

## 12. Over governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar van het ziekenhuis

*Th.P.M. Schraven, bestuursadviseur<sup>1</sup>*

Governance gaat over de regulering van de besturing, verantwoording, toezicht en zeggenschapsverhoudingen in een organisatie. Wanneer het om die regulering in de top van een organisatie gaat, spreekt men van 'corporate governance'. In de zorg spreken we sinds de commissie-Meurs (1999) van 'health care governance'.

Het begrip 'corporate governance' is eind jaren tachtig in het bedrijfsleven in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten ontstaan en later naar Nederland (en andere landen) overgewaaid. Corporate governance ontstond naar aanleiding van problemen en schandalen in het bedrijfsleven waarbij de verantwoording aan de aandeelhouders en het toezicht van de raad van commissarissen op het bestuur tekort was geschoten. Het functioneren van raden van commissarissen (c.q. raden van toezicht) is daarmee nadrukkelijk in de aandacht komen te staan.

Met bijvoorbeeld de Ahold-affaire en de bankencrisis (kredietcrisis), maar ook enkele debacles in de zorg, heeft dit thema nog niets aan actualiteit ingeboet. In het bedrijfsleven zijn aanvankelijk door de commissie-Peters (1997) en later de commissie-Tabaksblat (2003) codes opgesteld voor een verbetering van corporate governance bij beursgenoteerde ondernemingen. Governance gaat over besturen en beheersen, over verantwoordelijkheid en zeggenschap en over verantwoording en toezicht. Integriteit en transparantie spelen hierbij een grote rol. Belangrijk daarbij is dat bestuurders en commissarissen over hun taakuitoefening - ook publiekelijk - verantwoording dienen af te leggen.

### Corporate governance

Het begrip corporate governance is vanaf de jaren negentig op twee manieren geëvolueerd. Ten eerste is de inhoud van het begrip breder geworden. De governance-gedachte richtte zich in eerste instantie vooral op het afleggen van verantwoording aan de eigenaars/kapitaalverschaffers van de onderneming (de aandeelhouders/ 'shareholders'). Later is het begrip verbreed naar verantwoording aan meerdere

belanghebbenden ('stakeholders'), voor zover deze daartoe een legitieme grond hebben. Ook de focus van verantwoording verbreedt zich; het beperkt zich niet meer alleen tot de financiële resultaten, maar richt zich ook op geleverde prestaties en op bijvoorbeeld milieueffecten. Ten tweede heeft corporate governance zich verbreed naar andere maatschappelijke sectoren, zoals de gezondheidszorg. In 1999 heeft de commissie Health Care Governance, onder voorzitterschap van prof. dr. P.L. Meurs<sup>2</sup>, dertig aanbevelingen uitgebracht voor gezondheidszorginstellingen. De aanbevelingen hebben in belangrijke mate betrekking op het functioneren van raden van toezicht van gezondheidszorginstellingen. Health care governance is een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert.

Bij de uitwerking heeft de commissie de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- goede zorg vereist goed bestuur
- goed bestuur verdient goed toezicht
- goede zorg is verantwoorde zorg

In de uitwerking heeft de commissie het accent gelegd op de taak en positie van de raad van toezicht van de zorginstelling en op de verantwoording over zijn functioneren. In de zorg ontbrak een algemeen aanvaard referentiekader voor het functioneren van raden van toezicht. Het raad-van-toezichtmodel is immers niet wettelijk verankerd en ook andere mechanismen ontbreken om goed toezicht te toetsen. Daarom heeft de commissie destijds 'een gouden standaard' voor de zorgsector ontworpen. Dit is des te meer van belang omdat door de schaalvergroting en toenemende complexiteit van zorginstellingen ook een professionalisering van toezicht nodig is.

Binnen de bestuursstructuur van een toegelaten zorginstelling dient een orgaan onafhankelijk toezicht uit te oefenen op de raad van bestuur. Dit is bepaald in de Wet Toelating Zorginstellingen, die sinds 2005 van kracht is.

Ook de brancheorganisaties waar ook NVZ vereniging van ziekenhuizen toe behoort hebben de principes van healthcare governance verwerkt in de Zorgbrede Governancecode (2005). Deze wordt anno 2009 geactualiseerd. Aangezien de code voor alle zorginstellingen geldt zijn er geen specifieke bepalingen opgenomen over de positie van de medische staf.

Wel is in de toelichting verwoord dat het medisch stafbestuur, net als de ondernemingsraad en cliëntenraad, een formeel adviesorgaan is van de raad van bestuur. Het zijn geen adviesorganen van de raad van toezicht. In die zin is er geen relatie tussen deze organen en de raad van toezicht. Wel is het gebruikelijk dat bij de goedkeuring van bestuursbesluiten door de raad van toezicht laatstgenoemde geïnformeerd wordt over de adviezen aan de raad van bestuur met als doel te checken of het besluit van de raad van bestuur voldoende steun geniet.

Dit betekent dat in de huidige verhoudingen niet meer van een toezichthouder verwacht kan worden dat deze het contact met het stafbestuur of met een medisch specialist actief opzoekt. Andersom zal het zo zijn dat als het stafbestuur contact zoekt met de raad van toezicht deze in de regel zal terugverwijzen naar de raad van bestuur.

Er zijn uitzonderingen. Hiervoor wordt verwezen naar het voorbeelddocument Medische Staf zoals deze door de OMS en NVZ zijn opgesteld. In artikel 2.4 is bepaald dat “het contact van de medische staf met de raad van toezicht van de stichting verloopt door tussenkomst van het bestuur, tenzij dringende redenen rechtvaardigen dat het bestuur van de medische staf zich rechtstreeks tot de raad van toezicht wendt, in welk geval het bestuur van de medische staf daarvan met opgave van redenen tevoren mededeling doet aan het bestuur.”

In het kader van een gezond systeem van *checks and balances* is er – als het goed is – één of twee maal per jaar een onderhoud van de raad van bestuur, medisch stafbestuur en delegatie raad van toezicht

over de algemene gang van zaken in het ziekenhuis.

De principes van health care governance hebben doorgewerkt in de bewustwording van de positie van de medisch specialist in relatie tot zijn maatschappelijke verantwoordingsplicht. Zo was de 29ste aanbeveling van de Commissie-Meurs: “De raad van bestuur bevordert dat hulpverleners niet alleen intern maar ook extern verantwoording (aan cliënten en beroepsgenoten) afleggen over hun handelen.”

Het governance-debat in de zorg heeft in ieder geval op één vraag nog geen antwoord gegeven: Van wie is het ziekenhuis? Verreweg de meeste ziekenhuizen zijn in een stichting ondergebracht. Het eigenaarschap is dus diffuus. Liggen hier kansen voor medisch specialisten?

### Clinical Governance

Hoewel er onderlinge parallellen en verbanden zijn, dient corporate governance (health care governance) niet verward te worden met clinical governance. Het systeem van clinical governance is in de jaren negentig in het Verenigd Koninkrijk ontstaan bij de NHS en moet gezien worden als een nieuwe fase in de ontwikkeling van kwaliteitsystemen in de zorg. Onder clinical governance wordt verstaan: “A system through which organisations are accountable for continuous improvement in the quality of their services and safeguarding high standards of care and creating an environment in which clinical excellence can flourish.” (The new NHS White Paper, DoH, 1997). Daar waar het concept van corporate governance aanvankelijk ontstaan is naar aanleiding van enkele schandalen in het bedrijfsleven, zo is ook bij de Britse regering en de NHS de ontwikkeling van clinical governance in een stroomversnelling gekomen naar aanleiding van enkele publieke schandalen over de kwaliteit van de klinische zorg. In Nederland kan verwezen worden naar het Radboudziekenhuis (cardiochirurgie), de IJsselmeerziekenhuizen (patiëntveiligheid OK-complex) en Medisch Spectrum Twente (disfunctionerende neuroloog).

Clinical governance moet gezien worden als een nieuwe fase in de ontwikkeling van kwaliteits-systemen. Er worden een aantal kwaliteitslijnen met elkaar verbonden, te weten:

- de ontwikkeling van standaarden en protocollen vanuit de hoek van de medisch-specialistische beroepsgroep
- integrale kwaliteitssystemen die vanuit het management ontwikkeld zijn (bijvoorbeeld het INK-model)
- ‘audit’- en accreditatiesystemen (zoals bijvoorbeeld visitaties en PACE)
- de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg
- een professioneel leerklimaat waarbij medisch specialisten elkaar kunnen toetsen en zonedig aanspreken (onderlinge toetsing, functioneringsgesprekken).

Clinical governance verbindt niet alleen de kwaliteitsverantwoordelijkheden van professional én management, maar legt ook een verbinding met de publieke verantwoordelijkheid en verantwoording. Volgens de British Association of Medical Managers is de essentie van clinical governance ‘corporate accountability for clinical performance’ (BAMM, 1998).

Hier ligt dus het eerste verband met corporate governance, te weten verantwoording aan diegenen die daartoe een legitiem recht hebben. Een tweede verband is dat corporate governance en clinical governance niet meer gezien kunnen worden als ‘iets extra’s’ waarbij de instelling en de professionals naar believen kunnen kiezen of deze in het beleid geïncorporeerd worden. Het is een maat-

schappelijke plicht geworden, met een dreiging van overheidsregulering op de achtergrond: “Quality is a prevailing purpose rather than a desirable accessory.” (Secretary of State for Health UK, 1997).

Corporate governance en clinical governance ontmoeten elkaar wanneer het gaat om risicomangement en risicobeheersing. Het gaat daarbij niet alleen om het beheersen van de risico’s (waarbij veiligheid voorop staat) maar ook om inzicht in de verwachte consequenties van keuzes die gemaakt worden (of nagelaten worden). Zowel corporate governance als clinical governance eisen dat de risico’s van de kwaliteit van zorg in beleid en in uitvoering in beeld worden gebracht en worden beheerst. Hierin hebben raad van bestuur en het medisch stafbestuur een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

De bestuurders zullen in toenemende mate verantwoording moeten afleggen aan de raad van toezicht over de strategische risicobeheersing, waarvan rapportages over ‘the state of the art of clinical governance’ onderdeel zullen worden.

### Het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

De ontwikkeling van de organisatie van het ziekenhuis als een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB) kent een lange geschiedenis. Belangrijke ankerpunten waren de Commissie Biesheuvel (Modernisering Curatieve Zorg, 1994) en de Commissie Van Montfort (Medisch Specialist en Ziekenhuisorganisatie; managementparticipatie van medisch specialisten, 1995).

Grofweg kan de ontwikkeling van de positie van de

**Figuur 1**

#### Ontwikkeling van het medisch specialisme in het ziekenhuis

(model Zorg Consult Nederland) <b>Strategiebepaling</b> <b>Ziekenhuisstructuur</b> <b>Medische staf</b> <b>Maatschap</b> <b>Medisch specialist</b>	<b>Coëxistentie →</b>  impliciet eilanden-structuur belangenbehartiging economische eenheid solistisch	<b>Samenspraak →</b>  afstemming kanteling bestuurlijk orgaan vakgroep betrokken	<b>Integratie</b>  gezamenlijk centra platform basis van specialisme geïntegreerd
---	--	--	---

medisch specialist in relatie tot het ziekenhuis geschetst worden als een ontwikkeling van co-existentie naar samenspraak en vervolgens integratie.

In ieder geval kan geconstateerd worden dat ‘het ziekenhuis’ en ‘de medisch specialist’ anno 2009 organisatorisch steeds meer tot elkaar en tot een verdere integratie<sup>3</sup> veroordeeld zijn. Door het veranderend bekostigingsstelsel (dbc’s), de marktwerking en toenemende co-morbiditeit neemt de wederzijdse afhankelijkheid op het gebied van kwaliteit van zorg, volume (productie) en kosten/batenverhoudingen toe. Dit is ook zichtbaar in de ontwikkeling van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE’s) waarbij de medische vakgroep én ziekenhuisunit onder leiding van een medisch specialist en een manager bedrijfsvoering integraal verantwoordelijk zijn voor kwaliteit, productie, personeel en financiën.

De integratietendens wordt versterkt door recente regeringsadviezen (RVZ, Governance en kwaliteit van zorg, 2009) en voornemens van het kabinet (‘Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning’; brief minister VWS aan de Tweede Kamer, juli 2009). In essentie komen de beleidsvoornemens erop neer dat het bestuur van het ziekenhuis nog nadrukkelijker thans de (eind)verantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van zorg en uit dien hoofde instructies kan geven aan medisch professionals.

“Zo moet het bestuur een opdracht kunnen geven aan iedere zorgprofessional die binnen zijn muren werkzaam is inzake de wijze waarop en de condities waaronder de zorg wordt verleend of hoe hierover verantwoording wordt afgelegd.” (citaat brief VWS, juli 2009). De minister van VWS heeft aangekondigd dat in het wetsvoorstel Cliënt en Kwaliteit Zorg wordt opgenomen dat de medisch specialist wettelijk verplicht wordt verantwoording af te leggen aan de raad van bestuur over de kwaliteit van zorg.

De toelatingsovereenkomsten met vrijgevestigde specialisten zullen worden aangepast aan de eisen die voortvloeien uit dit wetsvoorstel. De ontwikkeling van verdere organisatorische én wettelijke integratie komt steeds meer op gespannen voet te staan met het hybride karakter van het huidige

ziekenhuissysteem: de vrijgevestigde medisch specialist die wordt vastgeketend. Kun je tegelijkertijd vrij én ondergeschikt zijn?

### **Van klinisch eigenaarschap naar (ook) juridisch eigenaarschap?**

Door de geschetste ontwikkelingen integreert de medisch specialist dus steeds meer in het ziekenhuis én wordt hij er steeds meer (ondergeschikt) aan vastgeketend. Nu zich deze ontwikkeling voordoet, is het dan niet tijd om echt het eigenaarschap van het ziekenhuis op zich te nemen in plaats van ‘aan de zijlijn te blijven staan’? Die ‘zijlijn’ is ook voor het bestuur een lastige positie: de medisch specialisten stappen ten opzichte van de organisatie ‘in en uit’ wanneer het hen uitkomt (‘de hinderen weigermacht’). Waarom de informele machtspositie van de medische staf die steeds meer wringt met de veranderende formele posities, niet ook formeel verankeren en de medisch specialist ook echt (mede)verantwoordelijk maken voor het ziekenhuis?<sup>4</sup> Maak van de weigermacht dan maar eigenaarsmacht.

Daar zijn ook nog andere redenen voor. Ten eerste: het stichtingsmodel van ziekenhuizen raakt steeds meer in de knel én staat steeds meer ter discussie. Van wie is het ziekenhuis en aan wie leggen bestuur en toezicht (uiteindelijk) verantwoording af? Er gaan maatschappelijk steeds meer stemmen op om andere rechtsvormen voor ziekenhuizen te creëren, zoals de nv/bv, de coöperatie of de (komen-de) maatschappelijke onderneming. Blijft de medisch specialist als ‘kernprofessional van het ziekenhuis’ daarbij aan de zijlijn staan?

Ten tweede het vraagstuk van de externe kapitaalverschaffing. Het leek een kwestie van tijd dat vanaf 2012 ‘de winstklem’ op ziekenhuizen zou worden opgeheven. Dan zou de weg vrij zijn om externe kapitaalverschaffers aan te trekken door het uitgeven van aandelen en mede(eigenaarschap) aan externe partijen.

Recentelijk heeft de minister van VWS aangekondigd dat die mogelijkheid zodanig wordt ingeperkt dat feitelijk kan worden aangenomen dat die weg wordt afgesloten omdat belangstellenden uit de kapitaalmarkt zich zullen terugtrekken. Het voorgestelde winstexperiment voor ziekenhuizen van

de NZa wordt door de minister niet ingevoerd. Er zijn wel enkele voorbeelden uit de praktijk (Slotervaartziekenhuis en IJsselmeerziekenhuizen) maar dit zijn zeer specifieke gevallen: beide ziekenhuizen stonden 'op omvallen'. Dit geldt ook voor het Vlietlandziekenhuis. Dit wordt door acute geldnood onder leiding van de regionale zorgverzekeraar in een coöperatie ondergebracht waar ook de medisch specialisten een minderheidsbelang in nemen. Dit model staat op papier, maar functioneert nog niet in de praktijk. Ook het Hofpoort Ziekenhuis te Woerden en het Sint JansGasthuis te Weert hebben vergevorderde plannen voor externe kapitaalverschaffing (aandenuitgifte) in combinatie met een minderheidsbelang voor de medische staf. Als 'extern' eigenaarschap niet meer mogelijk is, creëer dan een vorm van intern eigenaarschap zoals we bij andere hoogprofessionele organisaties zoals advocaten- en advieskantoren zien. Uiteraard wordt met eigenaarschap van het ziekenhuis door medisch specialisten niet de pre-

tentie gewekt dat alle complexe besturingsvragen in het ziekenhuis in één keer worden opgelost, maar het doet wel (juridisch) recht aan enkele wenselijke bestuurlijke en organisatorische tendensen:

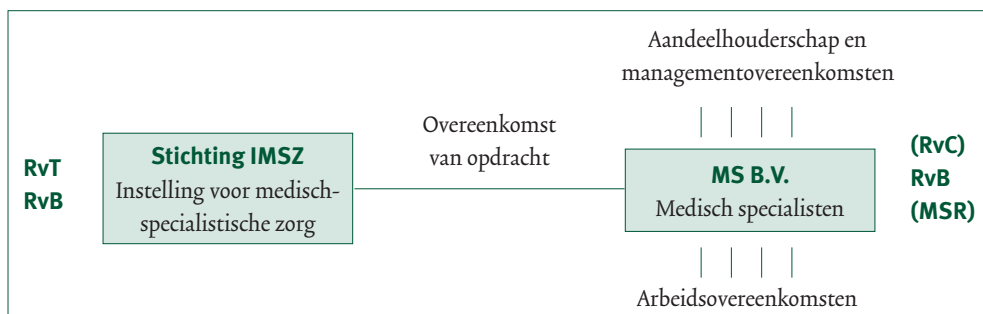
- van de medisch specialist in de zijlijn naar de medisch specialist 'in de lijn'
- van gedifferentieerde medische staf naar medische staf met geïntegreerd eigenaarbelang
- klinisch eigenaarschap wordt vertaald in juridisch eigendomschap
- de tendens naar 'geketend en ondergeschikt' wordt omgebogen naar 'sleutelbeheerder en bovengeschikt'.

### Vertaling naar een juridische structuur

Tot slot worden enkele modellen gepresenteerd om het Geïntegreerd Medisch-Specialistisch Bedrijf met eigenaarschap van medisch specialisten te vertalen naar een juridische structuur. Deze ontwikkelmodellen heeft Van Doorne advocaten samen met Zorg Consult Nederland ontwikkeld<sup>5</sup>.

### Schema 1

#### Model voor GMSB nieuwe stijl



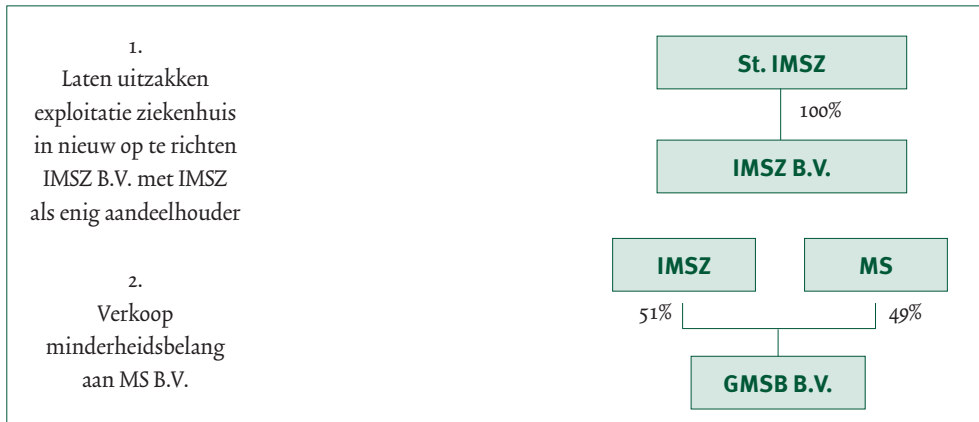
Stichting IMSZ is een toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg. Een 'algemeen ziekenhuis' naar oud recht. IMSZ heeft een medewerkersovereenkomst met de (meeste) zorgverzekeraars tot het leveren van zorg (in natura en op restitutiebasis) aan hun verzekerden. Het model kan ook met MS 'in de lead' worden ingericht. MS is dan de toegelaten instelling die contracteert met zorgverzekeraars en alle ondersteunende diensten – op grond van een dienstverleningsovereenkomst – inkoopt bij IMSZ.

MS bv (MS) heeft een overeenkomst van opdracht voor onbepaalde tijd met IMSZ op grond waarvan zij zich heeft verbonden alle patiënten die zich tot het ziekenhuis wenden op het gebied van welk specialisme ook te behandelen, voor een met IMSZ van jaar tot jaar overeen te komen prijs per (groep van) dbc('s) / product(en).

Aan MS zijn op twee manieren medisch specialisten verbonden: als aandeelhouder of als werknemer. Beide categorieën zijn jegens MS verplicht de werkzaamheden op het gebied van hun specialisme voor patiënten van IMSZ te verrichten. De aandeelhouders op grond van een managementovereenkomst; de werknemers op grond van een arbeidsovereenkomst. Op welke wijze een medisch specialist verbonden is, is niet afhankelijk van het specialisme, maar van het ondernemerschap van de betrokken specialist en/of andere functionele criteria.

## Schema 2

### Vervolgstappen naar volledig GMSB, optie 1a

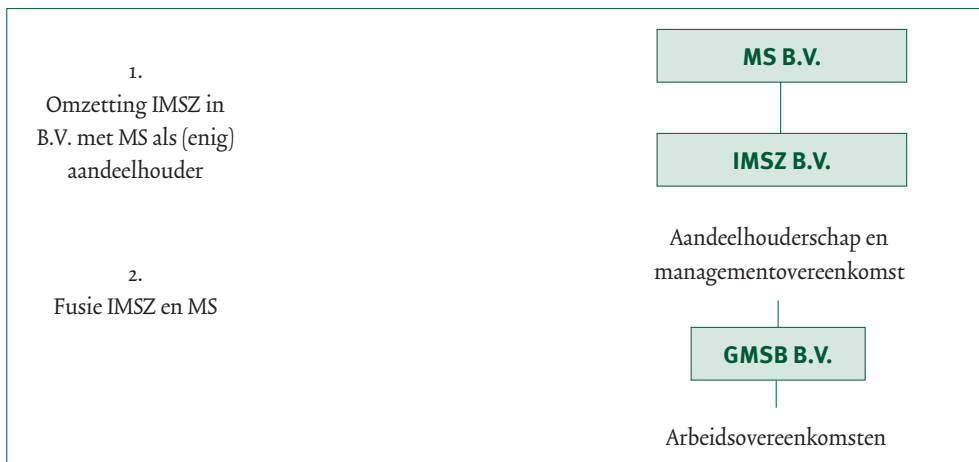


De raad van bestuur (RvB) van IMSZ wordt benoemd door de raad van toezicht. Desgewenst maakt daarvan een medisch specialist van MS deel uit.

Binnen MS wordt de aandeelhouderszeggenschap uitgeoefend in de algemene vergadering van aandeelhouders (AvA); de invloed op het beleid vindt plaats via een raad van commissarissen (RvC) en /of een medische stafraad (MSR).

## Schema 3

### Vervolgstappen naar volledig GMSB, optie 1b



De RvB van MS wordt benoemd door de AvA of de RvC. Als een RvC is ingesteld oefent deze het toezicht uit op de RvB; bij gebreke van een RvC doet de AvA dit.

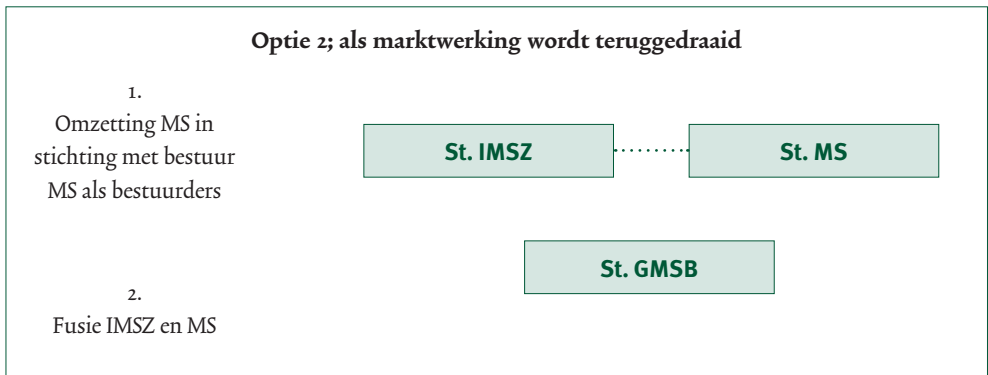
Alle medisch specialisten worden binnen MS voor hun arbeidsinspanningen beloond op basis van een gelijk systeem (ongeacht of zij een management- of arbeidsovereenkomst hebben). Eventuele inkomensverschillen vloeien voort uit een objectief beloningssysteem (tijdsbesteding / werkbelasting/ productie e.d.), waarvan variabele beloningselementen deel kunnen uitmaken.

De aandeelhouders worden – indien de resultaten van MS dit mogelijk maken – voor hun ondernemersinspanningen aanvullend beloond door middel van uitkering van dividend.

In het model kan al dan niet gekozen worden voor goodwillgerechtigd van aandeelhouders van MS. Voor aandeelhouders en werknemers met ‘oude’ goodwillaanspraken is een overgangsregeling van kracht.

#### Schema 4

##### Vervolgstappen naar volledig GMSB, optie 2



Tot slot zou als alternatief ook gedacht kunnen worden aan een (structuur)coöperatie waarin de medisch specialisten c.q. de medische staf als lid/eigenaar de algemene vergadering vormen/vormt.

De coöperatievorm kan zowel functioneren in een zorgsysteem waarin de marktwerking wordt doorgezet als in een zorgsysteem waarin die wordt teruggedraaid.

#### Noten

- 1 Met dank aan collega Hanneke Beijer, als ook Willemien Bisschot en Marg Janssen van Doorne NV.
- 2 Commissie Health Care Governance ('de commissie Meurs'), Health Care Governance, aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg, Soesterberg 2001 (derde druk), ISBN 90-9013245-7
- 3 Uitzondering betreffen specialismen die door de aard van hun specialisme in sterke mate 'stand alone' kunnen functioneren (bijv. dermatologie of oogheelkunde).
- 4 Als eersten publiceerden hierover P.P.G. van Benthem en J.Th.M.F. Beijer in Medisch Contact 60, nr. 19, 13 mei 2005 "Als de medische staf het ziekenhuis overneemt".
- 5 Dit model is voor het eerst door Van Doorne Advocaten en Notarissen (Willemien Bischof/Marg Janssen) en Zorg Consult Nederland (Hanneke Beijer/Theo Schraven) op een Zorgvisie-congres juni 2006 gepresenteerd.