



ICURO

OPEN EN SAMEN VOOR KWALITEIT

Hospital Governance Aanbevelingen 2012



Auteur

Johan Hellings

Redactiecomité

Marleen Deneef, Vera De Troyer, Kristof Eeckloo, Stefaan Van Roey,
Sarah Verschaeve en Kris Wauters

Verantwoordelijke uitgever

Willem Descamps, namens ICURO vzw, Handelsstraat 82, B-1040 Brussel

Opmaak

Gamma

1 maart 2012

© ICURO vzw, koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners

Voorwoord

De gezondheidszorg wordt wereldwijd geconfronteerd met grote uitdagingen. De betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg, de gevolgen van de veroudering en de toename van chronische aandoeningen zijn daarvan enkele voorbeelden. Deze uitdagingen gaan gepaard met toenemende, technologische mogelijkheden, maar ook met specifieke maatschappelijke verwachtingen inzake de realisatie van de best mogelijke zorg. In Vlaanderen kunnen we, samen met de zorgprofessionals, met fierheid kijken naar de sterk uitgebouwde ziekenhuiszorg die goed heeft geanticipeerd op de vele uitdagingen waarmee men op het terrein werd geconfronteerd. Samenwerking en schaalvergroting hebben ertoe geleid dat de bereikbaarheid van hoogtechnologische apparatuur sterk is toegenomen, dat versnippering en dubbelaanbod werden afgebouwd en dat de infrastructuur de komende jaren in belangrijke mate verder kan vernieuwd worden. Ondanks deze positieve ontwikkelingen moeten we met visie en overtuiging verder werken en dit vanuit twee niveaus.

Vanuit het macroperspectief van de overheden is er nood aan visie en samenhang in de opties over organisatie en financiering van de (ziekenhuis)zorg, mede vanuit de toenemende bezorgdheden aangaande de budgettaire situatie van ons land. De komende jaren zal de nood om nog efficiënter te werken en de beschikbare middelen nog beter te besteden, toenemen. Daarbij dienen de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg gegarandeerd te blijven. Over grote uitdagingen gesproken! Het Belgische en het Vlaamse macroperspectief zullen daarbij in toenemende mate ook gekaderd worden in de Europese context en ontwikkelingen.

Vanuit het mesoperspectief van de ziekenhuizen met publieke partners dient men hierop te anticiperen. De best mogelijke ziekenhuiszorg nastreven, is de opdracht van elk ziekenhuisbestuur. Zorgvragers en patiënten hebben immers recht op de best mogelijke zorg. Dit in de praktijk realiseren, vereist visie en professionaliteit van bestuurders en directieleden in goede afstemming met de zorgprofessionals, maar ook met andere relevante 'stakeholders'.

We richten ons met voorliggende aanbevelingen zowel naar de politieke vertegenwoordigers van het macroniveau als naar alle vertegenwoordigers

van de publieke dimensie in het ziekenhuisbestuur op mesoniveau. Vanuit de macrocontext zijn dit niet alleen de betrokken regeringen en overheden, maar ook de politieke partijen. Zij bepalen de wijze waarop onze ziekenhuiszorg wordt georganiseerd en daarbij ook de plaats van de publieke dimensie in het zorgsysteem. Op mesovlak zijn dit steden, gemeenten en OCMW's die via het OCMW, de autonome vereniging of de VZW-structuur aan het ziekenhuisbestuur participeren, externe verzelfstandigde agentschappen met rechtspersoonlijkheid (OPZC Rekem en OPZ Geel) en een Vlaamse openbare autonome instelling met het statuut van een parastatale B (UZ Gent).

De lokale publieke partners in het ziekenhuisbestuur hebben, vooral als gevolg van de fusies van afgelopen jaren, een grote variëteit in het aantal bestuursmandaten in Vlaamse ziekenhuizen. Het klassieke onderscheid tussen openbaar en privaat in de betreffende rechtsvorm is het laatste decennium in toenemende mate vervaagd in Vlaanderen. Het is derhalve niet zozeer de rechtsvorm van het ziekenhuis, maar wel de aanwezigheid van een publieke partner die het aanknopingspunt vormt.

De ICURO Hospital Governance Aanbevelingen 2012 worden gebouwd op een aantal principes, maar het zijn geen dogma's. Het zijn aanbevelingen die men kan volgen of waarvan men, liefst gemotiveerd, kan afwijken. Het in de governancemiddelen goed gekende principe 'comply or explain' kan daarbij toegepast worden. ICURO neemt zich voor om de aanbevelingen in 2018 te evalueren en te actualiseren, zowel vanuit het macro- als vanuit het mesoperspectief.

Samenwerken is noodzakelijk om de vele uitdagingen zo goed mogelijk te beantwoorden en de beste resultaten te bereiken. We moeten immers beseffen dat, internationaal gezien, de 'for profitziekenhuiszorg' aan een stevige opmars bezig is. Vanuit de opstart van specifieke nicheziekenhuizen is het niet denkbeeldig dat ook andere aspecten van de klassieke ziekenhuiszorg in Vlaanderen steeds meer in het vizier komen van commerciële spelers. Dergelijke 'for profitziekenhuizen' zijn zeker in staat om uitstekende ziekenhuiszorg te realiseren, maar met selectieve toegankelijkheid en gerichte fragmentatie als hoge prijs en een gezondheidszorg met twee snelheden als nefast gevolg. De beste manier om dit te vermijden, is zelf performant zijn in de realisatie van de best mogelijke ziekenhuiszorg die toegankelijk is en blijft voor alle zorgvragers. Het is daarbij belangrijk om de publieke dimensie in het ziekenhuisbestuur te vrijwaren, maar

vooral ook inhoudelijk te vernieuwen en te versterken. Dat maatschappelijk gelegitimeerde afgevaardigden betrokken zijn en worden bij de organisatie en de uitbouw van de gezondheidszorg en dus ook bij het ziekenhuisbestuur, is evident. Gezondheidszorg heeft omwille van zowel haar maatschappelijk belang als de wijze waarop ze wordt gefinancierd, een expliciete plaats in het publieke domein. Maar de snel evoluerende context waarin de zorg vandaag moet gerealiseerd worden, vereist dat deze opdracht op een professionele wijze wordt opgenomen. Dit vraagt een nieuw discours en een nieuwe invulling van de publieke dimensie zodat ze haar belangrijke maatschappelijke opdracht in het ziekenhuisbestuur zo goed mogelijk kan vervullen.

De 'trigger' om voorliggende aanbevelingen uit te werken, zijn de gemeenteraadsverkiezingen van 14 oktober 2012. In de opvolging van deze verkiezingen zullen, via de OCMW's, tal van personen vanaf begin 2013 een bestuurdersmandaat krijgen in Vlaamse ziekenhuizen. Op die wijze is er een belangrijke maatschappelijke legitimatie en publieke inbreng in de bestuurlijke werking van deze ziekenhuizen, maar zijn er ook expliciete verwachtingen. ICURO wil, als koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners, daarbij inspiratie en ondersteuning aanbieden.

Brussel, 1 maart 2012

Johan Hellings
Afgevaardigd bestuurder

Willem Descamps
Voorzitter Raad van Bestuur

Inhoud

1. Korte governancehistoriek en -situering	6
Corporate governance	7
Hospital governance	7
Hospital governance in publieke ziekenhuizen	9
Wat is het kader van dit initiatief?	10
2. Motivatie en situering van de ICURO Hospital Governance Aanbevelingen	12
Waarom deze ICURO Hospital Governance Aanbevelingen 2012?	13
Internationale ontwikkelingen aangaande governance in ziekenhuizen met publieke partners	13
Positionering van de ICURO Hospital Governance Aanbevelingen	15
Clinical governance	16
Hospital governance vraagt politieke beslissingen aangaande het ziekenhuisbestuur	18
Op zoek naar de meest aangewezen juridische structuur van een ziekenhuis	21
3. Principes waarop de aanbevelingen worden gebouwd	24
4. Concrete Hospital Governance Aanbevelingen	28
Deel 1: Maatschappelijke afstemming en legitimering	
Aanbeveling 1: De toekomst voorbereiden in het strategische plan	29
Aanbeveling 2: Beleidsopties concretiseren in een beleidsplan	30
Aanbeveling 3: Expliciete focus op de rechten van de patiënt	30
Aanbeveling 4: Structurele betrokkenheid van en interactie met 'stakeholders' organiseren	31
Aanbeveling 5: Transparantie en maatschappelijke verantwoording	31

Deel 2: Bestuurlijke organisatie	
Aanbeveling 6: Professionaliteit en visie in de bestuurlijke werking en organisatie	33
Aanbeveling 7: Betrokkenheid en structurele integratie van de artsen	34
Aanbeveling 8: Heldere afspraken over opdrachten en bevoegdheden in een stimulerende organisatiecultuur	35
Aanbeveling 9: Dynamiek en ondernemerschap in de directie/managementwerking	36
Aanbeveling 10: Specifieke comités zorgen voor focus en diepgang	36
5. Gedragscode van de goede bestuurder	40
6. Aanbevelingen voor de clinical governance macrocontext	44
Achtergrond	45
De nood aan een visie	46
De nood aan integratie	47
Verschillende dynamieken in ons land, ondanks dezelfde federale wetgeving	49
Toenemende verwachtingen vanuit de EU	50
De Patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002	50
Kwaliteitsvolle zorg stimuleren via aangepaste ziekenhuisfinanciering	50
Consequente benadering van risicovolle zorg ongeacht de plaats waar deze plaatsvindt	52
De NRZV adviseert op basis van voorgaande vaststellingen en overwegingen	52
Dankwoord	54
Referenties	55

1. Korte governance- historiek en -situering

De aandacht voor governance in de context van de ziekenhuiszorg is niet nieuw. Hierna wordt een korte historiek geschetst en een situering gegeven waaruit verder belangrijke aanknopingspunten zullen afgeleid worden.

Corporate governance

‘Corporate governance’ heeft betrekking op de werking en de interne controle van een bedrijf, maar ook op haar relatie met de stakeholders op alle terreinen van de activiteiten van de onderneming. *“Corporate governance omvat een aantal regels die mechanismen van voorbereiding, vorming en uitvoering van besluiten als de controle erop en de verantwoording ervan beheersen. Deze regels moeten vermijden (1) dat er onevenwichten ontstaan in de machtsverhoudingen en belangen-afwegingen tussen de bij de werking van de onderneming betrokken actoren, de zogenaamde ‘stakeholders’ en (2) dat er overwegingen, consideransen of invloeden tijdens elk van deze mechanismen meespelen die in een normaal behoorlijk bestuur niet zouden mogen meespelen.”* Deze definitie van Deneef (Janssens en Put, 2009) beschrijft op duidelijke wijze wat er met ‘corporate governance’ wordt bedoeld. In de jaren negentig werden heel wat governancemodellen en -codes uitgewerkt in en voor de wereld van de bedrijven. Deze modellen, zowel voor de familiale bedrijven als voor de beursgenoteerde bedrijven, bleken in de ziekenhuispraktijk maar beperkt toepasbaar.

Hospital governance

Er was en is derhalve nood aan specifieke input voor de ziekenhuizen. De brochure ‘Hospital Governance’ - uitgewerkt onder impuls van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KU Leuven - die in 2000 verscheen, was in dit perspectief historisch. ‘Hospital governance’ verwijst in zijn essentie naar het geheel van controle- en evenwichtsmechanismen dat het besluitvormingsproces in ziekenhuizen vorm geeft (Eeckloo, 2008). De toenmalige Vlaamse ziekenhuiskoepels Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) en Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) hebben aan het ontstaan van deze brochure ook een flinke impuls gegeven. In 2001 verscheen een interessante bijdrage van Van Dijk ‘Corporate governance en de ziekenhuisartsen’ waarin

het governanceconcept, de concrete betekenis en de aanknopingspunten voor de ziekenhuisartsen uitvoerig en inspirerend worden beschreven en ook een aantal aanbevelingen worden geformuleerd. In 2006 was de tijd rijp voor een actualisatie van de eerste CZV-uitgave. Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, de Vlaamse ziekenhuis-koepels en een aantal experts werkten hieraan mee. In het voorwoord bij deze uitgave schrijft prof. dr. A. Vleugels: *“Er is de onomkeerbare ontwikkeling van een ziekenhuiszorg en een ziekenhuisorganisatie die historisch sterk aanbod- en verstrekkersgedreven is geweest naar een vraag- en patiëntgedreven zorg en zorgorganisatie. Ziekenhuisbestuur was in het verleden vooral een beheer van structuur en infrastructuur, van bedden en gebouwen, van afdelingen en departementen, van personeel, van apparaten, van uitrusting. Vandaag staat in het ziekenhuis de patiënt centraal met zijn/haar zorgbehoefte en daarmee ook het zorgtraject dat de verstrekkers voor die patiënt letterlijk en figuurlijk doorheen de ziekenhuisstructuur en de ziekenhuisinfrastructuur uittekenen in antwoord op, en aansluitend bij zijn/haar zorgbehoefte. Ziekenhuisbestuur wordt steeds uitdrukkelijker een aansturen van processen, van activiteit, van zorg. De patiënt, zijn/haar omgeving, de maatschappij waarin hij/zij leeft - en waarin het ziekenhuis is ingebed - worden belangrijker en niet langer te negeren “stakeholders”. Van het ziekenhuis wordt een externe verantwoording verwacht naar klanten, samenleving, overheid. Ziekenhuisbeleid wordt in essentie zorgbeleid.”*

Beter en actueler kan dit niet geformuleerd worden. We zullen dan ook dankbaar gebruik maken van een aantal aanbevelingen die hierbij vanuit het CZV werden geformuleerd.

Eind 2006 werd in het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA) een ‘Corporate governance handvest’ goedgekeurd. Hierin wordt de essentie van de ZNA-bestuursstructuur beschreven met een aantal belangrijke bestuurlijke innovaties.

In 2008 richtten verschillende verantwoordelijken van socialprofitorganisaties zich met een vraag tot de Koning Boudewijnstichting om een stuurgroep te installeren en samen aanbevelingen van goed bestuur uit te werken. Het resulteerde in een rapport ‘Aanbevelingen voor het besturen van socialprofitorganisaties - aandachtspunten voor goede praktijken’ (Denef, 2010). In dit advies richt men zich op de rechtsfiguur van de VZW.

Eind 2008 verdedigde Kristof Eeckloo aan de KU Leuven zijn doctoraats-thesis 'Hospital Governance in Vlaanderen: exploratieve studie in internationaal perspectief' waardoor er niet alleen Vlaamse expertise in dit domein werd ontwikkeld, maar dit ook vanuit een internationaal perspectief werd benaderd.

Inspirerend zijn de ontwikkelingen in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) van Rekem en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ) van Geel die functioneren als een extern verzelfstandigd agentschap. Er is een charter deugdelijk bestuur gebouwd op een aantal principes en er is de constructie van de beheersovereenkomst. Interessant daarbij is de explicatie van de rol van de Vlaamse overheid als actieve aandeelhouder. De autonomie van de raad van bestuur van die centra wordt gewaarborgd door het decreet van 30 april 2004 en de rol van de overheid kan hierbij gezien worden als een 'controlerende aandeelhouder'.

In 2009 verscheen het boek 'Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector', geschreven door Janssens en Put vanuit het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Hierin wordt gerapporteerd over onderzoek naar deugdelijk bestuur van private non-profit-organisaties (VZW's). Het onderzoek van Janssens en Put combineert een literatuurstudie met een praktijkgericht luik. Het concept van 'social governance' wordt daarin ontwikkeld met volgende kenmerken: openheid, participatie, duidelijkheid, transparantie, controle, informatie en maatschappelijke legitimatie. Deze elementen vinden uitwerking in een systeem van 'checks and balances' dat ertoe moet leiden dat bij het organisatiebestuur op een gepaste wijze rekening wordt gehouden met de belangen van de verschillende stakeholders.

Hospital governance in publieke ziekenhuizen

Onder impuls van het European Observatory on Health Systems and Policies van de World Health Organization verscheen in 2011 het omvangrijke rapport 'Governing Public Hospitals' (Saltman, 2011). In dit rapport wordt 'hospital governance' gekaderd in een aantal Europese ontwikkelingen en concreet toegelicht vanuit de praktijk in acht landen (Tsjechië, Verenigd Koninkrijk, Estland, Israël, Nederland, Noorwegen, Portugal en Spanje). In dit rapport wordt 'hospital governance' omschreven als: *"a set of processes and tools related to decision-making in steering the totality*

of institutional activity, influencing most major aspects of organizational behavior and recognizing the complex relationships between multiple stakeholders. Its scope ranges from normative values (equity, ethics) to access, quality, patient responsiveness, and patient safety dimensions. It also incorporates political, financial, managerial as well as daily operational issues.”. Deze definitie geeft uitstekend weer wat we in voorliggende aanbevelingen bedoelen met ‘hospital governance’.

De ICURO Hospital Governance Aanbevelingen maken dankbaar gebruik van de inzichten in de eerder vermelde ontwikkelingen en publicaties, maar willen ook verdergaan in het concretiseren ervan voor de ziekenhuiswerking in de praktijk. Daarbij wordt er ook gebruik gemaakt van een aantal relevante ontwikkelingen en inzichten, vooral in het kader van het streven naar kwaliteitsvolle zorg, die verder worden uitgewerkt in de context van ‘clinical governance’.

Waar de publicaties van de Koning Boudewijnstichting en van Janssens en Put zich uitsluitend richten op de private voorzieningen, willen voorliggende aanbevelingen zich uitdrukkelijk richten op de ziekenhuizen met publieke partners die onder verschillende rechtsvormen operationeel kunnen zijn. Het is derhalve niet zozeer de rechtsvorm van het ziekenhuis, maar wel de aanwezigheid van een publieke partner die hier het aanknopingspunt vormt.

Wat is het kader van dit initiatief?

De raad van bestuur van ICURO heeft, als koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners, het initiatief genomen om deze Hospital Governance Aanbevelingen 2012 uit te werken. Dit initiatief kadert in de heroriëntering van de werking en de opstart van de ICURO-werking in de zomer van 2010. Twee ontwikkelingen zijn daarbij belangrijk:

1. ICURO sloot in 2010 een samenwerkingsakkoord met de ziekenhuiskoepel Zorgnet Vlaanderen. Dit samenwerkingsverband wil de krachten rond een aantal domeinen bundelen, zonder de eigenheid van iedere organisatie te hypothekeren. Zorgnet Vlaanderen heeft daarbij een algemene focus gericht op wetgeving, financiering, organisatie, ... regels die toepasselijk zijn op alle Vlaamse ziekenhuizen, los van hun privaat of openbaar statuut. ICURO richt zich in het

samenwerkingsverband op de kwaliteit van de ziekenhuiswerking, zoals dat onder meer tot uiting komt in accreditatie en indicatoren. Ook hiervoor wordt een werking uitgebouwd voor alle Vlaamse ziekenhuizen, los van hun privaat of openbaar statuut. Samenwerken tussen de ziekenhuiskoepels, waarin ook Medisch-sociale sector In Dialoog (MID) expliciet wordt betrokken, leidt op die wijze tot versterken.

2. ICURO wil daarnaast ook de voor haar leden typische publieke aspecten van de ziekenhuiswerking ondersteunen. De publieke aspecten van de ziekenhuiswerking zijn afgelopen jaren onder druk gekomen en er werden vragen gesteld bij hun plaats en relevantie. Vanuit haar opdrachtverklaring streeft ICURO met haar leden naar een moderne en maatschappelijk relevante invulling van deze publieke aspecten. Dit gebeurt vanuit de overtuiging dat de publieke partner belangrijk is in het ziekenhuisbestuur. Op die wijze kan deze vanuit haar specifieke focus goede impulsen geven en objectieven formuleren voor de maatschappelijk belangrijke ziekenhuiswerking. Voorliggende Hospital Governance Aanbevelingen werden uitgewerkt vanuit dit aspect van de ICURO-werking.

2. Motivatie en situering van de ICURO Hospital Governance Aanbevelingen

Waarom deze ICURO Hospital Governance Aanbevelingen 2012?

Er is afgelopen jaren reeds heel wat denkwerk omtrent 'hospital governance' verricht en in diverse ziekenhuizen werd gerichte ervaring opgebouwd, zoals ook werd geïllustreerd op het ICURO-governancesymposium van 2 en 3 december 2011 in Brugge. Er is in de Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners dan ook niet veel behoefte aan nieuwe theorieën over 'hospital governance', maar er is wel nood aan een implementatiekader en aan de ontwikkeling van een politiek draagvlak daarvoor. ICURO heeft daarom voorliggende aanbevelingen uitgewerkt vanuit verschillende motieven:

- Ondersteuning en governance-inspiratie aanreiken voor de Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners die zijn betrokken bij het ziekenhuisbestuur.
- Ontwikkelen van een bestuurlijk kader dat kwaliteitsvolle zorg in het ziekenhuis inspireert, stimuleert en opvolgt in goede afstemming en interactie met alle betrokken actoren.
- Aanreiken van een bestuurlijke context waarin maatschappelijke interactie en verantwoording over de ziekenhuiswerking een duidelijke plaats krijgen.
- Interactie ontwikkelen met de politieke instanties om de specificiteit van het ziekenhuisbestuur en de vele uitdagingen waarmee het wordt geconfronteerd te onderlijnen, de inbreng van ziekenhuizen met publieke partners verder te valoriseren, maar ook om te ijveren voor een meer aangepaste context voor deze ziekenhuizen.

Internationale ontwikkelingen aangaande governance in ziekenhuizen met publieke partners

Naast de reeds beschreven ontwikkelingen aangaande governance vanuit de Vlaamse context dient governance ook te worden gekaderd vanuit een aantal internationale ontwikkelingen. Zo is er bijvoorbeeld toenemende aandacht voor 'good governance'. Acht karakteristieken kunnen daarbij vermeld worden: *"participatory, consensus oriented, accountable, transparent, responsive, effective and efficient, equitable and inclusive and*

follows the rule of law. It assures that corruption is minimized, the views of minorities are taken into account and that the voices of the most vulnerable in society are heard in decision-making. It is also responsive to the present and future needs of society (Verenigde Naties, 2012).". Het 'good governance'-concept biedt interessante aanknopingspunten voor vertaling naar de hospital governancecontext vanuit het macroperspectief.

Belangrijk zijn ook de OECD (1999) 'Principles of corporate governance' die in 2004 werden geactualiseerd en een zogenaamde 'White Paper' (European Commission, 2001) waarin vijf governanceprincipes centraal worden gesteld: openheid, participatie, verantwoordelijkheid, effectiviteit en samenhang. Het zijn belangrijke principes om mee te nemen in de ontwikkeling van de hospital governancecontext.

Het eerder geciteerde rapport van het European Observatory on Health Systems and Policies (Saltman, 2011) richt zich op specifieke governanceontwikkelingen in algemene ziekenhuizen die zijn ingebed in de publieke context. Het rapport beschrijft de verschillende ontwikkelingen en uitdagingen op dit vlak. Men kan daarbij een grote verscheidenheid vaststellen in de acht hierbij betrokken landen, evenals een permanent zoeken naar de beste invulling van de publieke dimensie in het ziekenhuisbestuur. Parallel met de vaststellingen in Vlaanderen wordt ook het vervagende onderscheid tussen private en publieke ziekenhuizen in de betrokken landen beschreven. De ICURO-optie om de publieke dimensie niet langer louter institutioneel, maar vooral inhoudelijk te benaderen en een nieuwe invulling te geven, is mede uit deze vaststelling ontstaan. Ofschoon er in het rapport geen inbreng was vanuit de Belgische of de Vlaamse context dient te worden vermeld dat België wel lid is van het European Observatory on Health Systems and Policies. Dit kan opportuniteiten bieden voor de verdere verrijking van het governance debat in ziekenhuizen met publieke partners.

De verwachtingen vanuit Europa zullen ook steeds explicieter worden aangaande 'clinical governance' (zie verder). De EU-richtlijn 2011/24 illustreert dit reeds door de vrijheid om gezondheidszorg te ontvangen in de hele Europese Unie (EU) gepaard te laten gaan met kwaliteits- en veiligheids garanties, vanuit de rechten van de patiënt. Deze ontwikkelingen zetten de toon en expliciteren de verwachtingen naar het macroniveau.

Positionering van de ICURO Hospital Governance Aanbevelingen

Het is aangewezen om 'hospital governance' te benaderen vanuit drie invalshoeken (Saltman et al., 2011) om op die wijze de precieze focus van de ICURO-aanbevelingen te kunnen aanduiden:

1. Het **macroniveau** = het overheidsniveau waar de basisstructuren en opties aangaande organisatie en financiering van ziekenhuiszorg worden bepaald. Op dit niveau wordt beslist welke ziekenhuiszorg men wenst, of er een plaats is voor openbaar georganiseerde zorg, voor privaat georganiseerde zorg en wat daarvan de modaliteiten en verwachtingen zijn als er wordt gewerkt met middelen die afkomstig zijn van publieke financiering. In de Belgische ziekenhuiszorg ligt dit macroniveau in belangrijke mate bij de federale overheid, maar men kan evenmin kijken naast de toenemende impact van Europa op de organisatie van gezondheidszorg, evenals die van de gemeenschappen/gewesten in het kader van hun huidige bevoegdheden en van de institutionele ontwikkelingen in ons land. Daarnaast is er door de wijze waarop onze ziekenhuiszorg wordt georganiseerd ook een belangrijke macro-impact vanuit de instanties die de ziekteverzekering organiseren en beheren. De Vlaamse ziekenhuizen worden daardoor geconfronteerd met diverse spelbepalende actoren op het macroniveau.
2. Het **mesoniveau** = het niveau waarop de besluitvorming aangaande de belangrijke opties voor een individueel ziekenhuis tot stand komt. Op dit niveau worden zorgstrategische opties, budgetten en resultaten, aanstelling van management/directie en artsen, bestuurlijke opties in de beleidsplannen, samenwerkingsverbanden, ... voor een individueel ziekenhuis bepaald. In de Vlaamse ziekenhuiscontext worden dergelijke dossiers besproken en beslist op het niveau van de raad van bestuur en/of de algemene vergadering. Een raad van bestuur en/of een algemene vergadering kunnen ingebed zijn in de rechtsfiguur van een autonome verzorgingsinstelling, een vzw, maar ook in een extern verzelfstandigd agentschap of in een autonome instelling met het statuut van parastatale B.
3. Het **microniveau** = het niveau waarop de operationele besluitvorming voor een individueel ziekenhuis tot stand komt. Dit niveau wordt ook het 'hospital management'-niveau genoemd en het is dan ook het domein

waarin de ziekenhuisdirectie en het ziekenhuismanagement, in een goed afgesproken context, zelfstandig beslissingen kunnen nemen. Operationele slagkracht is belangrijk voor een goede ziekenhuiswerking. Voorbeelden daarvan zijn: aanstellingen van medewerkers tot een zeker niveau, operationele uitgaven binnen het werkingsbudget, kleinere investeringen binnen het investeringsbudget, uitwerking van projecten in het kader van het beleidsplan.

De focus van de ICURO Hospital Governance Aanbevelingen 2012 is gericht op het macroniveau wat het beleidskader betreft en op het mesoniveau wat de betrokken ziekenhuizen betreft.

Clinical governance

Sinds een aantal jaren ontwikkelt zich in Vlaanderen een nieuwe dynamiek waarbij ziekenhuizen zich volop voorbereiden op het verwerven van een internationale ziekenhuisaccreditatie en actief meewerken aan een breed samenwerkingsverband aangaande het objectiveren van hun zorgprocessen en resultaten via indicatoren. De samenwerking hieromtrent tussen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Zorginspectie, de Vlaamse Vereniging van Hoofddartsen, het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven, het Vlaams Patiëntenplatform, de mutualiteiten, de Vlaamse Verpleegunie en de ziekenhuiskoepels verloopt bijzonder positief en is erg beloftevol. De aansluiting bij het Vlaamse beleid wordt onder meer geconcretiseerd door de uitwerking van een nieuw toezichtmodel voor de algemene ziekenhuizen.

Deze focus op kwaliteitsvolle zorg wordt in de governancecontext ook wel als 'clinical governance' omschreven; *"the term used to describe a systematic approach to maintaining and improving the quality of patient care within a health system. This definition is intended to embody three key attributes: (1) recognisably high standards of care, (2) transparent responsibility and accountability for those standards, (3) and a constant dynamic of improvement."* Bij de ICURO Hospital Governance Aanbevelingen 2012 is het streven naar de duurzame uitbouw van 'clinical governance' in de ziekenhuizen een belangrijk uitgangspunt.

Kwaliteit is een relatief en normatief begrip waarbij het erom gaat te beoordelen of de zorg die uitkomsten oplevert die redelijkerwijs mogen

verwacht worden (Wagner et al., 2005). Als definitie voor kwaliteit van zorgen wordt hier verwezen naar de versie van het Institute of Medicine (1999): *“the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.”*. Deze definitie geeft treffend de focus op het individu én de gemeenschap weer, is resultaatgericht en legt daarbij de belangrijke relatie naar de klinische standaarden die mogen verwacht worden. Kwaliteit manifesteert zich in eerste instantie in de verschillende kenmerken van kwaliteitsvolle zorg: effectief, efficiënt, tijdig, toegankelijk, continu, veilig, geïntegreerd en patiëntgestuurd. Deze acht kenmerken hebben elk hun eigen dynamiek in onderzoek, ontwikkeling en evaluatie. Hun samenhang is ook belangrijk. Een goed werkend ziekenhuis dient ook een financieel gezond ziekenhuis te zijn dat op een efficiënte wijze is georganiseerd, dat de middelen optimaal besteedt, dat een goede uitrusting heeft en dat een motiverende omgeving kan zijn voor iedereen die er werkt. Een goed uitgebouwd ‘Human Resources’-beleid in een stimulerende context, voor artsen (De Witte et al., 2011) en medewerkers is daarbij belangrijk. Het is in een dergelijk ziekenhuis dat kwaliteit en patiëntveiligheid ook het best kunnen uitgebouwd worden. De relatie tussen de bestuurlijke governanceopties en de kwaliteit van de zorg werd daarbij beschreven door Jha en Epstein (2010). Het belang van een stimulerende organisatiecultuur mag daarbij niet onderschat worden (Schein, 2004).

Er zijn in het kwaliteitsdenken heel wat ontwikkelingen en aanbevelingen omtrent een grotere betrokkenheid van patiënten en patiëntenparticipatie. Inspiratie omtrent patiëntenparticipatie kan geput worden uit de recente publicatie van de Koning Boudewijnstichting: ‘Hefbomen voor een betere patiëntenparticipatie’ (Denis en Teller, 2011). Over het belang van de betrokkenheid van de patiënt in zijn behandeling zal er nog weinig discussie zijn, maar het is nog zoeken hoe deze betrokkenheid van de patiënt(en) structureel vorm kan krijgen in de bestuurlijke organisatie en werking van het ziekenhuis. Dit zal verder uitgewerkt worden met onder meer het Vlaams Patiëntenplatform, maar ook de mutualiteiten zullen daarbij verder betrokken worden.

Hospital governance vraagt politieke beslissingen aangaande het ziekenhuisbestuur

Op het **macroniveau** opent 'hospital governance' het debat aangaande de wijze waarop onze ziekenhuiszorg is georganiseerd en wat daarbij de plaats en de verwachtingen zijn ten aanzien van de publieke partners. Het voeren van dit debat en het maken van de noodzakelijke politieke keuzen, zowel inhoudelijk als naar de afvaardiging van sterke bestuurders (zie verder), zijn essentieel. Wat de algemene organisatie van de ziekenhuiszorg in ons land betreft, is ICURO vragende partij voor het ontwikkelen van een nieuwe context die veel uitdrukkelijker is gericht op de daadwerkelijke realisatie van kwaliteitsvolle zorg. Hierbij wordt verwezen naar het kaderadvies 'Integrale kwaliteit en veiligheid van de ziekenhuiszorg' dat werd goedgekeurd door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) (2011). Dit advies - dat verder uitgebreid aan bod komt - formuleert een aantal inhoudelijke aanbevelingen voor de ziekenhuiswerking, de ziekenhuiswetgeving en de ziekenhuisfinanciering waarvan de realisatie essentieel is om voorliggende aanbevelingen duurzaam te kunnen integreren in de ziekenhuiswerking.

Naast de bijsturing van het kader waarin ziekenhuizen functioneren, zullen er ook nieuwe transmurale zorgmodellen moeten ontwikkeld worden om zowel de toenemende zorgvragen, bijvoorbeeld ingevolge de demografische ontwikkelingen, als de toenemende specialisaties te kunnen opvangen, maar ook om de continuïteit in het verlenen van zorg te kunnen garanderen. Hierbij zal men geconfronteerd worden met tal van andere zorgactoren (huisartsen, woon- en zorgcentra, thuiszorg, ...) zowel met private als met publieke partners en zal zich het vraagstuk van de structurele en organisatorische uitwerking en de transmurale governance stellen.

'Hospital governance' in de praktijk realiseren, is derhalve in belangrijke mate verbonden met de wijze waarop ziekenhuiszorg op het macroniveau wordt georganiseerd, hoe dit is ingebed in de expliciete verwachtingen naar transmurale samenwerking en wat daarbij de verwachtingen zijn ten aanzien van de publieke stakeholders.

Op het **mesoniveau** zijn er in de hospital governancecontext drie belangrijke politieke beslissingen te nemen:

1. Aangaande de inhoudelijke verwachtingen: wat is de relatie tussen het ziekenhuis met publieke partners en de lokale politiek, zoals

die vorm krijgt in het OCMW en de stad en hoe wordt die geconcretiseerd? Wat mag men van elkaar verwachten? Men kan dat inhoudelijk afspreken, maar de vraag dient te worden gesteld of het niet is aangewezen om dit te formaliseren zodat er hierover duidelijkheid is. In het OPZC van Rekem en het OPZ van Geel worden deze verwachtingen bijvoorbeeld geconcretiseerd via een beheersovereenkomst met de Vlaamse minister. Het is de rol van de overheid om zich inhoudelijk bekommerd te tonen voor de opties en de resultaten van de ziekenhuiswerking en daarover voorafgaandelijk goede afspraken te maken. De overheid moet een dergelijke rol opnemen in het algemeen belang. Een inhoudelijke opportuniteit om de aansluiting en afstemming tussen het lokale beleidsniveau (= breder dan de gemeente of stad waarin het ziekenhuis is gevestigd) en het ziekenhuisbestuur te regelen, wordt gevonden in het Besluit van de Vlaamse regering betreffende 'de beleids- en beheerscyclus van de gemeenten, de provincies en de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn' (goedgekeurd op 25 juni 2010), ingaande op 1 januari 2014. Hierin is voorzien dat er een breed beleidsplan voor de regio moet ontwikkeld worden. De verder voorgestelde opties aangaande het uitwerken van een beleidsplan (focus op het komende jaar) en een strategisch plan (focus op de komende 10 jaar) voor het ziekenhuis kunnen daar goed op aansluiten.

2. Aangaande de organisatorische opties: hoe wordt de publieke stakeholder betrokken bij het bestuursmodel van het ziekenhuis? Welk model zal gebruikt worden om het besluitvormingsproces in het ziekenhuis te organiseren? Dit is mede afhankelijk van de gekozen juridische structuur, maar dient ook in belangrijke mate los daarvan te worden gezien.

In de praktijk kan men in de Vlaamse ziekenhuizen hieromtrent een grote variëteit in de gekozen modellen vaststellen. Belangrijk hierbij zijn de vragen hoeveel sturend vermogen de publieke stakeholder kan en wil opgeven, welke garanties hij/zij krijgt en hoe zich dit verhoudt met zijn/haar politieke verantwoordelijkheid? *"The question arises regarding where to draw the boundary, how to find the correct balance between autonomy of decision making and political accountability for these costly but essential publicly funded institutions"*, wordt dan ook als terechte vraag geformuleerd in de studie van Saltman et al. (2011). Vanuit de beschikbare inzichten van de studie in de acht betrokken landen kan gesteld worden dat het niet

eenvoudig is om het noodzakelijke evenwicht tussen autonomie en politieke verantwoordelijkheid te vinden, maar dat het nog moeilijker is om het te bewaren eens men het heeft gevonden. Het rapport stelt in de betrokken landen een toenemende tendens vast om vanuit het politieke niveau terug actiever te worden aangaande het ziekenhuisbestuur.

De voor de goede werking van het ziekenhuis noodzakelijke, goed uitgebalanceerde autonomie (Bloom et al., 2010) komt daardoor terug onder druk. Het is dan ook van belang om een goed evenwicht tussen politieke betrokkenheid en voldoende bestuurlijke autonomie te vinden en te behouden. De ICURO-aanbevelingen vertrekken vanuit het gegeven dat het ziekenhuis een eigen bestuur heeft dat met voldoende autonomie het best mogelijke ziekenhuisbestuur kan organiseren waarbij de politiek afgevaardigde bestuurders in de raad van bestuur enerzijds voluit worden betrokken bij de belangrijke bestuurlijke opties en anderzijds de resultaten van de ziekenhuiswerking mee kunnen opvolgen.

3. Aangaande de persoonsgerichte keuzes inzake bestuursmandaten: hoe kan de lokale overheid sterke bestuurders aantrekken voor de invulling van de bestuursmandaten in het ziekenhuis? De verkiezingen voor de gemeenteraad en de daaropvolgende samenstelling van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn doen een politieke context ontstaan waarin afgevaardigden - via een vastgelegde procedure - worden gekozen voor één of meerdere bestuursmandaten in de betrokken ziekenhuizen. Het sterke punt van deze werkwijze is de maatschappelijke legitimering, maar even belangrijk zijn de bestuurlijke kwaliteiten van de afgevaardigden. Deze kwaliteiten zijn noodzakelijk om op succesvolle wijze een bestuursmandaat in te kunnen vullen in de sterk evoluerende en complexe ziekenhuiscontext. ICURO wil het grote belang van competente bestuurders onderstrepen en biedt graag ondersteuning in dit domein. Het is een belangrijke verantwoordelijkheid van de politieke context om hiervoor de best mogelijke kandidaten aan te wijzen, idealiter met specifieke competenties en ervaringen. De complementaire deskundigheid van een raad van bestuur kan vergroot worden door het aanstellen van onafhankelijke bestuurders, met specifieke bekwaamheden. Een derde van de door het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn aan te wijzen stemgerechtigde bestuurders in de Autonome Vereniging of in de VZW mag immers deskundigen zijn die geen lid

zijn van de raad voor maatschappelijk welzijn. De professionaliteit van de bestuurlijke werking kan nog verder vergroot worden door het bijkomend aanstellen van niet-stemgerechtigde bestuurders/deskundigen. Dit wordt aanbevolen mede in het kader van de specifieke comitéwerking die verder aan bod komt en waarbij er nood is aan specifieke competenties. Naast het belang van competenties en ervaring is het tevens noodzakelijk om een duidelijke 'gedragscode voor de goede bestuurder' af te spreken. Dit komt verder nog aan bod.

Op zoek naar de meest aangewezen juridische structuur van een ziekenhuis

Vanuit verschillende invalshoeken rijzen er vragen betreffende de meest aangewezen juridische context om de ziekenhuizen in te bedden in een vorm van 'new public management' (Saltman, 2011). Er zijn door fusies en samenwerkingsverbanden in Vlaanderen tal van nieuwe juridische entiteiten ontstaan (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1999). De klassieke, juridische benadering van privaat en publiek is in de organisatie van Europese wetgeving in belangrijke mate vervaagd. De nieuwe wetgeving op de overheidsopdrachten heeft zich in dit verband alvast uitdrukkelijk gemanifesteerd, volledig abstractie makend van de aard van de rechtsvorm van het ziekenhuis. Het waarborgen van de toegankelijkheid van het openbaar ziekenhuis is beschreven in artikel 57 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's. In Vlaanderen geldt deze verplichting, krachtens artikel 238, 1°, van het OCMW-decreet. Dit was lange tijd een voorbeeld van specificiteit van de openbare ziekenhuissector, maar het waarborgen van de toegankelijkheid is ook toepasselijk op verenigingen van privaatrecht die een ziekenhuis uitbaten. Artikel 3 van het kwaliteitsdecreet legt deze verplichting immers op zowel aan private als aan openbare Vlaamse ziekenhuizen. In Vlaanderen zijn derhalve private en openbare ziekenhuizen verplicht aan iedere gebruiker verantwoorde zorg te verstrekken. Een belangrijke invalshoek bij de verdere uitwerking van een passende rechtsfiguur zal aangereikt worden vanuit Europa waarbij het structurele gelijkheidsbeginsel voor gezondheidszorgvoorzieningen steeds uitdrukkelijker wordt beklemtoond en waarbij het ziekenhuis als een 'onderneming' en de ziekenhuiszorg als een 'economische activiteit' wordt beschouwd. Vanuit het Europees recht lijkt een vennootschapsrechtelijke vorm dan ook meer aangepast aan de werking van het ziekenhuis. Dit past vandaag nog niet in de context waarin de Vlaamse ziekenhuiszorg

is uitgebouwd, maar het is wel een belangrijk element voor het verdere debat. De vraag rijst dan ook of het niet is aangewezen om een specifieke juridische structuur te ontwikkelen voor ziekenhuizen, gekaderd in de bredere context van socialprofitondernemingen. Deze vraag heeft nood aan een grondige studie en een breder debat, maar dit overstijgt de ziekenhuizen met publieke partners. ICURO is vragende partij om het debat daarover te openen.

Indien een specifieke juridische structuur wordt ontwikkeld, dan doet dit uiteraard geen afbreuk aan het feit dat de ziekenhuisbeheerder - zijnde de raad van bestuur van het ziekenhuis - de eindverantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit zal blijven dragen. Aan deze eindverantwoordelijkheid is een theoretisch aansprakelijkheidsrisico gekoppeld waaraan elke bestuurder, zowel binnen als buiten de ziekenhuiscontext, onderhevig is. Het zal er voor een bestuurder op aankomen te kunnen aantonen dat hij of zij zich als een gemiddeld vooruitziend en voorzichtig bestuurder heeft gedragen. De vraag die een bestuurder zich in dit verband dient te stellen is of een 'bestuurder in dezelfde omstandigheden geplaatst' tot dezelfde beslissing had kunnen komen. Het is daarbij evident dat een bestuur met aandacht voor en met de nodige opvolging van aanbevelingen van goed bestuur zich als een zorgvuldiger bestuur zal profileren en niet als een bestuur dat in zijn werking zulke aanbevelingen volledig negeert.

Een belangrijke kwestie in het kader van de juridische structuur, met name het personeelstatuut voor de medewerkers in de betrokken voorzieningen, evolueert alvast naar een duidelijke positionering. Mede door de vele fusies in de Vlaamse ziekenhuizen is het de standaard geworden om nieuwe medewerkers aan te stellen met een arbeidsovereenkomst. De statutaire aanstelling is daardoor - uitgezonderd in het OPZC van Rekem, het OPZ van Geel en het UZ van Gent - uitdovend omdat de verwachting aangaande gelijke loon- en arbeidsvoorwaarden uiteraard evident is. Dit impliceert dat er nu werk zou kunnen gemaakt worden van een gemeenschappelijk basisstatuut voor alle contractuele medewerkers in de betrokken gezondheidsvoorzieningen waarbij de voorwaarden - rekening houdend met de budgettaire contouren bepaald door de overheid - kunnen onderhandeld worden in collectieve arbeidsovereenkomsten tussen werkgevers en werknemers.



3.

Principes waarop de aanbevelingen worden gebouwd

De principes waarop de aanbevelingen worden gebouwd, richten zich in essentie op het mesoniveau (bestuurlijke werking en organisatie) van het ziekenhuisbestuur.

Het eerder vermelde advies van de NRZV aangaande kwaliteitszorg en patiëntveiligheid, wordt als belangrijk aanknopingspunt voor het macro-niveau beschreven onder hoofdstuk 6.

1. De raad van bestuur/algemene vergadering van het ziekenhuis bepaalt de strategische koers van het ziekenhuis, zoals deze onder meer wordt geconcretiseerd in het strategische plan, het beleidsplan en het budget. Alle belangrijke beslissingen aangaande het ziekenhuis dienen dan ook tot stand te komen in deze organen.
2. Het is noodzakelijk om heldere afspraken vast te leggen aangaande de belangrijke principes en uitgangspunten van de ziekenhuiswerking tussen de betrokken lokale besturen van de betrokken regio en de raad van bestuur van het ziekenhuis. De ziekenhuiswerking overstijgt immers in belangrijke mate de regio van het lokale bestuur.
3. De complexiteit van het ziekenhuisbestuur enerzijds en de belangrijke maatschappelijke impact van de ziekenhuiswerking voor een bredere regio anderzijds, vereisen dat de leden van de raad van bestuur, de eventueel bijkomende adviserende leden (niet-stemgerechtigd) en de gekozen deskundigen (stemgerechtigd), specifieke competenties, ervaringen, visies en inzichten hebben om op adequate wijze het ziekenhuis te besturen.
4. De inhoudelijke ziekenhuisopties worden geconcretiseerd in een jaarlijks beleidsplan. Dit is een plan waarin de inhoudelijke opties voor het komende jaar worden beschreven en vertaald in zorginhoudelijke, operationele en financiële objectieven, met hun impact op zorgvragers, ziekenhuis- en huisartsen, medewerkers, andere voorzieningen en de omgeving.
5. Informatie over de ziekenhuiswerking en de resultaten ervan worden beschreven in een goed uitgewerkt, relevant en verstaanbaar jaarverslag.

6. De maatschappelijke betrokkenheid aangaande het ziekenhuisbeleid en de ziekenhuiswerking wordt verhoogd door het voorzien van een structureel 'stakeholdersoverleg' waarbij ook de patiënten(vertegenwoordigers) actief worden betrokken.
7. De artsen worden maximaal betrokken bij de ziekenhuiswerking en het ziekenhuismanagement waarbij wordt gestreefd naar gemeenschappelijke objectieven die worden geconcretiseerd en opgevolgd in het kader van het beleidsplan. Er wordt gestreefd naar maximale integratie van de artsen in de ziekenhuiswerking en de sterk ontwikkelende samenwerkingsverbanden met andere partners en voorzieningen.
8. Het ontwikkelen van een stimulerend en motiverend 'Human Resources'-beleid voor artsen en medewerkers, wordt gebouwd op een gemeenschappelijk basisstatuut voor alle gezondheidsvoorzieningen wat de medewerkers betreft en vanuit het besef dat kwaliteitsvolle zorg steeds in belangrijke mate mensenwerk zal zijn in een steeds meer expliciete samenwerkingscontext.
9. Het is belangrijk om te anticiperen op de maatschappelijke verwachtingen aangaande het verschaffen van relevante, begrijpelijke informatie aan burgers/consumenten over de verschillende aspecten van de ziekenhuiswerking als over de resultaten ervan.
10. Er wordt bestuurlijke prioriteit gegeven aan de concrete implementatie van de rechten van de patiënt.
11. Er wordt bestuurlijke prioriteit gegeven aan het verzekeren van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg door terughoudendheid in het aanrekenen van supplementen.
12. Het ontwikkelen van (transmurale) zorgmodellen/zorgtrajecten in functie van de noden van de patiënten, gebeurt in goede afstemming met de huisartsen en de andere betrokken zorgactoren. Dit concretiseert de plaats van het ziekenhuis als een onderdeel van het zorgtraject en onderstreept het belang van samenwerking met de verwijzende en ontvangende zorgcontext.

13. De directie werkt op een stimulerende wijze en in goed overleg met alle betrokkenen permanent aan de integratie van efficiëntie, effectiviteit, toegankelijkheid, continuïteit, billijkheid, patiëntgestuurd en veiligheid in de ziekenhuiswerking, gekaderd in de ontwikkeling van een motiverende organisatiecultuur.
14. Het creëren van een heldere en uitgeschreven taakverdeling tussen de algemene vergadering, de raad van bestuur en de directie/het management met expliciete 'checks and balances' voor opvolging in het kader van de gedelegeerde bevoegdheden, is noodzakelijk.
15. Het oprichten van aparte comités voor Q & S, audit en HR wordt aanbevolen. Zij kunnen mee zorgen voor de belangrijke dynamiek om deze strategische thema's structureel hoog op de agenda te houden.
16. Het professionaliseren van de werking van de raad van bestuur en het ontwikkelen van initiatieven voor eigen evaluatie en bijsturing zijn noodzakelijk. Aandacht voor introductie en ondersteuning van de nieuwe bestuurders die de rol van ziekenhuisbestuurder opnemen, is sterk aangewezen.
17. Het is aangewezen om te zoeken naar de meest aangepaste rechtsvorm voor het ziekenhuis die maximaal in staat is om de maatschappelijke noden en behoeften aan kwaliteitsvolle zorg te beantwoorden.

4. Concrete Hospital Governance Aanbevelingen

Deel 1

Maatschappelijke afstemming en legitimering

“Gemeenschapsgerichte zorg impliceert een continue dialoog tussen alle actoren in de gezondheidszorg om een gezamenlijke doeloriëntatie te bereiken en te behouden (Plochg, 2006).”

Aanbeveling 1: De toekomst voorbereiden in het strategische plan

“Strategic planning is a disciplined effort to produce fundamental decisions and actions that shape and guide what an organization is, what it does and why it does it (Bryson, 2006).”

De raad van bestuur maakt aan het begin van elke nieuwe gemeentelijke legislatuur een actualisatie van het strategische plan. Het zorgstrategische plan, zoals beschreven in de VIPA-reglementering, kan hierin kaderen, maar het objectief is veel ruimer. Centraal hierbij zijn de vragen: waar wil het ziekenhuis staan over 10 jaar, waarom en wat zijn daarvan de implicaties voor bijvoorbeeld het jaarlijkse beleidsplan? Wat is de impact van de demografische ontwikkelingen voor de ziekenhuiszorg, de chronische zorg en de samenwerking met andere partners? Hoe kan men op een optimale wijze gebruik maken van nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden?

Zorginnovatie in het ziekenhuis en in de transmurale samenwerking, samenwerkingsverbanden met andere zorgactoren, de uitbouw van specifieke diensten, de complementariteit en een differentiatie met andere ziekenhuizen, specifieke langere termijnopties aangaande het realiseren en verbeteren van kwaliteit zorg, ... krijgen, naast bouwkundige opties in het kader van VIPA, een plaats in het strategische plan. Het strategische plan wordt, samen met de status ervan en de voorgestelde nieuwe opties, jaarlijks toegelicht aan het ‘stakeholdersoverleg’ (SO, zie verder) dat hierover ook aanbevelingen kan formuleren.

Aanbeveling 2: Beleidsopties concretiseren in een beleidsplan

“Whatever their form, organizations will need to meet six challenges: redesigning care processes, making effective use of information technologies, managing clinical knowledge and skills, developing effective teams, coordinating care across patient conditions, services and settings over time and incorporating performance and outcome measurements for improvement and accountability (Institute of Medicine, 2001).”

Elk jaar wordt een beleidsplan uitgewerkt, gekaderd in het zorgstrategische plan en het algemeen beleid van het ziekenhuis. Het beleidsplan is een plan waarin de inhoudelijke opties voor het komende jaar worden beschreven en vertaald in zorginhoudelijke, operationele en financiële objectieven, met hun impact op zorgvragers, ziekenhuisartsen, medewerkers, huisartsen en andere voorzieningen in de omgeving. Het geeft daarbij tevens aan hoe (opvolgparameters) de voorgestelde opties zullen opgevolgd worden. Het beleidsplan concretiseert de specifieke ambities aangaande de wetgeving met betrekking tot de rechten van de patiënt, de werking van de ombudsdienst, evenals de ambities aangaande de uitbouw van (transmurale) zorgtrajecten en de wijze waarop ze worden geconcretiseerd. Het beleidsplan integreert ook initiatieven met betrekking tot het begrijpelijk maken van de ziekenhuiswerking en de resultaten ervan.

Aanbeveling 3: Expliciete focus op de rechten van de patiënt

“De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstreking die beantwoordt aan zijn behoeften (Wet op de Patiëntenrechten, 2002).”

De raad van bestuur voert een actief beleid aangaande de toepassing van de rechten van de patiënt. Dit betekent dat voor iedereen die zich aanmeldt, de nodige zorgverlening wordt verstrekt met respect voor zijn ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en ongeacht de inkomens-, verzekerbaarheids- of vermogenstoestand van de betrokkene. In het kader van de rechten van de patiënt en het voortdurend streven naar de best mogelijke zorgverlening wordt tevens de goede werking van de ombudsdienst gestimuleerd. Dit wordt geconcretiseerd in het beleidsplan. Informatie over kosten en het bieden van tariefzekerheid is belangrijk. In deze context kan het akkoord met de medische raad in het kader

van de tarieven gesitueerd worden en kan het ziekenhuis zijn opties aangaande supplementen en specifieke aanrekeningen motiveren. De raad van bestuur ontwikkelt een actief beleid om de patiënten zo goed mogelijk te informeren over de ziekenhuiswerking en de resultaten ervan.

Aanbeveling 4: Structurele betrokkenheid van en interactie met 'stakeholders' organiseren

"Patient and public involvement has a vital role to play in democratizing healthcare, and also in developing systems and ways of working that are truly focused on the individual, to ensure we deliver the best quality of care. Developing an appropriate evidence base that both supports and enhances this endeavour is essential for the future success of this initiative (Staniszewska, 2008)."

De raad van bestuur van het ziekenhuis richt een SO op met een adviserende bevoegdheid aangaande de inhoudelijke opties van het zorgstrategische plan van het ziekenhuis, het ontwerp van beleidsplan en het ontwerp van jaarverslag. Het SO hoeft een specifiek en afzonderlijk overleg met externe stakeholders niet uit te sluiten. De raad van bestuur kiest zelf de partijen die hierbij worden betrokken, maar er wordt aanbevolen om hier de patiënten(vertegenwoordigers) actief te betrekken. Het SO zou kunnen bestaan uit afgevaardigden van de algemene vergadering, aangevuld met de deskundigen die door de algemene vergadering als beheerders werden aangeduid, van de ziekenhuisartsen in afstemming met de medische raad, van de lokale huisartsenkringen, van patiënten(verenigingen), van mutualiteiten, van andere zorgactoren in de regio zoals thuiszorg en woon- en zorgcentra, van externe OCMW's waarin het ziekenhuis een relevant marktaandeel heeft, De leden van het SO kiezen onderling een voorzitter en een verslaggever.

De voorzitter van de raad van bestuur, de ondervoorzitter, de ziekenhuisdirectie, de voorzitter van de medische raad en stafmedewerkers aangewezen door de raad van bestuur nemen ambtshalve deel aan de vergaderingen van het SO.

Aanbeveling 5: Transparantie en maatschappelijke verantwoording

"Ziekenhuizen zullen zich steeds meer publiek moeten verantwoorden over de omvang, kwaliteit en kosten van de door hen geleverde zorg. Daar vraagt de samenleving in

toenemende mate om. Ik vind deze ontwikkeling van grotere importantie dan die van de (in Nederland) beoogde marktwerking (Lodewick, 2008)."

"Door middel van ons jaarrapport kijken we op transparante wijze terug naar het afgelopen jaar waarbij we aandacht besteden aan de heelkundige verrichtingen en de resultaten ervan. Dit willen we met u delen (Schepens, 2011)."

Na afloop van het jaar wordt een ontwerp van jaarverslag gemaakt dat op een begrijpelijke wijze een overzicht geeft van de ziekenhuiswerking en de resultaten ervan. Om de haalbaarheid te bevorderen, zal men jaarlijks thema's of domeinen vastleggen die in het jaarverslag worden geëxpliciteerd. Proces- en resultaatindicatoren hebben daarin een expliciete plaats. Het voorstel van jaarverslag met daarin de goed onderbouwde en begrijpelijke informatie over de bereikte zorgresultaten wordt door de raad van bestuur overgemaakt aan het SO voor toelichting en bespreking. De raad van bestuur engageert zich om maximaal rekening te houden met de evaluatie en de aanbevelingen van het SO in zijn finale besluitvorming en communicatie over het jaarverslag. Het door de raad van bestuur goedgekeurde jaarverslag wordt overgemaakt aan het SO en wordt extern beschikbaar gesteld op de website van het ziekenhuis.

Deel 2

Bestuurlijke organisatie

“We need to bring care and cure together more effectively, to coordinate patient services in het hospital and people services in the community, and we need to break down the barriers between care, cure, control, and community so that institutions can function more collaboratively and the resources of the overall system can be allocated more effectively (Glouberman en Mintzberg, 2001).”

Aanbeveling 6: Professionaliteit en visie in de bestuurlijke werking en organisatie

In 2000 schreven de twee bekende voorlopers in kwaliteit en patiëntveiligheid, Don Berwick en Lucian Leape: *“(...) we have learned that leadership is an essential ingredient of success in the search of safety, as it is throughout the enterprise of quality improvement. In the absence of commitment from professional and organisational leaders, efforts will be fragmentary and uncoordinated and will have only minor effect. We need leadership on all levels (Leistikov, 2010).”*

Conform de ziekenhuiswetgeving draagt de ‘beheerder’ - in casu de raad van bestuur - de algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking en op het financiële vlak. De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbeslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures aangaande de betrokkenheid van de artsen bij dit beleid. Omwille van deze belangrijke opdracht is het essentieel dat de raad van bestuur op zorgvuldige wijze wordt samengesteld zodat de betreffende verantwoordelijkheden op de best mogelijke wijze kunnen opgenomen worden.

Complementaire deskundigheid, visie, toewijding, onafhankelijkheid en een goede samenwerking zijn belangrijke kenmerken voor een goed functionerende raad van bestuur. De complementaire deskundigheid van een raad van bestuur kan vergroot worden door het aanstellen van onafhankelijke bestuurders, als deskundigen met specifieke bekwaamheden, binnen de raad van bestuur. De professionaliteit van de bestuurlijke werking kan ook

vergroot worden door het bijkomend aanstellen van niet-stemgerechtigde bestuurders/deskundigen. Dit wordt aanbevolen mede in het kader van de verder voorgestelde comit ewerking. De raad van bestuur evalueert jaarlijks zijn werking, voorbereid door de voorzitter van de raad van bestuur.

Aanbeveling 7: Betrokkenheid en structurele integratie van de artsen

“Hospital leaders, including boards and medical staffs, are accountable to improve care, yet they often address this duty independently. Shared responsibility for quality and patient safety improvement presents unique challenges and unprecedented opportunities for boards and medical staffs. To capitalize on the pressure to improve, both groups may benefit from a better understanding of their synergistic potential. Boards should be educated about the quality of care provided in their institutions and about the challenges of valid measurement and accurate reporting. Boards strengthen their quality oversight capacity by recruiting physicians for vacant board seats. Medical staff members strengthen their role as hospital leaders when they understand the unique duties of the governing board. A quality improvement strategy rooted in synergistic efforts by the board and the medical staff may offer the greatest potential for safer care. Such a mutually advantageous approach requires a clear appreciation of roles and responsibilities and respect for differences (Goeschel, Wachter en Pronovost, 2010).”

“Integratie is tweerichtingsverkeer; waar van medisch specialisten ‘managementparticipatie’ wordt verlangd, behoort van managers ‘pati entenzorgparticipatie’ verlangd te worden (Kruijthof, 2005).”

Het realiseren van kwaliteitsvolle zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de wijze waarop de ‘professionals’ mogelijkheden krijgen en ondersteund worden, maar ook door de mate waarin ze worden betrokken bij de besluitvorming over de ziekenhuiswerking. De artsen vervullen daarbij een sleutelrol. De raad van bestuur streeft naar structurele integratie van de artsen in de ziekenhuiswerking en een optimale betrokkenheid van de artsen bij de besluitvorming. De hoofddarts vervult daarbij een belangrijke rol en wordt, als een volwaardig directielid, tevens uitgenodigd voor het bijwonen van de vergaderingen van de raad van bestuur.

Er is onder leiding van de hoofddarts structureel en intensief overleg met de artsen-diensthooften. De artsen worden maximaal betrokken bij de opmaak,

de uitvoering en de opvolging van het beleidsplan en de afstemming daaromtrent in het SO, de realisatie van de ambities van het Q & S-comité en de werking van het HR-comité (zie verder). Daarnaast kan de raad van bestuur, in overleg met de medische raad, opteren om specifieke modaliteiten aangaande de betrokkenheid van de artsen bij de ziekenhuiswerking te integreren. Gezien de cruciale rol van de ziekenhuisartsen in de ziekenhuiswerking en gezien hun specifieke statuut in de niet-universitaire ziekenhuizen is het belangrijk dat de hoofdarts over daadwerkelijke bevoegdheden kan beschikken om de inhoudelijke ambities in de praktijk te kunnen waarmaken. De raad van bestuur streeft, samen met de artsen, naar duurzame betrokkenheid van de verpleegkundigen, de paramedici en de ziekenhuisapothekers bij de ziekenhuiswerking en stimuleert hun onderlinge samenwerking.

Aanbeveling 8: Heldere afspraken over opdrachten en bevoegdheden in een stimulerende organisatiecultuur

“Helder afgelijnde structuren en een ondubbelzinnige toewijzing van bevoegdheden moeten bijdragen tot een meer transparante besluitvorming. De opdracht van de verschillende bestuursorganen en de functieomschrijving van de individuele leden dienen daarbij zo goed mogelijk op elkaar afgesteld te zijn (Eeckloo et al., 2001).”

De bestuurlijke organisatie en de wijze van besluitvorming, inclusief de betrokkenheid van de ziekenhuisartsen daarbij, worden geconcretiseerd in een huishoudelijk reglement. De scheiding in opdrachten tussen de raad van bestuur en de directie wordt geconcretiseerd en beschreven zodat er duidelijkheid is over elkaars opdrachten en bevoegdheden, alsmede de opvolging daarvan. De raad van bestuur richt zijn werking op de strategische thema's, de directie op het uitwerken van een voorstel van beleidsplan, een voorstel van budget en op de operationele uitvoering ervan. De directie werkt ook een voorstel van jaarverslag uit. Alle leden van de raad van bestuur beschikken bij de besluitvorming over dezelfde informatie. Zakelijk en correct werken, wordt ingebed in een stimulerende organisatiecultuur met expliciete aandacht voor goede onderlinge relaties, samenwerking, respect, motivatie en waardering. Elke belangenvermenging in de besluitvorming dient te worden vermeden.

Aanbeveling 9: Dynamiek en ondernemerschap in de directie/managementwerking

“Management, meaning also leadership, is not some technical skill, like calligraphy. It cannot be picked up in a classroom; it is a practice that grows from experience. Leadership has to be earned, by showing an ability to inspire people and move organizations. And it grows out of a deep understanding of the situation being managed (Mintzberg, 1997).”

In elk ziekenhuis is er een directeur. Hij/zij is, conform de ziekenhuiswet, rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk tegenover de beheerder - in casu de raad van bestuur. De verschillende directieleden vormen samen een directie- of managementcomité en zijn verantwoordelijk voor het operationele beleid in het ziekenhuis. Zij worden aangesteld door de raad van bestuur. Hun opdrachten, verantwoordelijkheden en de rol van de bestuurlijke organen daarbij worden expliciet beschreven. De algemeen directeur zorgt voor een goede onderlinge samenwerking en afstemming binnen het directie/managementteam.

De directie werkt op ondernemende wijze, in goed overleg met alle betrokkenen, permanent aan de integratie van efficiëntie, effectiviteit, toegankelijkheid, continuïteit, billijkheid, patiëntgestuurdheid en veiligheid in de ziekenhuiswerking.

De directie is verantwoordelijk voor de uitwerking van een voorstel van beleidsplan en van begroting, alsook voor de uitvoering van het goedgekeurde beleidsplan en de goedgekeurde begroting. De directie stimuleert de ontwikkeling van een professionele organisatie- en overlegcultuur en de uitbouw van een motiverend werkklimaat, mede gekaderd in goed overleg met de syndicale organisaties. De directie is verantwoordelijk voor een goede informatiedoorstroming naar de raad van bestuur en naar de ziekenhuisartsen.

De algemeen directeur en de voorzitter van de raad van bestuur zorgen voor goed interne afstemming en informatiedoorstroming, zonder interferentie met elkaars opdrachten en verantwoordelijkheden.

Aanbeveling 10: Specifieke comités zorgen voor focus en diepgang

De raad van bestuur kan specifieke comités installeren om hem te adviseren. Gezien hun belang wordt de oprichting van drie adviserende comités aanbevolen: een Quality and Safety (Q & S)-comité, een auditcomité en een

Human Resources (HR)-comité. De wijze van rapportering van en afstemming met deze comités wordt vastgelegd door de raad van bestuur.

“Boards should have a separate quality and patient safety committee that meets regularly and reports to the full board. Evidence suggests boards with such a committee spend more time on improvement activities, and their hospitals may have better outcomes. If the board does not have a separate quality and patient safety committee, there should be clear evidence that quality and patient safety is an active agenda item at each board meeting (Goeschel, Wachter en Pronovost 2010).”

- a. Het **Q & S-comité** stimuleert de uitbouw van Q & S in het ziekenhuis en volgt de evaluatie daarvan ook van dichtbij op. Het Q & S-comité wordt betrokken bij de uitwerking van de Q & S-aspecten van het beleidsplan en de realisatie ervan en vervult op die wijze een belangrijke rol in de daadwerkelijke realisatie van ‘clinical governance’ in het ziekenhuis. Het Q & S-comité rapporteert regelmatig aan de raad van bestuur. Het Q & S-comité wordt samengesteld uit onder meer bestuurders, directieleden, afgevaardigden van de medische raad, van het comité ziekenhuishygiëne, van de verpleegkundigen, van de ziekenhuisapotheek, ... en stafmedewerkers betrokken bij de Q & S-werking.

“Boards should have an auditing mechanism for quality and safety data, just as they do for financial data. While data quality control principles apply to clinical research and apply to financial data through generally accepted accounting principles, data quality in measuring quality and patient safety has received little to no attention in most health-care organizations (Goeschel, Wachter en Pronovost, 2010).”

- b. Het **auditcomité** richt zich op de conformiteit van de ziekenhuisdata, de gepresenteerde financiële gegevens en op de toepassing van de interne procedures, mede in functie van de goedgekeurde beleidsplannen, wettelijke regels en voorschriften. Het auditcomité rapporteert regelmatig aan de raad van bestuur en maakt een jaarverslag dat eveneens wordt voorgelegd aan de raad van bestuur. De raad van bestuur bepaalt de samenstelling van dit comité, maar het auditcomité bestaat overwegend uit onafhankelijke bestuurders en deskundigen. Het auditcomité wordt voorgezeten door een onafhankelijke bestuurder.

“Het menselijke aspect centraal plaatsen in corporate governance: in die geest werd de “People Governance Commissie” in 2006 opgericht onder impuls van Serge Hubert (People Governance Commissie, 2007). Dit werd in 2008 verder uitgewerkt in “Kiezen voor people governance”. Het HR-comité krijgt, als raadgevend orgaan van de raad van bestuur, een belangrijke opdracht in de realisatie van de people governance principes.”

- c. Het **HR-comité** richt zich op de structurele uitbouw van een professioneel en stimulerend personeelsbeleid en de ontwikkeling van een motiverende en veilige werkomgeving. De focus wordt daarbij gelegd op de strategische opties, zowel voor artsen als voor alle medewerkers. Het HR-comité wordt betrokken bij de uitwerking van de belangrijke HR-opties van het beleidsplan, zonder tussen te komen in de operationele werking en organisatie van een professioneel personeelsbeleid waarvoor de directie verantwoordelijk is. Het HR-comité vervult de rol van remuneratiecomité wanneer de raad van bestuur hiertoe beslist. Het HR-comité maakt een jaarverslag dat wordt voorgelegd aan de raad van bestuur en dat een onderdeel vormt van het globale jaarverslag van het ziekenhuis. Aangaande de uitbouw van de veiligheid van artsen en medewerkers werkt het HR-comité nauw samen met het Q & S-comité. De raad van bestuur bepaalt de samenstelling van dit comité.



5. Gedragcode van de goede bestuurder

“Principles, values, standards, or rules of behavior that guide the decisions, procedures and systems of an organization in a way that (a) contributes to the welfare of its key stakeholders, and (b) respects the rights of all constituents affected by its operations (International Federation of Accountants, 2007).”

In diverse Hospital Governance Aanbevelingen wordt expliciet aandacht besteed aan een gedragscode van de ‘goede bestuurder’. Een gedragscode is een expliciete beschrijving van de normen en waarden voor het gedrag van bepaalde beroepen of specifieke actoren, zoals bestuurders, in het optreden van organisaties. Het is een vorm van zelfregulering. Met bestuurder wordt hier een lid van de raad van bestuur bedoeld dat zowel een stemgerechtigd lid als een adviserend lid kan zijn, maar ook een expert of deskundige die participeert aan één van de eerder beschreven comités. Verder bouwend op enkele aanbevelingen hierover in de Governance Code van het CZV (2006) en in het ZNA Corporate Governance Handvest (2008) worden volgende aanbevelingen ten aanzien van de ‘goede bestuurder’ geformuleerd:

- Hij/zij is geëngageerd om, vanuit de bestuurlijke focus, daadwerkelijk mee te werken aan de realisatie van de best mogelijke zorg in het ziekenhuis en erkent dat het belang van het ziekenhuis primeert op individuele belangen.
- Hij/zij bereidt de vergaderingen goed voor zodat de besprekingen en de besluitvorming maximaal worden ondersteund door inhoudelijke inbreng.
- Hij/zij is in staat om op een constructieve wijze kritische vragen te stellen over de werking van het ziekenhuis en zorgt ervoor dat hij/zij op de hoogte blijft van de ontwikkelingen in de sector.
- Hij/zij zorgt dat er duidelijke afspraken zijn omtrent de vergoedingen en de terugbetaling van onkosten en hij/zij weigert geschenken en voordelen in natura indien hierdoor zijn/haar onafhankelijkheid in het gedrang kan komen.
- Hij/zij laat zich niet in met operationele aangelegenheden zodat de opdrachten en bevoegdheden van de raad van bestuur en van de directie/het ziekenhuismanagement duidelijk onderscheiden blijven.

- Hij/zij stelt zich loyaal op tegen de organisatie en behandelt de informatie die hij/zij ontvangt confidentieel.
- Hij/zij gaat geen zakelijke relaties aan met het ziekenhuis of met leden van de bestuursorganen van het ziekenhuis hetzij rechtstreeks hetzij onrechtstreeks via een belangrijke zeggenschapspositie in een andere organisatie.
- Hij/zij rapporteert eventuele opmerkingen over het functioneren van medewerkers rechtstreeks en uitsluitend aan de algemeen directeur van het ziekenhuis.
- Hij/zij communiceert eventuele belangenconflicten onverwijld en rechtstreeks aan de voorzitter van de raad van bestuur.



6. Aanbevelingen voor de clinical governance macrocontext

“De gezondheidszorg wordt maar beperkt bestuurd in relatie tot zijn achterliggende gezondheidsdoelstellingen. Een regionaal samenhangend zorgaanbod dat optimaal in de zorgbehoefte van de bevolking voorziet, kan niet zondermeer worden gerealiseerd via een zelfregulerend netwerk van concurrerende zorgaanbieders (Plochg, 2006).”

In de conclusies bij het rapport van de Europese Raad over de nood tot de uitbouw van een modern, responsief en duurzaam gezondheidssysteem (2011) worden de verwachtingen vanuit de Europese context duidelijk beschreven. De Belgische en Vlaamse overheden zullen met deze verwachtingen in toenemende mate rekening moeten houden.

Door de NRZV werd een advies uitgewerkt over kwaliteit en patiëntveiligheid in de ziekenhuiszorg (2011). Dit is een belangrijk advies in het kader van de inbedding van voorliggende aanbevelingen in de macrocontext. De verdere uitwerking en de stapsgewijze implementatie van dit advies in de dagdagelijkse ziekenhuiswerking is dan ook een topprioriteit voor ICURO. De inhoudelijke betrokkenheid van het gemeenschapsniveau, mede gekaderd in de institutionele ontwikkelingen inzake gezondheidszorg, is daarbij evident.

Achtergrond

De Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 (hierna aangeduid als ‘de Ziekenhuiswet’), is gebaseerd op een aantal expliciete opties die de uitbouw van de algemene ziekenhuiszorg in ons land in belangrijke mate heeft gefaciliteerd. In de concrete werking kunnen daarbij een aantal sterke punten vastgesteld worden waaronder toegankelijkheid, infrastructuur en uitrusting, inzet en productiviteit van de professionals, toenemende samenwerkingsverbanden, de ontwikkeling van zorgprogramma’s, enz.

De tevredenheid van patiënten over de Belgische ziekenhuiszorg scoort hoog in vergelijking met andere Europese landen. Onderzoek naar de mate waarin de geleverde ziekenhuiszorg kwaliteitsvol is, blijft echter beperkt waardoor wij, buiten patiëntentevredenheidscijfers, over relatief weinig gedocumenteerde informatie beschikken.

Kwaliteitsvolle zorg vertrekt vanuit de behoeften van de patiënt en vanuit het perspectief van het zorgtraject waarbinnen de zorg wordt gegeven. Ziekenhuiszorg is een belangrijk onderdeel van dit traject, maar even belangrijk is de aandacht voor de continuïteit van de zorg, met name de zorg vóór en na een ziekenhuisopname of een behandeling in het dag-ziekenhuis.

Er lijken in de wijze waarop onze (ziekenhuis)zorg wordt georganiseerd een aantal verbeteringen mogelijk en er zal in ieder geval moeten gezocht worden naar methoden en technieken die de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg vrijwaren in een context van toenemende budgettaire druk.

De vragen die rijzen, hebben bijgevolg betrekking op de meest optimale wijze waarop de (ziekenhuis)zorg kan georganiseerd worden opdat de kwaliteit van de zorg en dus ook de betaalbaarheid ervan, zo goed mogelijk zullen zijn. In dit advies wordt getracht om hiervoor een kader aan te reiken. Het is daarbij niet de bedoeling om exhaustief te zijn, maar wel om een aantal belangrijke elementen te introduceren binnen dit kader die dan verder kunnen uitgewerkt worden.

Het uitgangspunt van dit advies wordt aangereikt door de nota van prof. dr. A. Vleugels 'Integrale kwaliteit in de zorg', uitgewerkt op vraag van de FOD Volksgezondheid. In deze nota worden een aantal definities en begrippen over kwaliteitsvolle zorg goed gesitueerd, zowel in hun specificiteit als in hun samenhang.

De nood aan een visie

Er ontbreekt vandaag een goed uitgewerkte federale beleidsvisie over kwaliteit in de Belgische ziekenhuiszorg.

Het beleid ten aanzien van de ziekenhuiszorg liet en laat zich kenmerken door een overwegend budgettaire, fragmentaire en projectmatige aanpak, dus zonder veel samenhang en opvolging en zonder een geëxpliciteerd kader waaraan kwaliteitsvolle zorg nood heeft.

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid spant zich in om hier lijn in te krijgen, maar kan de afwezigheid van een beleidsvisie op lange termijn niet compenseren waardoor de vele projecten die worden uitgewerkt onvoldoende worden geïntegreerd in de reguliere ziekenhuiswerking. Ook op het niveau van de gewesten en de gemeenschappen kunnen

dergelijke inspanningen vastgesteld worden. Daarnaast is er tussen de verschillende beleidsniveaus een erg beperkte afstemming vast te stellen.

Er is in ons land slechts in beperkte mate een maatschappelijk debat over de opties/de keuzes in de gezondheidszorg en de ziekenhuiszorg, wat te betreuren is omdat op dat niveau de krijtlijnen van de ziekenhuiszorg worden bepaald. Het actuele debat is vooral budgettair georiënteerd zonder daarbij beoogde resultaten te definiëren, te evalueren en bij te sturen waar aangewezen. Mede doordat de budgettaire marge de komende jaren kleiner zal worden, is het maken van keuzes, ook op het niveau van kwaliteitsvolle zorg die men wenst te realiseren, onvermijdelijk. In deze keuzeproblematiek kan een kosten-batenperspectief derhalve niet ontbreken.

De NRZV verwacht van het politieke beleidsniveau, bevoegd voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg, een geëxpliciteerde visie met een efficiënte samenwerking tussen de hierbij betrokken beleidsinstanties zodat er consistente verwachtingen ten aanzien van de ziekenhuizen kunnen geformuleerd worden.

De nood aan integratie

Er is een belangrijk gebrek aan integratie in de Belgische ziekenhuiszorg.

Het model van ziekenhuiszorg is gebaseerd op de Ziekenhuiswet. Waar kwaliteitsvolle en veilige zorg een samenhangende organisatie vereist, ontbreekt een dergelijke structuur in de ziekenhuiswetgeving. Het huidig wettelijke kader is overwegend departementaal (medisch, verpleegkundig) opgebouwd, beschrijft en stimuleert de potentieel rijke multidisciplinaire samenwerking in de realisatie van kwaliteitsvolle zorg, maar blijft in de praktijk vrijblijvend.

Het zorgprogrammaconcept heeft omwille van zijn patiëntgerichte oriëntatie bij specifieke doel- en/of pathologiegroepen het potentieel om hierop ten dele een antwoord te bieden voor zover de kwalitatieve evaluatie van de werking en de zorgresultaten structureel worden geïntegreerd en hun werking ook wordt verruimd tot nieuwe doelgroepen.

In de wetgeving ontbreken integrerende mechanismen, wat betekent dat deze niet is aangepast aan de snelle ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg van vandaag om een kwaliteitsvolle zorg te realiseren. Illustratief daarbij is het ontbreken van een kader waarbinnen patiëntveiligheid op een geïntegreerde wijze kan uitgebouwd worden in de ziekenhuizen. Er bestaat geen twijfel meer over de noodzaak van het systematisch verzekeren van de veiligheid van de ziekenhuiszorg via een zogenaamd veiligheidsmanagementsysteem (VMS), doch een dergelijke werking en systematiek komen niet aan bod in de Ziekenhuiswet. De veiligheid van de ziekenhuiszorg wordt enkel projectmatig en contractueel benaderd met een grote variëteit en een relatieve vrijblijvendheid tot gevolg. Dergelijk veiligheidsmanagementsysteem dient op zijn beurt een onderdeel te zijn van een uitgebreid kwaliteitssysteem.

De integratie hiervan binnen de ziekenhuiswetgeving is essentieel en is tevens fundamenteel om de vele projecten van de FOD Volksgezondheid die inhoudelijk op zich positief worden gewaardeerd, een kader te geven.

Naast een geïntegreerde inhoudelijke focus is er voor de realisatie van kwaliteitsvolle zorg ook nood aan een systematiek van opvolging en bijsturing waar aangewezen. De gekende PDCA-benadering (Plan Do Check Act) kan hierbij de nodige inspiratie aanreiken. Om deze dynamiek te systematiseren in de zorg is er nood aan recente informatie die op periodieke wijze wordt verzameld en gerapporteerd en dit dient te gebeuren in goede afstemming met de verschillende zorgprofessionals. Inspiratie kan hiervoor aangereikt worden vanuit andere landen. Dergelijke werking vereist de ontwikkeling van een cultuur waarbij er over de resultaten van de geleverde zorg en het eventuele verbeterpotentieel met alle betrokkenen constructief in interactie kan getreden worden.

Kwaliteitsvolle zorg heeft immers nood aan een gestructureerde opvolging, bijvoorbeeld via methodologisch goed uitgewerkte en relevante klinische indicatoren, als onderdeel van meer globale performantie-indicatoren. Vandaag worden indicatoren opnieuw op projectbasis vanuit de FOD Volksgezondheid aan de ziekenhuizen overgemaakt, maar hun impact op de klinische werking is, onder meer omwille van de laattijdige terugkoppeling, tot op heden eerder beperkt.

Daarnaast is het aangewezen om de werking van de in de Ziekenhuiswet voorziene instanties die de kwaliteit van de zorg kunnen toetsen, zoals de Colleges, te evalueren en zo nodig bij te sturen.

Parallel hieraan is er nood aan evaluatie van de verwachtingen en de verantwoordelijkheden van de hoofdartsen zodat zij hun cruciale rol

optimaal kunnen vervullen. Een versterking van de bevoegdheden van de hoofdarts inzake kwaliteitsborging door een aanpassing in die zin van de ziekenhuiswetgeving, wordt met nadruk voorgesteld.

Verschillende dynamieken in ons land, ondanks dezelfde federale wetgeving

Vandaag worden ziekenhuizen geconfronteerd met overheidsniveaus die hun beleid en hun verwachtingen aangaande kwaliteitsvolle zorg onvoldoende op elkaar afstemmen. Kwaliteitsvolle zorg uitbouwen, vereist een consistente benadering binnen de Gemeenschappen en Gewesten waarin de federale overheid een complementaire en faciliterende rol dient te vervullen. Er werd tijdens de besprekingen binnen de werkgroep ad hoc 'Kwaliteit en Patiëntveiligheid' van de NRZV vastgesteld dat er een verschil is tussen de visie en de aanpak van het federale niveau enerzijds en de concrete toepassing ervan in de Gemeenschappen en Gewesten anderzijds. Dit is een gevolg van de beleidsopties ter zake waarop hier niet verder wordt ingegaan. Niettemin betekent dit de facto dat dezelfde organieke wet op een andere wijze wordt ingevuld in de Gemeenschappen/Gewesten, maar ook dat er andere belangrijke accenten worden gelegd die een verschillende visie en richting aangaande kwaliteitsvolle zorg weergeven.

Versnippering en een gebrek aan consistentie staan een kwaliteitsvolle zorg in de weg. Conform de actuele bevoegdheidsverdeling in ons land zijn de Gemeenschappen en Gewesten verantwoordelijk voor de opvolging van en het toezicht op het kwaliteitsbeleid in de ziekenhuizen, maar dit is structureel onvoldoende ingebed in de bestaande wet- en regelgeving in de brede context van de ziekenhuiswerking. In afwachting van een meer consistent beleid aangaande de kwaliteit van de ziekenhuiszorg is het belangrijk dat de verschillende beleidsniveaus in ons land met meer systematiek in overleg treden.

Daarnaast wordt door de ziekenhuizen gevraagd dat de overheden meer ondersteuning bieden in het realiseren van de best mogelijke kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door het meer systematisch en uitgebreider aanreiken van guidelines en het faciliteren van accrediteringstrajecten.

Toenemende verwachtingen vanuit de EU

De verwachtingen vanuit de EU aangaande de kwaliteit van de ziekenhuiszorg en transparantie daarover, zullen steeds explicieter worden. Een illustratief voorbeeld is de inmiddels goedgekeurde Europese richtlijn (2011/24) inzake patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, dat een minimumset aan patiëntenrechten bevat, raakt ook het kwaliteitsaspect aan en dit in hoofde van alle 'zorgaanbieders' (een natuurlijk of rechtspersoon die gezondheidszorg verstrekt, dus zowel ziekenhuizen als individuele zorgverstrekkers).

Stap voor stap goed onderbouwde transparantie verschaffen over de wijze waarop de ziekenhuiszorg wordt georganiseerd en de klinische resultaten ervan, moet in deze context gestimuleerd worden zodat kan geanticipeerd worden op de toenemende maatschappelijke verwachtingen hieromtrent.

De Patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002

Het recht op kwaliteitsvolle zorg en het bekomen van begrijpelijke en betrouwbare informatie zijn patiëntenrechten opgenomen in de Patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002. Vandaag is er echter weinig gesystematiseerde en algemeen begrijpbare informatie beschikbaar over de kwaliteit en de resultaten van de ziekenhuiszorg. Het aanreiken van dergelijke informatie, wat verder gaat dan informatie over de tevredenheid van de patiënt, vraagt een context van vertrouwen zodat de initiatiefnemende ziekenhuizen hiervoor voluit kunnen gaan. Dit kan enkel gerealiseerd worden door het aanbieden van wetenschappelijke en praktische ondersteuning aan deze ziekenhuizen, een goede methodologie om data te verwerken en voor te stellen vertrekkende vanuit een actieve samenwerking met en gedragenheid door de professionals. Hiervoor kunnen ervaringen vanuit andere landen inspirerend zijn.

Kwaliteitsvolle zorg stimuleren via aangepaste ziekenhuisfinanciering

Ziekenhuiszorg financieren, vertrekt idealiter vanuit het kwaliteitsvol beantwoorden aan de zorgnoden van de zorgvrager.

Vandaag gebeurt de financiering van de zorg echter louter in functie van de kwantiteit van de geleverde prestaties, zowel wat betreft de financiering van de medische prestaties en honoraria als wat betreft de financiering van de ziekenhuiscare, zonder enige verdiscontering van de gerealiseerde kwaliteit. Dergelijke financieringswijze heeft een historische context en verdienste. Toch is er gaandeweg een grote spanwijdte ontstaan in het vergoedingsstelsel voor de medische prestaties en is de link naar de daadwerkelijke kosten voor de zorg vaak zoek geraakt. Het huidige financieringsstelsel biedt hierdoor onvoldoende incentives om een daadwerkelijke kwaliteit van de zorg effectief te stimuleren.

Wat de financiering van de ziekenhuizen betreft is de structurele onderfinanciering van bepaalde aspecten van de ziekenhuiscare nog steeds niet opgelost en zijn er belangrijke bezorgdheden aangaande de financiering van de basiswerking. Dit legt onmiskenbaar een hypothese op de verdere uitbouw van kwaliteitsvolle care.

De huidige wijze van financieren, impliceert een grote meerkost door de arbeidsintensieve registraties van allerhande gegevens. De registratiedruk in de ziekenhuizen is voldoende aangetoond. Het is aan te bevelen om te onderzoeken of én in welke mate deze bestaande niet beter ten dele kan ingezet worden voor gegevensregistratie ten behoeve van de opvolging van de kwaliteit van care. Nu wordt er immers veel tijd en energie besteed aan het registreren van gegevens die worden gevraagd vanuit de ziekenhuisfinanciering zonder een rechtstreekse relatie van deze gegevens met de gerealiseerde kwaliteit. Wanneer men een deel van deze tijd en energie zou kunnen besteden aan het registreren van gegevens die rechtstreeks verband houden met de kwaliteit van de care, kunnen deze gegevens gebruikt worden voor de opvolging van de kwalitatieve werking, maar kan er ook gezocht worden naar de geleidelijke integratie van deze gegevens in de ziekenhuisfinanciering.

De huidige wijze van financieren, is onvoldoende aangepast aan de ontwikkeling van transmurale zorgtrajecten rond de zorgbehoeften van een individuele (chronische) patiënt waarbij de intra- en extramurale zorgverlening zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd. Het belang van een degelijk (elektronisch) patiëntendossier, een goede informatieoverdracht en een optimale samenwerking tussen de verstrekkers en de patiënt kunnen daarbij nauwelijks overschat worden. Op die manier kan het zorgcontinuüm maximaal ondersteund worden en kan longitudinaal

onderzoek door middel van datamining nieuwe inzichten en aanbevelingen opleveren.

Tijdens de voorbije jaren is reeds heel wat studiewerk verricht naar aangepaste modellen van ziekenhuisfinanciering, maar het is aangewezen om nu effectief stappen te zetten zodat kwaliteitsvolle zorg daadwerkelijk kan gevaloriseerd worden en dit zowel ten aanzien van de nomenclatuur van de medische prestaties als ten aanzien van de ziekenhuisfinanciering.

Consequente benadering van risicovolle zorg ongeacht de plaats waar deze plaatsvindt

Door de snelle evoluties in de gezondheidszorg komen steeds meer diagnoses en behandelingen buiten het ziekenhuisgebeuren te liggen. Hierdoor zullen ook steeds meer risicovolle behandelingen plaatsvinden buiten de ziekenhuismuren. Daarom is het belangrijk om de verwachtingen ten aanzien van kwaliteitsvolle zorg niet louter te beperken tot de ziekenhuizen, maar ook uit te breiden tot de extramurale zorg. In ieder geval moet men erover waken dat de organisatie en de permanentieregeling 24 op 24 uur en 7 op 7 dagen in het ziekenhuis kunnen verzekerd blijven.

De NRZV adviseert op basis van voorgaande vaststellingen en overwegingen

1. De ontwikkeling van een consistente beleidsvisie aangaande de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen, mede in functie van de verwachtingen vanuit de EU, de maatschappelijke verwachtingen aangaande betrouwbare informatie over de ziekenhuiswerking en de visie aangaande risicovolle medische handelingen buiten het ziekenhuis. Dergelijke beleidsvisie zou dan het noodzakelijke kader kunnen aanreiken waarbinnen de verdere uitbouw van de ziekenhuiswerking, nieuwe initiatieven, maar ook prioriteiten, zouden kunnen bepaald worden. De NRZV wenst hierbij zijn adviserende opdracht ten volle te benutten.
2. Een aanpassing van de ziekenhuiswetgeving waarbij een samenhangend kwaliteitskader wordt gedefinieerd met onder meer een duidelijke plaats voor goed onderbouwde indicatoren, het verder uitwerken

van concepten zoals zorgprogramma's en zorgtrajecten, evenals de verschillende rollen en opdrachten (Colleges, hoofdartsen, ...) die moeten ingevuld worden om de kwalitatieve ambities ook te kunnen waarmaken.

3. Het evalueren van de opportuniteitskosten van de huidige registratie in de ziekenhuizen ten behoeve van kwaliteitsvolle zorg. Parallel is het noodzakelijk om de plaats, het belang, maar ook de opportuniteiten van het (elektronisch) patiëntendossier hierbij te benadrukken.
4. Het afstemmen van het gebruik van zorggerelateerde data tussen de overheden, met de professionals en de ziekenhuizen zodat deze informatie kan verwerkt worden in indicatoren die klinisch relevante informatie aanreiken over de kwaliteit en de resultaten van de geleverde zorgverlening zodat ze kunnen aangewend worden in een samenhangende aanpak van kwaliteitsmeting en -verbetering. In tweede instantie kunnen indicatoren ook aangewend worden om transparantie te verschaffen over de zorgresultaten van de ziekenhuizen, in een context van maatschappelijke verantwoording.
5. Een aanpassing van de wijze waarop de medische activiteiten in de ziekenhuizen en de ziekenhuiswerking worden gefinancierd zodat kwaliteitsvolle zorg in het ziekenhuis wordt gevaloriseerd. Tevens dient het transmurale zorgtraject hierbij een duidelijke plaats te krijgen en dienen er incentives te komen voor de realisatie van kwaliteitsvolle zorg over de muren en sectoren heen.
6. Het inventariseren van de ontwikkelingen, de organisatie en de verwachtingen aangaande kwaliteitsvolle ziekenhuiszorg in andere landen.
7. Het belang van het systematisch aanreiken van guidelines en het faciliteren van kwaliteitsinitiatieven, zoals accreditatie, met het oog op een effectieve ondersteuning van de ziekenhuizen door de overheid.

Dankwoord

Velen hebben rechtstreeks of onrechtstreeks meegewerkt aan de realisatie van deze aanbevelingen.

We danken in het bijzonder allen die hebben meegewerkt aan de inhoudelijke uitwerking van het ICURO-symposium "Governance Aanbevelingen 2012" van 2 en 3 december 2011 in Brugge: Erwin Bormans, Karel Bosmans, prof. Herman Daems, prof. Marleen Deneff, Willem Descamps, prof. Kristof Eeckloo, Peter Fontaine, dr. Bruno Holthof, dr. Jo Leysen, Marleen Porto-Carrero, Hans Ramaekers, dr. Hans Rigauts, dr. Marc Schepens, John Vanacker, Piet Van Schuylenbergh, Elke Vastiau, prof. Koen Verhoest, Sarah Verschaeve, prof. dr. Arthur Vleugels, prof. Kris Wauters en Ilse Weeghmans.

Dank aan (inmiddels staatssecretaris) Maggie De Block (Open Vld), Karin Temmerman (sp.a) en dr. Louis Ide (N-VA) voor hun participatie aan het politieke debat dat werd geleid door Guy Tegenbos en aan minister Jo Vandeuren (CD&V) voor zijn gewaardeerde feedback.

Dank aan allen die feedback leverden na het symposium, bijkomende suggesties formuleerden en kritisch de verdere uitwerking van de teksten opvolgden. De aanbevelingen werden er verder door verrijkt.

Dank ook aan de ICURO-staf en aan de leden van de raad van bestuur die dit thema met overtuiging hoog op de agenda hielden en waardevolle input aanreikten.

Dank aan de leden van het redactiecomité en bijzondere dank aan Greta Van der Veurst om de permanente evolutie van de teksten in goede banen te leiden en taalkundig bij te schaven.

Referenties

Bloom, N. et al. (2010). *Why good practices really matter in health care*. Center for Economic Policy and Research.

Bryson, J.M., Alston, F.K. (2006). *Creating and implementing your strategic plan: a workbook for public and social profit organizations*. San Francisco, Jossey-Bass.

Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap. (2000). *Hospital Governance, principes van goed bestuur in ziekenhuizen*. KU Leuven.

Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap. (2006). *Hospital Governance, principes van goed bestuur in ziekenhuizen*. KU Leuven.

Denef, M. (2010). *Aanbevelingen voor het besturen van socialprofitorganisaties. Aandachtspunten voor goede praktijken*. Koning Boudewijnstichting.

Denis, A. en Teller, M. (2011). *Hefbomen voor een betere patiëntenparticipatie, nieuwe praktijken en mogelijkheden voor erkenning en financiering*. Koning Boudewijnstichting.

De Witte, K., Eeckloo, K. en Vleugels, A. (REDS). (2011). *Arts in het ziekenhuis, een HR-perspectief*. Lannoo Campus.

Eeckloo, K. et al. (2001). *Hospital Governance, principes van goed bestuur in ziekenhuizen*. Revue Hospitals.be.

Eeckloo, K. (2008). *Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief*. Doctoraal proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor in de medische wetenschappen aan de Katholieke Universiteit Leuven. Leuven.

Glouberman, S. en Mintzberg, H. (2001). *Managing the Care of Health and the Cure of Disease - Part I: Differentiation*. Health Care Management Review, 26 (1), 56 - 69.

Goeschel, C., Wachter, R. en Pronovost, P. (2010). *Responsibility for Quality Improvement and Patient Safety: Hospital Board and Medical Staff leadership Challenges*, Chest, 138, 171 - 178.

Institute of Medicine. (1999). *To Err Is Human*. Washington, National Academy Press.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. Washington, National Academy Press.

International Federation of Accountants. (2007). *International Good Practice Guidance. Defining and Developing an Effective Code of Conduct for Organizations*. New York.

Janssens, M. en Put, J. (2009). *Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Acco Leuven.

Jha, A. en Epstein, A. (2010). *Hospital Governance And The Quality Of Care*. Health Affairs, 29 (1), 182 - 187.

Kruijthof, K. (2005). *Doctors' orders. Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals*. Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam.

- Leistikov, I. (2010). *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Doctoraal proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Technische Universiteit Delft. Delft.
- Lodewick, L. (2008). *Ziekenhuizen veranderen*. MediMan Holding, Maastricht.
- Mintzberg, H. (1997). *Towards Healthier Hospitals*. Health Care Management Review, 22(4), 9 - 18.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. (2011). *Advies inzake kwaliteit en patiëntveiligheid in de ziekenhuiszorg*. Brussel.
- Nys, H. et al. (1999). *Op maat gesneden, samenwerking tussen ziekenhuizen in Vlaanderen voor de 21ste eeuw*. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Brussel.
- People Governance Commissie. (2007). *People Governance versterkt Corporate Governance - Handvest aan de bedrijfsleiders en aan hun raden van bestuur*.
- Plochg, T. (2006). *Building a tower of Babel in health care? Theory & Practice of Community - Based Integrated Care*. Academisch proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit van Amsterdam. Amsterdam.
- Richtlijn 2011/24 van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Publicatieblad van de Europese Unie, 4 april 2011, L.88/45-65.
- Saltman, R., Duran, A. en Dubois, H. (2011). *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, Europe.
- Schein, E.H. en Schein. (2004). *Organisational culture and leadership*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Schepens, M. (2011). *Jaarrapport 2011. Hartchirurgie AZ Sint-Jan Brugge - Oostende A.V.*
- Staniszewska, S., Herron-Marx, S. en Mockford, C. (2008). *Measuring the impact of patient and public involvement: the need for an evidence base*. Int J Qual Health Care, 20(6), 373 - 374.
- Themanummer Acta Hospitalia. (2000). *Hospital Governance, principes van goed bestuur in ziekenhuizen*.
- Van Dijk, H. (2001). *Corporate governance en de ziekenhuisartsen*. Revue hospitals.be.
- Verenigde Naties. www.un.org geconsulteerd op 17 februari 2012.
- Vlaams Kwaliteitsindicatoren Project. (2011). *Protocol Kwaliteitsindicatoren - QI Project*. Beschikbaar op www.icuro.be.
- Wagner, C., Van der Wal, G. en Tuijn, S. (2005). *Patiëntveiligheid in Nederland, verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*. Koninklijke Van Gorcum.
- Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA). (2006). *Corporate Governance Handvest*.

ICURO vzw, koepel van Vlaamse ziekenhuizen met publieke partners

Handelsstraat 82 - 9de verdieping, 1040 Brussel, België

T + 32 2 286 85 50 | F + 32 2 507 01 00

www.icuro.be