen verhinderen banden tussen compliance en (de ook dit controlerende) accountant.

Compliancemanagementsysteem

Een compliancemanagementsysteem is een mechanisme dat de complianceactiviteiten en het afleggen van verantwoording daarover mogelijk maakt en faciliteert op de te onderscheiden gebieden (zoals Finance, Real Estate, Quality, Research, HRM, Environment), de facilitering en monitoring hiervan en dat de resultaten intern (en extern) worden getoond. Het beoogde compliancemanagementsysteem moet leiden tot de realisatie van de compliancedoelstelling.

Relatie met andere audit-, toetsings- en managementsystemen

Zorginstellingen worden het laatste decennium overspoeld met externe auditsystemen e.d.. Dit is een weerslag van de maatschappelijke ontwikkelingen, die vragen om meer inzicht en garantie. Vele bedrijven zijn in dit gat gesprongen, vaak gesteund door toezichthouders, omdat het hun werk vermindert en zij niet de kosten hebben. Voorbeelden: HKZ, NIAZ, HACCP, NEN X, INK, ISO X, VMS, indicatorenssystemen van toezichthouders. Vraag is dan logisch wat compliance hieraan toevoegt.

Compliance is te zien als de paraplu over al dit soort systemen. Deze systemen gaan in het algemeen over een specifiek aandachtsgebied. Dit kan een groot gebied zijn, bijv. “Kwaliteit van zorg”, of een specifiek deelgebied (bijv. HACCP). Er staat echter niet dat specifiek voor een bepaald systeem moet worden gekozen.

Een voorbeeld: De Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt dat er sprake moet zijn van een systematische kwaliteitszorg, waarvan verslag wordt gedaan. Er staat nergens dat dit moet worden getoetst door HKZ of het NIAZ. Een zorginstelling kan ook voor een geheel eigen systeem kiezen en dat desgewenst door wie dan ook laten toetsen. Compliance ziet er hierbij op toe dat het gebeurt, dat aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt voldaan, in het algemeen niet hoe.

Meer over compliance in de gezondheidszorg is te vinden op www.bronkhorstverrips.nl