

# De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg

Briefadvies



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



# RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

## **Samenstelling van de Raad**

### **Voorzitter**

Prof. drs. M.H. Meijerink

### **Leden**

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

### **Algemeen secretaris**

Drs. P. Vos

# **De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg**

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, maart 2010

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
Tel 070 3405060  
Fax 070 3407575  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

Colofon

Ontwerp: Vijfkeerblauw  
Fotografie: Eveline Renaud  
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom  
Uitgave: 2010  
ISBN: 978-90-5732-217-4

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of per mail bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)) onder vermelding van publicatie-nummer 10/01.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b> <b>Waarom een briefadvies over dit onderwerp?</b>	<b>7</b>
<b>2</b> <b>Functie van het briefadvies</b>	<b>9</b>
<b>3</b> <b>Nadere afbakening van het onderwerp</b>	<b>10</b>
<b>4</b> <b>Leeswijzer</b>	<b>12</b>
<b>5</b> <b>Verantwoordelijkheden ziekenhuisbestuur en medisch specialist voor de kwaliteit van zorg</b>	<b>13</b>
<b>6</b> <b>Verankering van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen medisch specialist en ziekenhuis</b>	<b>16</b>
<b>7</b> <b>Wat moet er veranderen?</b>	<b>18</b>
<b>8</b> <b>Wat moet er concreet gebeuren?</b>	<b>20</b>
<b>9</b> <b>Op welk niveau te verankeren?</b>	<b>23</b>
<b>10</b> <b>Aanbevelingen</b>	<b>24</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>26</b>
1 <b>Verantwoordelijkheidsverdeling tussen medisch specialist en ziekenhuis</b>	26
2 <b>Adviesvoorbereiding</b>	30
3 <b>Eindnoten</b>	32
<b>Overzicht publicaties RVZ</b>	<b>33</b>



# De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg

## Samenvatting

Het kwaliteitssysteem van ziekenhuizen is niet sluitend. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, maar kan deze verantwoordelijkheid onvoldoende waarmaken, omdat medisch specialisten geen verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur over hun handelen.

Dit moet veranderen. Het aangrijpingspunt daarvoor is de overeenkomst tussen ziekenhuis en medisch specialist.

De eindverantwoordelijkheid van het bestuur geldt ongeacht de wijze waarop de medisch specialist aan het ziekenhuis is verbonden: in loondienst of als vrij gevestigde. Er is geen reden om aan te nemen, dat de kwaliteit van zorg beter te borgen of te bewaken is wanneer alle medisch specialisten in dienstverband werkzaam zouden zijn.

Zowel de arbeids- als de toelatingsovereenkomst bevatten namelijk dezelfde verplichtingen voor medisch specialisten en geven de Raad van Bestuur dezelfde bevoegdheden om op te treden tegen medisch specialisten die niet aan hun verplichtingen voldoen. Beide overeenkomsten bevatten ook dezelfde lacune: ze bevatten geen uitgewerkte verplichting voor medisch specialisten om actief verantwoording af te leggen aan de Raad van Bestuur. Daarmee voorzien de (model) overeenkomsten niet in een systeem op grond waarvan informatie beschikbaar komt die voor het bestuur aanleiding kan of moet zijn tot het aanwenden van zijn bevoegdheden. Dit maakt het onmogelijk voor Raden van Bestuur gericht op kwaliteit(verbetering) te sturen.

Het meten van de gerealiseerde kwaliteit van zorg (uitkomsten) staat nog in de kinderschoenen en kan daardoor vooralsnog niet fungeren als kompas waarop de Raad van Bestuur stuurt. Daarom moet een kwaliteitssysteem ontwikkeld worden op basis waarvan medisch specialisten verantwoording afleggen over hun handelen en hun functioneren periodiek getoetst kan worden. De medewerking van medisch specialisten aan periodieke beoordeling dient contractueel verplicht gesteld te worden.

Vanuit hun gezamenlijke belang bij het leveren van de kwaliteit van zorg, dienen ziekenhuisbesturen en medisch specialisten tezamen vorm en inhoud te geven aan zo'n toetsingskader voor medisch specialistisch handelen. Dit kader moet landelijk uniform zijn en vraagt daarom tenminste om afspraken of convenanten op het niveau van de betrokken branche- en beroepsorganisaties.

Bij de ontwikkeling van dit kader dient als uitgangspunt te worden meegenomen dat de resultaten van de beoordeling gekoppeld worden aan de duur van de arbeids-/toelatingsovereenkomst. In concreto stelt de RVZ voor: een vijfjaarlijkse beoordeling, resulterend in een besluit over verlenging van de arbeids-/toelatingsovereenkomst.

De RVZ adviseert de minister van VWS de veldpartijen een jaar de tijd te gunnen om met een uitgewerkt voorstel terzake te komen en duidelijk te maken dat indien zij hiermee in gebreke blijven, een wettelijke regeling volgt.



## 1 Waaron een briefadvies over dit onderwerp?

In zijn advies Governance en kwaliteit van zorg (maart 2009) constateert de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) dat het interne governancesysteem van ziekenhuizen niet sluitend is. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, maar kan deze verantwoordelijkheid onvoldoende waar maken, omdat medisch specialisten geen verantwoording afleggen aan de Raad van Bestuur over hun handelen.

Deze lacune in het governancesysteem van ziekenhuizen is in het afgelopen jaar meerdere malen op indringende wijze bevestigd, onder andere in de casus IJsselmeerziekenhuizen, Medisch Spectrum Twente, Schepers Ziekenhuis en Westfries Gasthuis. Het gesignaleerde probleem vindt dan ook in brede kring (h)erkenning: bij de veldpartijen en hun beroeps- en brancheorganisaties, bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De minister schrijft in de brief “Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning” van 9 juli 2009 aan de Tweede Kamer hierover het volgende: *... “Daarnaast verdient de relatie tussen bestuur en medische professional aanpassing. Een sluitende toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, inclusief het afleggen van verantwoording door (medische) professionals aan het bestuur, moet toetsbaar geregeld zijn. .. (.). Het bestuur moet een medische professional kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Daartoe komen alle wettelijke verplichtingen van zorgaanbieders op het bestuur te rusten (Wet cliëntenrechten zorg) en krijgt het bestuur een wettelijke aanwijzingsbevoegdheid op grond waarvan hij professionals kan verplichten mee te werken aan kwaliteitsbevordering en verantwoording af te leggen over door hen geleverde zorg. Voor zover toelatingsovereenkomsten hieraan in de weg staan moeten deze in lijn worden gebracht met de wettelijke bepalingen (op straffe van nietigheid van de betreffende overeenkomsten).”*

Deze beleidsvoornemens maken duidelijk dat het de minister ernst is en dat hij zo nodig wettelijke maatregelen zal treffen. Of het zover komt c.q. moet komen hangt vooral af van de vraag of de veldpartijen en hun brancheorganisaties zelf het voortouw nemen. Uitgangspunt voor beleid van de bewindslieden van VWS is immers dat ‘de veldpartijen zelf verantwoordelijkheid voor de tekortkomingen nemen en verbeteringen aanbrengen’. Pas wanneer dit onvoldoende oplevert of wanneer zij de handschoenen niet oppakken, is ingrijpen door de minister aangewezen.

Vooruitlopend op eventueel overheidsbeleid terzake heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) haar staat van de Gezondheidszorg 2009 gewijd aan de wijze waarop instellingen in de verschillende deelsectoren van de zorg vorm en inhoud geven aan bestuur en toezicht op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Een belangrijke les uit dit rapport is dat het

nemen van verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording nog steeds te vrijblijvend is ingevuld. De IGZ adviseert zorginstellingen dan ook de contractuele relatie met hun professionals opnieuw te bezien en zo nodig aan te passen, zodat het bestuur daadwerkelijk in staat is om zijn eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg waar te maken. Dit is volgens de IGZ ‘in ieder geval urgent voor de sector ziekenhuiszorg wat betreft de contractuele relatie tussen enerzijds het ziekenhuis en anderzijds de medisch specialist, de vakgroep of maatschap en de medische staf’.

De IGZ zal haar toezicht voortaan ook richten op deze verantwoordelijkheidsverdeling binnen zorginstellingen en zo nodig actie ondernemen als blijkt dat deze niet goed is geregeld of niet goed functioneert. Zij gaat de komende maanden met de sector in gesprek over de invulling van de toezichtnormen en stelt op basis daarvan aan het einde van het jaar een handhavingskader vast.

Deze ontwikkelingen geven alle aanleiding om na te gaan op welke wijze de (contractuele) relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis is aan te passen op een zodanige manier dat een sluitend governancestelsel van ziekenhuizen binnen bereik komt. Daarbij is bovendien urgentie geboden, temeer omdat de betrokken branche- en beroepsorganisaties – de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) - naar verluidt vergevorderd zijn in hun onderhandelingen over aanpassing van de model toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuis en vrij gevestigde medisch specialist aan gewijzigde omstandigheden. Vandaar dit briefadvies van de RVZ, als bijzondere vorm van nazorg bij zijn advies Governance en kwaliteit van zorg.

## 2 Functie van het briefadvies

De ziekenhuizen, medisch specialisten en de betrokken branche- en beroepsorganisaties zijn als eerste aan zet om ervoor te zorgen dat ziekenhuisbestuurders hun eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg daadwerkelijk kunnen nemen. In zijn briefadvies geeft de Raad hiervoor handreikingen. Hij besteedt daarbij vooral aandacht aan de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ziekenhuisbestuur en de in ziekenhuizen werkzame medisch specialisten.

Daarmee dient dit briefadvies tevens als input voor de discussie die de IGZ dit jaar aangaat met het veld, om te komen tot een op veldnormen gefundeerd toetsings- en handhavingskader terzake genoemde verantwoordelijkheidsverdeling.

### 3 Nadere afbakening van het onderwerp

Het gaat in dit briefadvies over de verhouding tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten in het licht van kwaliteit van zorg. Dit brengt met zich mee dat het briefadvies zowel gaat over medisch specialisten die in loondienst werkzaam zijn, als over medisch specialisten die als vrij gevestigde beroepsbeoefenaar aan het ziekenhuis verbonden zijn.

Kwaliteit is een breed begrip. Het moge duidelijk zijn dat er veel factoren zijn die inwerken op of medebepalend zijn voor de kwaliteit van zorg die een ziekenhuis levert; niet alleen competenties van zorgverleners en andere medewerkers, maar bijvoorbeeld ook de beschikbare middelen. Dit briefadvies focused op een enkele – zij het wezenlijke – factor, namelijk: het functioneren van medisch specialisten en de mogelijkheid van ziekenhuisbestuurders om daarop zo nodig te sturen.

De focus op kwaliteit van zorg impliceert verder dat andere overwegingen om de (contractuele) relatie tussen vrij gevestigde medisch specialisten en het ziekenhuis te herzien, in dit briefadvies niet worden meegenomen. Deze overwegingen betreffen met name noodzakelijke aanpassingen in verband met de veranderde honoreringssystematiek (afschaffing van de lumpsums per 1 januari 2008) en de als gevolg van toenemende liberalisering van de markt gewijzigde positie van de medisch specialist als ondernemer binnen en buiten het ziekenhuis (o.a. concurrentiebeding).

Een opmerking vooraf is hier tenslotte op zijn plaats. In de discussie over governance in de zorg wordt van verschillende zijden opgemerkt dat teveel focus op formele afspraken en regelingen niet wezenlijk bijdraagt aan kwaliteitsverbetering en zelfs contraproductief kan zijn, omdat dit leidt tot een domeinenstrijd tussen bestuurders en medische professionals over verantwoordelijkheden. Kwaliteitsborging is in deze opvatting meer gebaat bij vertrouwen en samenwerking tussen professionals en bestuur. Een tweede bedenking is dat de overeenkomst tussen (individuele) medisch specialist en ziekenhuis niet het juiste aangrijppingspunt is om dit soort zaken te regelen, omdat het gaat om aangelegenheden die een collectief karakter hebben die bovendien – vanuit het belang van de patiënt – landelijk uniform geregeld zouden moeten zijn.

In de visie van de Raad lijkt het geen enkele twijfel dat kwaliteit en kwaliteitsborging vooral afhangen van competenties en gedrag, en van samenwerking en vertrouwen - zowel tussen medische professionals onderling als tussen bestuur en medische professionals. Dit neemt echter niet weg dat de contractuele relatie tussen betrokkenen glashelder moet zijn. Die geeft immers aan wat zij van elkaar mogen verwachten en waar zij elkaar op kunnen aanspreken. De contractuele relatie vormt de basis voor compliance en is het fundament waarop samenwerking en vertrouwen drijven. De vraag

op welk niveau – landelijk of lokaal, individueel of collectief - dit soort aangelegenheden geregeld moet worden is hierbij zeker aan de orde en zal in het briefadvies dan ook worden beantwoord.

## 4 Leeswijzer

In de volgende paragraaf schetst de Raad de respectievelijke verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg van ziekenhuisbestuur en medisch specialist en gaat hij met name in op de vraag hoe deze verantwoordelijkheden zich tot elkaar verhouden. Dit is van belang omdat deze verhouding het ankerpunt vormt voor de toedeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan de Raad van Bestuur respectievelijk medisch specialist.

Vervolgens gaat de Raad na hoe de verantwoordelijkheidsverdeling thans is verankerd in de contractuele relatie tussen beiden en welke tekortkomingen daarbij aan het licht komen. Hij gaat daarbij tevens na of het in deze verschil uitmaakt of een medisch specialist in loondienst werkzaam is of als vrij gevestigde beroepsbeoefenaar aan het ziekenhuis verbonden is.

Tenslotte geeft de Raad aan wat er volgens hem moet veranderen in de contractuele relatie en hoe dit bewerkstelligd kan worden.

## 5 Verantwoordelijkheden ziekenhuisbestuur en medisch specialist voor kwaliteit van zorg

Hoewel al sinds het midden van de jaren negentig vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi), is pas recent ten volle het besef doorgedrongen dat de Raad van Bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg die het ziekenhuis levert en hierop ook aanspreekbaar is. Zowel Raden van Bestuur als medisch specialisten hebben zich tot voor kort onvoldoende gerealiseerd wat de implicaties van deze wet zijn.

Dit is terug te voeren op het aloude adagium van de ‘professionele autonomie’: ‘de vrijheid van oordeelsvorming van de medisch specialist om, gegeven de wettelijke kaders en professionele standaard, zonder inmening van derden en zonder preventief toezicht van de werkgever, in de individuele arts-patiënt relatie te komen tot diagnostiek, behandeling en advisering over de behandeling en/of alle andere verrichtingen, waaronder begrepen het onderzoeken en geven van raad met de doelstelling de verbetering van de gezondheid van de patiënt’<sup>1</sup>.

Kwaliteit was – in de beleving van zowel Raden van Bestuur als van medisch specialisten – de primaire en zelfs exclusieve verantwoordelijkheid van de medisch specialisten. De verantwoordelijkheid van het bestuur was in deze opvatting vooral voorwaardenscheppend en ondersteunend van aard: hij moest ervoor zorgen dat aan de voorwaarden voor het leveren van kwalitatieve goede zorg door medisch specialisten was voldaan.

Kwaliteitsontwikkeling en de borging van kwaliteit waren geheel belegd binnen de landelijk georganiseerde professionele kring, bestaande uit de wetenschappelijke en beroepsverenigingen van artsen. Die hebben in dit opzicht zonder meer baanbrekend werk verricht, waaronder het opstellen van richtlijnen, gedragsregels en het opzetten van een systeem van kwaliteitsvisitaties. Het punt is echter dat dit besloten aangelegenheden zijn waarmee ziekenhuisbesturen in beginsel geen bemoeienis hebben, waardoor zij in feite buiten spel staan.

Inmiddels kan niemand er meer omheen: De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en moet hierover verantwoording afleggen. De KZi omschrijft deze verantwoordelijkheid enigszins omfloerst: “De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.”<sup>2</sup> Door de Onderzoeksråd voor Veiligheid in zijn rapport over de casus Hartchirurgie in het Radboud ziekenhuis is deze omschrijving als volgt uitgelegd: “De Raad van Bestuur heeft een wettelijke opdracht te waarborgen dat de instelling verantwoorde zorg levert”.

De eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur blijkt daarnaast uit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), waarin een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis is geregeld: “Indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, is het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk, als ware het zelf bij de overeenkomst partij”<sup>3</sup>.

Met de verdergaande liberalisering van de zorgmarkt (o.a. vastgoed), de snelheid van technologische innovaties (ICT, medische technologie), en veranderende maatschappelijke opvattingen over het vertrouwen in de (semi-) publieke sector, nemen de risico's van de bedrijfsvoering voor zorginstellingen toe en daarmee ook het gewicht van deze vorm van aansprakelijkheid.

Dat Raden van Bestuur hun eindverantwoordelijkheid moeten (kunnen) nemen wordt in dit licht gezien steeds belangrijker. Zij worden in toenemende mate hierop aangesproken en moeten verantwoording afleggen: aan de Raad van Toezicht, aan de IGZ en niet in de laatste plaats aan ‘de maatschappij’. Vertrouwen is niet langer vanzelfsprekend, maar moet worden verdiend en waargemaakt.

De vraag is nu hoe de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur zich verhoudt tot de primaire verantwoordelijkheid van de medisch specialist. De kwaliteit van zorg die de individuele patiënt ondervindt wordt immers feitelijk geleverd door de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten (en vele andere bij de patiëntenzorg betrokken medewerkers van het ziekenhuis). Dit is een inhoudelijke, op de individuele zorg voor de patiënt gerichte verantwoordelijkheid, tuchtrechtelijk gesanctioneerd via de wet BIG en civielrechtelijk op grond van de WGBO.

Welnu, de KZi verplicht de Raad van Bestuur de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren, de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel te voorzien en zorg te dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg<sup>4</sup>. Dit omvat volgens artikel 4 mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daartoe is de zorgaanbieder – en namens deze de Raad van Bestuur – verplicht zorg te dragen voor

- a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
- b. het aan de hand van deze gegevens op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 3 leidt tot een verantwoorde zorgverlening;
- c. het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonedig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd



In onze visie heeft de Raad van Bestuur dus een systeemverantwoordelijkheid, die niet alleen inhoudt dat hij de juiste voorwaarden moet scheppen waaronder ‘verantwoorde zorg’ geleverd kan worden, maar ook dat hij zorg heeft te dragen voor de implementatie van een kwaliteitssysteem, de systematische bewaking en – zo nodig – correctie daarvan. Dit impliceert dat de Raad van Bestuur ook moet toezien op het handelen van de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten, aangezien zij de zorg feitelijk verlenen. Ofwel: De arts is en blijft verantwoordelijk voor zijn professionele handelen, maar het toezicht op dat handelen valt onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur.

Professionele autonomie houdt met andere woorden ook in dat de arts zich toetsbaar opstelt en verantwoording aflegt over zijn handelen<sup>5</sup>.

## 6 Verankering van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen medisch specialist en ziekenhuis

De relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist is primair geregeld in een overeenkomst; voor medisch specialisten die in dienstverband werkzaam zijn in een arbeidsovereenkomst en voor vrij gevestigde medisch specialisten in een toelatingsovereenkomst.

De eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur geldt ongeacht de wijze waarop de medisch specialist aan het ziekenhuis verbonden is; of hij nu in dienstverband werkzaam is of als vrij gevestigde. In beide gevallen bestaat een gezagsverhouding, zij het dat deze in het geval van vrije vestiging niet voortvloeit uit een relatie tussen werkgever en werknemer, maar uit een verhouding tussen opdrachtgever en opdrachtnemer.

Hoewel de rechtspositie van medisch specialisten in loondienst en van vrijgevestigde medisch specialisten op onderdelen wezenlijk verschillend is, lijken de bepalingen in de arbeids- en toelatingsovereenkomst die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg inhoudelijk sterk op elkaar.

In beide (model)overeenkomsten zijn dezelfde verplichtingen voor medisch specialisten en dezelfde bevoegdheden voor de Raad van Bestuur opgenomen, zij het soms in verschillende bewoordingen<sup>6</sup>: *zie bijlage 1*.

In beide gevallen geldt ook dat afspraken gemaakt in collectief verband (Document Medische Staf, stafreglement, huishoudelijk reglement vakgroep/maatschap, etc.) doorwerken in de individuele overeenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis.

### Lacune

Beide overeenkomsten vertonen ook dezelfde lacune: er is niet voorzien in een actieve verplichting tot het afleggen van verantwoording door de medisch specialist aan de Raad van Bestuur over zijn of haar handelen. Er is in beide gevallen een bepaling opgenomen die de medisch specialist verplicht mee te werken aan vastgestelde vormen van toetsing van zijn of haar medisch-specialistisch handelen. Het DMS bepaalt 'slechts' dat deze methodiek (in het bijzondere deel DMS) moet worden overeengekomen tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten. Tot op heden is hieraan echter geen nadere invulling gegeven.

Binnen de landelijke professionele kring zijn op dit vlak wel initiatieven genomen. In de eerste plaats kwaliteitsvisitaties. Sinds 2006 is deelname hieraan voor medisch specialisten verplicht in het kader van de herregistratie, maar er is niet voorzien in een verplichting de Raad van Bestuur afschrift te doen toekomen van de bevindingen. Bovendien zijn kwaliteitsvisitaties niet toegesneden op het functioneren van individuele

medisch specialisten en vindt onvoldoende monitoring plaats door de wetenschappelijke verenigingen van de voortgang en naleving van voorgestelde verbeteracties, adviezen en aanbevelingen.

Daarnaast zijn medisch specialisten in 2007 begonnen met de ontwikkeling en implementatie van een systematiek voor het beoordelen van het Individueel Functioneren van Medisch Specialist (IFMS). Hoewel de naam anders doet vermoeden, is het doel van IFMS niet het beoordelen van het functioneren van individuele medisch specialisten, maar het evalueren daarvan. De ontwikkeling van deze methodiek staat nog in de kinderschoenen en is geënt op subjectieve oordelen. Bovendien is deelname vrijwillig en blijven de uitkomsten besloten.

#### **Tussentijdse conclusies**

Op grond van het bovenstaande zijn de volgende conclusies te trekken:

1. Er is geen reden om aan te nemen, dat de kwaliteit van zorg beter te borgen of te bewaken is wanneer alle medisch specialisten in dienstverband werkzaam zouden zijn<sup>7</sup>.
2. Zowel de arbeids- als toelatingsovereenkomst geeft de Raad van Bestuur bevoegdheden om op te treden tegen medisch specialisten die niet aan hun (inhoudelijke) verplichtingen voldoen, maar voorzien niet in een mechanisme op grond waarvan informatie beschikbaar komt die aanleiding kan of moet zijn tot het aanwenden van die bevoegdheden. Dit maakt het onmogelijk voor Raden van Bestuur om gericht op kwaliteit(sverbetering) te sturen.
3. In het licht van het bovenstaande moeten kanttekeningen worden geplaatst bij het voornemen van de minister van VWS om bestuurders van ziekenhuizen een wettelijke aanwijzingsbevoegdheid te geven. Betwijfeld moet namelijk worden of dit beleidsvoornemen een oplossing biedt voor het gestelde probleem. Raden van Bestuur beschikken op grond van de arbeids- en toelatingsovereenkomst reeds over een aanwijzingsbevoegdheid jegens medisch specialisten. De essentie van het probleem is echter dat veelal de informatie ontbreekt op grond waarvan zij tot een zorgvuldige aanwending van deze bevoegdheid kunnen besluiten. Dit verklaart mogelijk (mede) waarom bestuurders – als zij deze bevoegdheid hebben aangewend en het tot een geschil komt – bakzeil halen bij het Scheidsgerecht of de kantonrechter. Een aanwijzing van het bestuur, die niet wordt nagekomen door de medisch specialist, kan de facto leiden tot een ‘Berufsverbot’ en dient dus met inachtneming van de hoogste zorgvuldigheid en onderbouwing te worden gegeven.

## 7 Wat moet er veranderen?

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Hij kan die verantwoordelijkheid onvoldoende waarmaken. Niet omdat het hem sec aan bevoegdheden ontbreekt, maar omdat onvoldoende is voorzien in een systeem dat informatie oplevert over het functioneren van medisch specialisten en de resultaten van hun handelen. Het meten van de gerealiseerde kwaliteit van zorg (uitkomsten) staat nog in de kinderschoenen en kan (vooralsnog?) niet fungeren als kompas, waarop de Raad van Bestuur stuurt. Daarom moet worden ingezet op de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem op basis waarvan medisch specialisten verantwoording afleggen over hun handelen en hun functioneren periodiek getoetst kan worden.

Vooropgesteld moet worden dat de Raad ervan overtuigd is dat het merendeel van de medisch specialisten in Nederland goed functioneert en graag meewerkt aan kwaliteitsbevordering. Bekend is echter ook dat een klein percentage medisch specialisten – al dan niet tijdelijk – disfunctioneert, niet in staat is tot zelfreflectie en bovendien niet wil meewerken aan verbetering. Zoals de casus van de neuroloog in het Medisch Spectrum Twente leert, kan het disfunctioneren van een medisch specialist lange tijd voortduren, voordat wordt ingegrepen<sup>8</sup>. Dat gebeurt pas wanneer er niet mis te verstane aanwijzingen opduiken. De schade voor patiënten is in dat geval vaak niet te overzien.

Het is daarom in ieders belang, primair van patiënten, maar ook van medisch specialisten en bestuurders van ziekenhuizen, dat disfunctioneren van een medisch specialist tijdig aan het licht komt. Dat maakt bijsturing mogelijk en voorkomt schade voor patiënten.

Het functioneren van medisch specialisten dient dan ook periodiek getoetst te worden op alle relevante aspecten van de functie-uitoefening, zodat

- a. vastgesteld kan worden of hij/zij op elk toetsingsmoment voldoende functioneert (ondergrens);
- b. de ontwikkeling van zijn/haar functioneren in de loop der tijd gevolgd kan worden (verbetering of achteruitgang ten opzichte van het voorgaande toetsingsmoment).

Een dergelijke sequentiële ‘rating’ maakt het mogelijk om ‘afglijden’ tijdig te signaleren en gerichte verbeteracties in te stellen. Het systeem heeft daarmee primair tot doel het stimuleren van voortdurende verbetering en innovatie. Alleen wanneer verbetering onmogelijk blijkt, of wanneer een medisch specialist niet meewerkt aan een verbeterplan, is er reden voor de Raad van Bestuur om de ultieme disciplinaire maatregel te treffen, namelijk beëindiging van de arbeids-/toelatingsovereenkomst.

Zoals eerder gesteld hebben medisch specialisten en hun beroepsverenigingen reeds stappen in deze richting gezet met de introductie van het IFMS en het model reglement mogelijk disfunctioneren. IFMS is echter een aangelegenheid die binnen de eigen kring van medische professionals plaatsvindt en waarvan de uitkomsten besloten blijven. Er is niet voorzien in betrokkenheid van of terugkoppeling aan de Raad van Bestuur.

Van de zijde van medisch specialisten wordt dit wel verdedigd met het argument dat verbetering alleen mogelijk is binnen een veilige leeromgeving, waarin de mogelijkheid dat vrijwillig door deelnemers verstrekte informatie tegen hen gebruikt wordt is uitgesloten. Alleen dan zou een sfeer en cultuur kunnen ontstaan, waarin mensen bereid en in staat zijn zich kwetsbaar, toetsbaar en ontvankelijk voor verbeteringsuggesties, op te stellen. Bovendien is zorgvuldigheid geboden. Er dient voor gewaakt te worden dat een medisch specialist niet ten onrechte wordt beticht van disfunctioneren. Vertrouwelijkheid van evaluatiegesprekken is daarom volgens velen van hen aangewezen.

Hoewel dit op zich invoelbare argumenten zijn, die als zodanig ook hout snijden, valt niet goed in te zien waarom aan deze voorwaarden niet zou zijn voldaan wanneer het bestuur kennis neemt van de uitkomsten. Hiermee wordt een belangentegenstelling gesuggereerd, die er niet is: Ook het bestuur is erbij gebaat zorgvuldig om te gaan met deze informatie en medisch specialisten te ondersteunen in (persoonlijke) verbetertrajecten. Daarmee geven zij ook blijk van goed werkgever-/opdrachtgeverschap.

Kennelijk voert de angst de boventoon dat ‘functioneringsgesprekken’ door het bevoegde gezag – de Raad van Bestuur – klakkeloos worden omgezet in ‘beoordelingen’. Toegegeven moet worden dat de scheidslijn tussen ‘evalueren van het functioneren’ en ‘beoordelen’ flinterdun is, maar dat geldt evenzeer voor de door medisch specialisten zelf ontwikkelde procedures. Zo vermeldt de website van de OMS dat ‘het doel van IFMS nadrukkelijk niet het detecteren van disfunctioneren is’, maar tegelijkertijd is in de procedure vastgelegd dat indien tijdens het functioneringsgesprek disfunctioneren wordt vermoed, het gesprek wordt beëindigd en een ander traject (procedure mogelijk disfunctioneren) wordt ingezet.

Bovendien kunnen beoordelingen ook een stimulans zijn. Door recente incidenten en de uitgebreide media-aandacht hiervoor kleeft aan het begrip ‘beoordeling’ vrijwel uitsluitend een negatieve connotatie. Ervaringen in andere sectoren maken duidelijk dat aandacht van het bestuur voor het persoonlijke functioneren van medewerkers juist ook motiverend werkt en medewerkers stimuleert om sterke eigenschappen maximaal te benutten en zwakke(re) te verbeteren.

## 8 Wat moet er concreet gebeuren?

Vanuit hun gezamenlijke belang bij het leveren van kwaliteit van zorg, dienen ziekenhuisbesturen en medisch specialisten samen vorm en inhoud te geven aan een toetsingskader voor medisch specialistisch handelen.

De volgende stappen maken daarvan onderdeel uit.

### **Opstellen beoordelingskader**

Bestuurders en medisch specialisten ontwikkelen gezamenlijk een kader voor het beoordelen van het functioneren van de medisch specialisten. Op grond van dit kader legt iedere medisch specialist periodiek verantwoording af aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur stelt op basis hiervan een beoordeling vast van het functioneren van de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten.

Elementen van het beoordelingssysteem zijn tenminste de volgende:

- resultaten van verrichte behandelingen
- opgetreden complicaties
- richtlijncompliance
- bijhouden van patiëntendossiers
- klachten en claims
- gemelde incidenten waarbij de medisch specialist betrokken is
- gevolgde bij- en nascholing, vaardigheidstraining (indien van toepassing)
- uitkomsten van kwaliteitsvisitaties
- uitkomsten van functioneringsgesprekken (in het kader van IFMS)
- uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoeken
- eventuele procedures van civiel- straf- of tuchtrechtelijke aard
- stand van zaken van verbeteracties in de kwaliteit van de zorgverlening waarbij de medisch specialist betrokken is

Zij spreken voorts per element af wat de norm is en welke informatiebronnen gehanteerd worden om de score te bepalen. Uitgangspunt daarbij is zoveel mogelijk gebruik te maken van beschikbare en objectieve of objectiveerbare gegevens.

### **Implementatie beoordelingssystematiek in de organisatie**

Bestuurders en medisch specialisten spreken af wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van de beoordeling, en welke taken en bevoegdheden daarbij horen.

Hier dient zich een aantal mogelijkheden aan, afhankelijk van de wijze waarop de organisatie is ingericht. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering is te beleggen bij het afdelingshoofd of de medisch manager, bij

de vakgroep of maatschap, bij het Medisch Stafbestuur, of bij een daartoe opgezet intern Kwaliteitsinstituut.

Ziekenhuizen zijn in deze in beginsel vrij in hun keuze, mits degene aan wie de verantwoordelijkheid voor de uitvoering wordt toevertrouwd beschikt over het benodigde gezag (lees: bevoegdheden) en formeel is aan te spreken op de wijze waarop hij de uitvoering ter hand neemt.

Om die reden heeft de keuze voor een afdelingshoofd of medisch manager als ‘verantwoordelijke voor de uitvoering’ de voorkeur. Deze heeft immers een gezagspositie in de lijnorganisatie met de daarbij behorende bevoegdheden en hij is formeel aan te spreken op de uitoefening van zijn taken; blijft hij in gebreke dan kunnen daar consequenties aan worden verbonden (onthefing uit deze complementaire functie, aansprakelijkstelling).

Dit ligt bij toedeling aan stafbestuur of vakgroep anders, omdat dit geen juridische entiteiten zijn. Wanneer zij in gebreke blijven, zijn zij hierop uitsluitend moreel aan te spreken. Dit bezwaar is mogelijk te ondervangen door vakgroepen en maatschappen een kwaliteitsverklaring te laten afleggen, waarin zij op basis van de overeengekomen elementen (zie stap 1) formeel verklaren in te staan voor de kwaliteit van de individuele leden<sup>9</sup>.

Welke keuze betrokkenen ook maken, daarbij moeten tenminste de volgende taken en bevoegdheden worden toebedeeld:

- zorg dragen voor uitvoering van de beoordeling volgens afgesproken frequentie
- de bevoegdheid informatie op te vragen (informatie over het functioneren van medisch specialisten is afkomstig uit verschillende bronnen. Sommige informatie geldt als vertrouwelijk en wordt uitsluitend geadresseerd aan betrokkene)
- vanuit de Raad van Bestuur gedelegeerde bevoegdheid aanwijzingen te geven aan medisch specialisten, voortvloeiend uit de beoordeling
- goedkeuring verlenen aan verbeteracties en deze faciliteren
- bewaken termijnen verbeteracties; herbeoordeling
- verantwoording afleggen aan Raad van Bestuur: terugkoppeling beoordelingsresultaten, verbeterplannen en realisatie
- adviezen geven aan Raad van Bestuur over consequenties van de beoordeling (te nemen maatregelen)

#### **Vaststellen consequenties**

De Raad van Bestuur besluit over de consequenties van de beoordeling, na advies van de ‘verantwoordelijke voor de uitvoering’. Deze consequenties kunnen uiteenlopen van het geven van aanwijzingen om tot gerichte verbetering te komen, het treffen van disciplinaire maatregelen, tot het beëindigen van de overeenkomst.

De beoordelingsgegevens dienen te worden opgenomen in het personeelsdossier van de betreffende medisch specialist, dat een vertrouwelijk karakter heeft.

Dossiervoering is temeer van belang, gezien de hoge frequentie van bestuurswisselingen.

Bestuurders en medisch specialisten spreken tenslotte af met welke frequentie beoordelingen worden uitgevoerd, en op welk moment het beoordelingssysteem wordt geëvalueerd.

Daarbij dient volgens de RVZ als uitgangspunt te worden meegenomen dat de resultaten van de beoordeling gekoppeld worden aan de duur van de arbeids-/toelatingsovereenkomst en de herregistratie in het kader van de wet BIG. In concreto stelt de Raad voor: een vijfjaarlijkse beoordeling, resulterend in een besluit over verlenging van de arbeids-/toelatingsovereenkomst en herregistratie. Nader onderzoek naar de juridische en praktische uitvoerbaarheid hiervan is aangewezen.



## 9 Op welk niveau te verankeren?

De gemaakte afspraken dienen verankerd te worden in de rechtsverhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis. Het gaat hier om afspraken met een duidelijk collectieve dimensie. Dit pleit ervoor deze afspraken te regelen in het bijzondere deel van het DMS. De regelingen die daarin zijn opgenomen werken door in de individuele overeenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis (Raad van Bestuur), zodat verzekerd is dat zij onderdeel uitmaken van de rechtsverhouding tussen beide.

Deze optie laat nog steeds toe dat tussen ziekenhuizen verschillen bestaan. Dat is verdedigbaar voor zover het de wijze betreft waarop het kwaliteitssysteem in de organisatie wordt ingebed (het 'hoe'). De materiële vereisten (het 'wat') van dit systeem dienen landelijk uniform te worden geregeld. Dat vraagt tenminste om afspraken of convenanten op het niveau van de betreffende brancheorganisaties en de vertegenwoordigende organisaties van medisch specialisten.

## 10 Aanbevelingen

### **Aan ziekenhuisbesturen, medisch specialisten en hun branche- en beroepsorganisaties:**

- Ontwikkel een kwaliteitskader op basis waarvan medisch specialisten periodiek verantwoording afleggen over hun functioneren aan de Raad van Bestuur en leg dit kader vast in het DMS;
- Stel medewerking van medisch specialisten aan periodieke beoordeling van hun functioneren contractueel verplicht;
- Beleg de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ‘in de lijn’ en leg de daarvoor benodigde verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden reglementair vast.

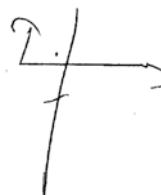
### **Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:**

- Heroverweeg het voornemen om bestuurders een wettelijke aanwijzingsbevoegdheid te geven;
- Leg in plaats daarvan in de KZi vast hoe de verantwoordelijkheid van de medisch specialist zich verhoudt tot de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur;
- Gun de veldpartijen een jaar de tijd om met een uitgewerkt voorstel voor een kwaliteitskader te komen en stimuleer de totstandkoming daarvan;
- Maak duidelijk dat indien zij hiermee in gebreke blijven een nadere wettelijke regeling volgt.

### **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,**



Rien Meijerink,  
voorzitter



Pieter Vos,  
algemeen secretaris

# Bijlagen

## Bijlage 1

### Verantwoordelijkheidsverdeling tussen medisch specialist en ziekenhuis

#### Hoe is thans de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ziekenhuis en medisch specialist verankerd?

- 1) De relatie tussen beiden is primair geregeld in een overeenkomst:
  - medisch specialisten die in dienstverband werkzaam zijn hebben een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis, die geënt is op een landelijk model dat tot stand is gekomen na overeenstemming tussen de LAD en de NVZ: de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS). Bij deze overeenkomst hoort het zgn. Professioneel Statuut. Bij publiekrechtelijke organisaties, zoals de academische ziekenhuizen, heeft deze relatie veelal de vorm van een ambtelijke aanstelling.
  - medisch specialisten die als vrij gevestigde beroepsbeoefenaar werkzaam zijn, zijn door middel van een toelatingsovereenkomst verbonden aan het ziekenhuis. Deze overeenkomst berust op een landelijk uniform model, dat is opgesteld na overeenstemming tussen de NVZ en de Orde: modeltoelatingsovereenkomst (MTO). In deze contractuele relatie is er geen sprake van een arbeidsverhouding. De medisch specialist heeft de zelfstandigheid van de vrije beroepsbeoefenaar en daarmee de hoedanigheid van ondernemer.

Deze overeenkomsten vormen de grondslag van de rechtsverhouding tussen ziekenhuis en medisch specialist. Zij hebben de mogelijkheid op lokaal (ziekenhuis-)niveau de landelijke modelovereenkomsten nader in te vullen dan wel hiervan af te wijken.

- 2) De rechtsverhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis wordt verder bepaald door afspraken die op een collectief niveau tot stand (kunnen) zijn gekomen en die doorwerken in de individuele overeenkomsten.
- 2.1 Dit betreft in de eerste plaats afspraken die de medisch specialisten onderling maken. De in een ziekenhuis werkzame medisch specialisten maken deel uit van verschillende collectiviteiten: de Medische Staf en de vakgroep of maatschap.
    - De Medische Staf bestaat (tenminste) uit alle medisch specialisten die in het ziekenhuis werkzaam zijn. Hij wordt vertegenwoordigd door het Stafbestuur dat een tweeledige taak heeft: belangenbehartiging van de leden van de staf en daarnaast de

(mede) ontwikkeling van het medisch-inhoudelijke en strategische beleid van het ziekenhuis, alsmede de bevordering van de kwaliteit van zorg. De Medische Staf heeft tenminste een stafreglement en een huishoudelijk reglement.

- Binnen de Medische Staf zijn samenwerkingsverbanden van medisch specialisten die in het ziekenhuis hetzelfde specialisme uitoefenen te onderscheiden: vakgroepen (medisch specialisten die in dienstbetrekking werkzaam zijn) en maatschappen (medisch specialisten die als vrij gevestigden aan het ziekenhuis verbonden zijn). Taken van een vakgroep/maatschap zijn bevordering van de vakinhoudelijke kwaliteit, inhoudelijke afstemming en coördinatie van zorg, waaronder waarneming. Ook een vakgroep/maatschap heeft (doorgaans) een huishoudelijk reglement, volgens welke de leden worden geacht te werken. Vaak heeft de vakgroep/maatschap een coördinator/voorzitter, die als primus inter pares de belangen van de vakgroep/maatschap in de Medische Staf vertegenwoordigt.

2.2 In de tweede plaats betreft het afspraken die gemaakt zijn tussen de (verenigde) medisch specialisten en het ziekenhuis. Met de totstandkoming van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB) werd het voor de aansturing van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie van belang geacht dat ook op collectief niveau regelingen met algemene strekking over kwaliteit, (bedrijfs)organisatie en bedrijfsvoering van het ziekenhuis, alsmede over de verdeling van verantwoordelijkheden en besluitvormingsprocedures tot stand werden gebracht. Met het Document Medische Staf (DMS) is beoogd een algemeen raamwerk op te stellen voor de onderscheiden regelingen op collectief niveau.

Het DMS bestaat uit een algemeen deel en een bijzonder deel. In het algemeen deel staan alleen de onderwerpen beschreven waarover en de wijze waarop regelingen tussen Raad van Bestuur en (een te onderscheiden geleding binnen) de Medische Staf moeten worden overeengekomen of vastgesteld. De regelingen zelf moeten in het bijzonder deel worden opgenomen. Het algemeen deel van het Document Medische Staf is vastgesteld voor onbepaalde tijd en kan slechts in het landelijke overleg tussen OMS, LAD en NVZ worden gewijzigd. Het bijzonder deel wordt per ziekenhuis in overleg tussen Raad van Bestuur en medische staf ingevuld (en is dus 'ziekenhuis-specifiek').

Hoewel met de intrekking van de Ziekenfondswet formeel een einde is gekomen aan het GMSB, en daarmee de wettelijke grondslag hieraan is ontvallen, zijn de in het bijzondere deel DMS opgenomen regelingen binnen het ziekenhuis nog altijd bindend voor de individuele medisch specialisten. In de arbeids- en toelatingsovereenkomst is namelijk bepaald, dat het Document Medische Staf en de daarin

opgenomen regelingen onderdeel uitmaken van de desbetreffende rechtsverhouding tussen ziekenhuis en medisch specialist. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de regelingen die door de Medische Staf en vakgroep/maatschap t.b.v. het eigen functioneren (zoals stafreglement, huishoudelijk reglement) zijn opgesteld.

### **Wat is contractueel geregeld m.b.t. (verantwoordelijkheid voor) kwaliteit van zorg?**

De eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur geldt ongeacht de wijze waarop de medisch specialist aan het ziekenhuis verbonden is; of hij nu in dienstverband werkzaam is (arbeidsovereenkomst) of als vrij gevestigde (toelatingsovereenkomst). In beide gevallen bestaat een gezagsverhouding. Bij vrijgevestigden volgt deze uit de relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer.

Hoewel de rechtspositie van medisch specialisten in loondienst en van vrijgevestigde medisch specialisten op onderdelen wezenlijk verschillend is, lijken de bepalingen in de arbeids- en toelatingsovereenkomst die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg inhoudelijk sterk op elkaar:

In beide (model)overeenkomsten zijn dezelfde verplichtingen voor medisch specialisten en dezelfde bevoegdheden voor de Raad van Bestuur opgenomen, zij het soms in verschillende bewoordingen<sup>10</sup>:

		AMS	MTO
Verplichting medisch specialist	Opgedragen/overeengekomen werkzaamheden verrichten	Art. 5.1.1 lid 2	Art. 2.1
	Zorg verlenen volgens professionele standaard	Art. 3 lid 2 prof. statuut <sup>11</sup>	Art. 2.4
	Patiëntendossiers bijhouden	Art. 5.1.5	Art. 14.1
	Zorg dragen voor samenwerking en continuïteit	Art. 4.1.1	Art. 2.5, 9.1, 10, 16
	Kennis en kunde bijhouden	Art. 6 lid 1 prof. statuut	Art. 2.7
	Meewerken aan kwaliteitsbeleid	Art. 4 prof. statuut	Art. 2.7
	Meewerken aan beoordeling van het functioneren	Art. 6 lid 2 prof. statuut	Art. 2.7
	Melden incidenten	Art. 5.1.6	Art. 15.1
Bevoegdheid RvB	Aanwijzingen opvolgen	Art. 5 lid 3 prof. statuut	Art. 7
	Aanwijzingen geven	Art. 5 lid 3 prof. statuut	Art. 7
	Disciplinaire maatregelen treffen	Artt. 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3	Art. 22, 26
	Overeenkomst beëindigen	Artt. 1.2.4, 1.2.5	Art. 24

In beide gevallen geldt ook dat afspraken gemaakt in collectief verband (Document Medische Staf, stafreglement, huishoudelijk reglement vakgroep/maatschap, etc.) doorwerken in de individuele overeenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis.

In het algemeen deel DMS is vastgelegd dat het bestuur na overleg met de medische staf (nadere) regelingen vaststelt ten aanzien van:

- a. de kwaliteit, organisatie en bedrijfsvoering binnen het ziekenhuis, voortkomend uit (in- of na overleg) vastgesteld beleid;
- b. de (procedure tot) vaststelling van de afdelingsbudgetten (waarvan de medisch specialist deel uitmaakt), tevens omvattende een procedure voor intern budgetoverleg en budgetbewaking;
- c. de klachtenbehandeling;
- d. het informatiebeheer in de zorgverlening;
- e. Fouten, Ongevallen en Near Accidents (FONA) en de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) (art. 5.4)

Voorts is bepaald dat het bestuur in overeenstemming met de medische staf (nadere) regelingen overeenkomt over (voor zover hier relevant) het doelmatig, patiëntgericht en kwalitatief verantwoord verlenen van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis.

Tenslotte is in het DMS vastgelegd dat het bestuur met medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren de in het ziekenhuis van toepassing zijnde methodiek en systematiek voor het toetsen van het functioneren van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren overeenkomt (art. 5.6) en met de medisch specialisten in dienstverband de (nadere) uitvoering van de landelijk vastgestelde functionerings- en beoordelingsmethodiek (zoals bedoeld in de AMS, artikel 5.1.2. lid 2) (art. 5.8)

## Bijlage 2

### Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:

mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat  
prof. drs. M.H. Meijerink, voorzitter RVZ

#### *Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:*

mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

- Lid van de Gezondheidsraad,
- Lid Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek,
- Voorzitter bestuur Stafconvent, UMC St. Radboud, Nijmegen.

prof. drs. M.H. Meijerink

- Voorzitter Raad van Toezicht Universiteit van Utrecht,
- Voorzitter programmacommissie Evaluatie regelgeving (CER), ZonMw.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

Mevrouw mr. M.W. de Lint, projectleider  
De heer mr. J.P. Kasdorp, projectmedewerker  
De heer drs. P. Vos, projectmedewerker  
Mevrouw N.L. Buijs, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies geëngageerd.

#### **Bijeenkomst relatie medisch specialist en ziekenhuis (bestuur)**

Op 20 januari 2010 is ter voorbereiding van het briefadvies een bijeenkomst geweest met bestuurders van ziekenhuizen. Bij deze bijeenkomst waren de volgende personen aanwezig:

- P.H. Buiting, Canisius-Wilhelmina ziekenhuis
- dr. H. Feenstra, Martini Ziekenhuis
- mr. Dr. P.S. Kahn, Haga Ziekenhuis



- dr. H.J. Kingma, Medisch Spectrum Twente
- drs. P.M.L. Smits, Maasstad Ziekenhuis
- R.L.P. Verreussel, Maasziekenhuis Pantein
- drs. E. Zijlstra, Atrium Medisch Centrum

**Bijeenkomst relatie medisch specialist en ziekenhuis (medische staf)**

Op 25 januari 2010 is ter voorbereiding van het briefadvies een bijeenkomst geweest met vertegenwoordigers van medische staven. Bij deze bijeenkomst waren de volgende personen aanwezig:

- dr. J.G. van Baal, Ziekenhuisgroep Twente
- dr. P.W.C. van Barneveld, Kennemer Gasthuis
- dr. H.D. de Boer, Martini Ziekenhuis
- G.E.R. Griever, Zuwe Hofpoort
- dr. A.F. Grootendorst, Maasstad Ziekenhuis
- mevrouw dr. Y. van Kasteren, Medisch Centrum Alkmaar
- dr. J.O.J. Peels, Medisch Centrum Alkmaar
- mevrouw drs. B. Pijlman, Jeroen Bosch Ziekenhuis
- drs. J.P. Schouten, St. Franciscus Gasthuis
- mevrouw mr. D.M. Vis, Haga Ziekenhuis
- dr. H.A. Zondervan, Alysis Zorggroep

**Geconsulteerden**

Tijdens het adviestraject is met een aantal geconsulteerden van gedachten gewisseld. Gesproken is met de volgende personen:

- dr. R.J.M. Dillman, Zaans Medisch Centrum
- mr. C. Bronkhorst, Bronkhorst/Verrips
- mevrouw drs. M. de Groot, secretaris Raad van Bestuur Medisch Spectrum Twente
- mr. dr. P.S. Kahn, secretaris Raad van Bestuur Haga Ziekenhuis
- drs. W. Schellekens, hoofdinspecteur curatieve zorg, IGZ

Literatuur: via de website [www.rvz.net](http://www.rvz.net) te raadplegen

Notitie Bronkhorst: via de website [www.rvz.net](http://www.rvz.net) te raadplegen/downloaden

## Bijlage 3

### Eindnoten

- 1 Professioneel Statuut, behorend bij de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist
- 2 Artikel 2, Kwaliteitswet Zorginstellingen
- 3 Artikel 7+462 lid 1 Burgerlijk Wetboek
- 4 Artikel 3 KZi
- 5 Het is in dit verband dan ook wellicht beter te spreken over ‘professionele verantwoordelijkheid’ in plaats van over professionele autonomie; zie ook RVZ-advies Vertrouwen in de arts.
- 6 De overeenkomst bevat naast verplichtingen ook rechten, zowel van de medisch specialist als van de Raad van Bestuur.
- 7 Een ander punt is wel dat de wijze van financiering gewenste en ongewenste incentives geeft die strijdig kunnen zijn met het belang van de patiënt en die de kwaliteit en veiligheid kunnen bedreigen. Gegeven het onderwerp van het briefadvies, blijft dit punt hier verder buiten beschouwing.
- 8 Zie rapport Commissie Lemstra I: “En waar was de patiënt ...?”
- 9 Zie hierover nader de notitie, Visie op de toekomstige ontwikkeling van de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist, C. Bronkhorst (BronkhorstVerrips)
- 10 De overeenkomst bevat naast verplichtingen ook rechten, zowel van de medisch specialist als van de Raad van Bestuur.
- 11 Het professioneel statuut is opgenomen in een bijlage bij de AMS

## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ ([mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail [in-fo@ceg.nl](mailto:in-fo@ceg.nl)

### Publicaties RVZ vanaf 2007

10/03	De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
10/02	Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
10/01	Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
09/14	Investeren rondom kinderen, november 2009
09/13	Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
09/15	Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, achtergrondstudies bij advies, januari 2010
09/12	Brochure Numerus Fixus, januari 2010
09/11	Werkprogramma 2010, november 2009
09/10	Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
09/09	Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
09/08	Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
09/07	Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
09/06	Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
09/05	Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
09/04	Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
09/03	Werkprogramma 2009, maart 2009
09/02	Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009
09/01	De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
08/11	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
08/12	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
08/10	Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over

- gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrond-studies, april 2008
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
- 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
- 07/04 Rechtaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
- Sig 08/01a Publiekversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
- Sig 07/01a Publiekversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007

#### **Publicaties CEG vanaf 2007**

- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en in-grijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008
- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007







