



De prestatie transparant

- Health Care Governance
- Corporate Governance: de code Tabaksblad
- Prestatie-indicatoren in de zorg
- Het straffen van wanbeleid
- Transparantie in ziekenhuizen

Colofon

Dertiende jaargang
Nummer 3
September 2004

NOTA-ABBG

Nederlands Onafhankelijk Tijdschrift
Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Redactieraad NOTA-ABBG

Noortje Staal
Céline van Elst
Ronald Hortensius
Penny Senior
Marloes Berkers
Jeroen Havers
Luc Pluijmen
Maarten Veldstra

Eindredactie

Ronald Hortensius

Vormgeving

Ronald Hortensius

Doelstelling ABBG

De Alumnivereniging voor Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg (ABBG) is een vereniging voor
oud-studenten van de studierichting Beleid en Beheer
van de Gezondheidszorg aan de Faculteit der
Gezondheidswetenschappen van de Universiteit
Maastricht.

De doelstelling van de ABBG, zoals in de statuten
vastgelegd, is het onderhouden van contacten tussen
de leden onderling en de faculteit. Zij ondersteunen
elkaar door het uitwisselen van kennis, informatie en
werkervaring via ledendagen, symposia en
interviewgroepen.

Bestuur ABBG

Jacco Aantjes, voorzitter/waarnemend secretaris
Carina Parmentier, penningmeester
Annemieke van der Meij, ledenadministratie /
algemeen bestuurslid
Brigitte van der Zanden, algemeen bestuurslid
Rosian Schoenmakers, algemeen bestuurslid
Joris Ruijters, algemeen bestuurslid/coördinator
website

ABBG on-line

e-mail: info@abbg.nl
homepage: www.abbg.nl

Uitgave

Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Druk

SpectraFacility B.V.
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

Kopij

Sluitingsdatum 15 november 2004
Verschijning NOTA 4 week 49
Kopij sturen naar:
ABBG o.v.v. redactie 'NOTA'
postbus 616
6200 MD Maastricht

Advertenties

Voor informatie:
e-mail: info@abbg.nl
Sturen naar:
ABBG
postbus 616
6200 MD Maastricht

Abonnementen

Gekoppeld aan lidmaatschap ABBG.
Lidmaatschapsbijdrage € 25,00 voor leden en
buitengewoon leden en € 15,00 voor aspirant-leden.
Abonnementsgeld over te maken op gironummer
3177804 t.n.v. ABBG te Maastricht o.v.v. 'contributie'.
Opzegging van het lidmaatschap kan jaarlijks en
dient vóór 1 december plaats te vinden.

..... Inhoud

Redactioneel	3
Uit het bestuur	4
Health Care Governance, wat en waarom?	5
Prestatie-indicatoren in de zorg: externe verantwoording en interne sturing	7
Sancties voor falende bestuurders en toezichthouders	10
Nederlandse corporate governancecode: de code Tabaksblat	12
Een governancecode voor de ziekenhuizen; interview	15
On line	17
In Beeld	18
Alumnis opinio	19
Even voorstellen: nieuw bestuurslid	21
De digitale kroeg in...	21
Bericht uit Maastricht	22
"UM-laut"	24
Verenigingsnieuws	25
ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier	27

Redactioneel

Door Ronald Hortensius

Van fouten moet je kunnen leren om uiteindelijk de kwaliteit naar een hoger niveau te kunnen tillen. Dit stond centraal in ons vorige nummer. Het kunnen leren van fouten geldt niet in de laatste plaats voor de NOTA en haar redactie, die in datzelfde nummer op de voorpagina in kapitale letters het verwijdbare met het verwijtbare verwisselde. Gelukkig zijn daar nog de oplettende en verwijtende lezers. Voor het leereffect blijven we graag openstaan voor jullie reacties, zowel negatieve maar zeker ook positieve.

In deze uitgave staat de transparantie van prestaties centraal. In het bedrijfsleven werd dit actueel na alle ophef over de salariering van de bestuurders. De commissie Tabaksblat ontwikkelde een code. Bestuurders en toezichhouders van zorgorganisaties gaan ook steeds meer werken volgens bedrijfsmatige principes. Tevens is er een toenemende vraag van de maatschappij om meer transparantie. Hoe heeft de zorgsector hier op gereageerd? Hoe kunnen prestaties in de zorg gemeten worden zonder appels en bananen met elkaar te vergelijken. In deze NOTA alle antwoorden op deze vragen.

Veel leesplezier!

Uit het bestuur

*Door Jacco Aantjes,
Voorzitter ABBG*

Op het moment dat ik dit stukje schrijf ligt de zomer duidelijk achter ons. Helaas is dat niet te merken aan het weer, dat blijft gewoon even nat en somber als de afgelopen weken. Nee, het wordt zichtbaar in de gebruiende gezichten van je collega's, het volstromen van je agenda, de nieuwe plannen die voor december ingevoerd moeten zijn. Of te wel, het werk is weer werkelijk begonnen.

En dat geldt ook voor de ABBG. Na een succesvol voorjaarssymposium, wordt het nu tijd om de activiteiten in het najaar vorm te geven. We zijn bezig met een interessante bijeenkomst, waarin we zoeken naar lessen uit het bedrijfsleven voor de zorg. Meer kan ik hierover nog niet zeggen, maar jullie worden op de hoogte gehouden.

Ook hebben we een nieuw lid mogen toevoegen aan ons bestuur. Rosian zal zich zelf verder voorstellen in dit nummer. Tijdens het moment dat het bestuur verantwoording dient af te leggen, de ALV, zal zij officieel worden benoemd. En evenals afgelopen jaar zal in november de ALV worden gehouden.

In deze Nota vragen we jullie medewerking aan een enquête. Als bestuur zijn we benieuwd wat jullie bindt aan de vereniging, welke activiteiten jullie graag willen zien en waar we als vereniging naar toe moeten. Graag nodigen we jullie uit om deze enquête in te vullen op onze website: www.abbg.nl

Rest mij nog te zeggen: Veel plezier met het lezen van Nota 3.

Health Care Governance

Wat en waarom?

Door Luc Pluijmen

De aandacht voor governance is in de gezondheidszorg toegenomen, sinds het verschijnen van het rapport van de commissie Health Care Governance (commissie Meurs) in 1999. In dit rapport geeft de commissie aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van zorgorganisaties.

In deze bijdrage wordt globaal ingegaan op wat governance is en waarom aandacht hiervoor van belang is in de gezondheidszorg.

Het begrip 'governance'

Governance wordt gezien als een combinatie van de besturing van een organisatie, het toezicht op deze besturing en verantwoording over beleid, bestuur en toezicht.

Governance van profitorganisaties betrof oorspronkelijk met name het afleggen van verantwoording aan mensen die aandelen in een onderneming bezitten. In de loop der jaren moesten grote bedrijven gezien hun groeiende invloed op de samenleving, ook meer en meer maatschappelijk verantwoording afleggen. Zo ontstond de behoefte aan de ontwikkeling van normen voor goed bestuur, goed toezicht en externe en interne verantwoording.

Health Care Governance

Bestuurders en toezichthouders van zorgorganisaties gaan meer en meer werken volgens bedrijfsmatige normen en waarden. Governance van zorgorganisaties verschilt echter van governance van ondernemingen met winst oogmerk. In de zorg is geen sprake van aandeelhouders

zoals bij bedrijven in de profitsector.

Zorgorganisaties dienen een maatschappelijk doel, hetgeen duidelijkheid vraagt omtrent de wijze van afleggen van verantwoording in de richting van belanghebbenden. In dit kader kunnen bijvoorbeeld cliënten, medewerkers, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheden als belanghebbenden worden beschouwd. Al deze partijen hebben er belang bij dat zorgorganisaties diens maatschappelijke functies zo optimaal mogelijk vervullen.

Bestuurders en toezichthouders in de zorg leggen derhalve verantwoording af aan de buitenwereld over het functioneren van hun organisatie. Hierbij zijn transparantie en openheid vereist om inzicht te geven in onder andere het beleid, de positie en de doelstellingen van de organisatie. De aanbevelingen van de commissie Meurs ten aanzien van Health Care Governance biedt bestuurders en toezichthouders een leidraad voor bestuur, toezicht en verantwoording van het beleid van zorgorganisaties. De aanbevelingen

omvatten richtlijnen voor de manier waarop raden van bestuur en raden van toezicht hun rollen het beste kunnen vervullen. Ze bieden waarborgen voor kwaliteit en onafhankelijkheid van bestuur en toezicht. Verder verschaffen ze een aanpak voor de verwerving van noodzakelijke informatie en hoe daarover het beste verantwoording kan worden afgelegd.

Een stelsel van Health Care Governance

De behoefte om te komen tot een stelsel van Health Care Governance is gevoed door een aantal belangrijke factoren. Kort samengevat zijn dit de volgende factoren:

- het maatschappelijk belang van de (grotendeels collectief gefinancierde) gezondheidszorg;
- het ontbreken van wettelijke kaders voor toezicht in de gezondheidszorg;
- schaalvergroting in de zorg en toenemende interne en externe complexiteit van zorgorganisaties;
- de wens en de noodzaak om belanghebbenden invloed te laten uitoefenen op beleidskeuzen en beleidsuitvoering van zorgorganisaties;
- toenemende mondigheid van patiënten en individualisering van het cliëntsysteem;
- verschuivende patronen in wederzijdse afhankelijkheden tussen publieke, private en professionele sferen in en rondom de gezondheidszorg.

Het stelsel dat beoogd wordt door de commissie Meurs betreft:

“een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht van zorgorganisaties en adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert”.

Bestuurders en toezichthouders leggen verantwoording af aan de buitenwereld.

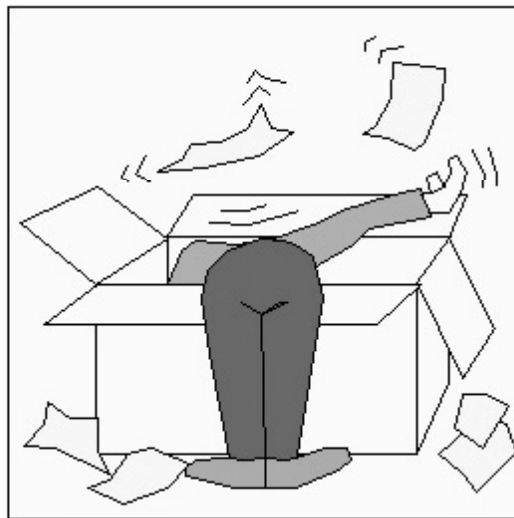
Zoals uit deze definitie van de commissie blijkt gaat Health Care Governance dus verder dan het afleggen van verantwoording over de financiële situatie van de organisatie. Ook aan de kwaliteit en doelmatigheid van de dienstverlening en bedrijfsvoering wordt aandacht besteed. Het gaat er uiteindelijk om of er in de organisatie goede zorg wordt geleverd. Dit is eveneens terug te lezen in de uitgangspunten waar de commissie Meurs vanuit is gegaan bij het formuleren van de in totaal dertig aanbevelingen over Health Care Governance. Het betreft de uitgangspunten:

- goede zorg vereist goed bestuur,

- goed bestuur vereist goed toezicht,
- goede zorg is verantwoorde zorg.

Een uitwerking van deze uitgangspunten en een overzicht en uitwerking van de aanbevelingen van de commissie zijn terug te lezen in het rapport van de commissie Health Care Governance (1999). Dit rapport is eveneens terug te vinden op de website www.healthcaregovernance.nl

De ABBG zoekt jouw mening



Ga naar www.abbg.nl
en vul de enquête in

Prestatie-indicatoren in de zorg

Externe verantwoording en interne sturing

Door Céline van Elst

In het bedrijfsleven is afleggen van verantwoording 'business as usual'. Groei en winst vertalen zich direct in de waarde van aandelen en externe druk van de aandeelhouder vertaalt zicht direct in de interne sturing van een bedrijf. Zorginstellingen daarentegen kennen deze 'aandeelhouderswaarde' niet. Toch gaan in de zorgsector miljarden euro's om. De maatschappij eist dan ook meer en meer transparantie van de zorginstellingen over wat er met dit geld precies gebeurt.

Prestatie-indicatoren ziekenhuizen
 Voor 1 juni 2004 moesten alle ziekenhuizen gegevens over hun prestatie-indicatoren openbaar maken. Deze set prestatie-indicatoren is een bundeling van de door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), Orde van Medisch Specialist (OMS) en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ontwikkelde indicatoren voor het afleggen van externe verantwoording door ziekenhuizen. Deze indicatoren gaan over patiëntveiligheid, effectiviteit, verantwoording, sturing en benchmarking van ziekenhuizen. De ziekenhuizen mogen zelf weten hoe ze deze informatie openbaar maken. Dat kan via de website van het ziekenhuis of in het jaarverslag.

De beste ziekenhuizen

Voor het ontstaan van de basisset prestatie-indicatoren zijn er al meer initiatieven genomen om openheid van zaken te geven in de sector. Zo startte de Consumentenbond in 1999 met het vergelijken van ziekenhuizen op serviceaspecten (bereikbaarheid, toegankelijkheid). De tweede test in 2002 was naast deze serviceaspecten meer gericht op patiënttevredenheid (ervaren kwaliteit, bejegening, informatievoorziening), en beleid op het gebied van veiligheid, wachttijden en informatievoorziening.

Daarnaast is er het jaarlijkse Elsevier-onderzoek 'de beste ziekenhuizen' waarin huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en ziekenhuismanagers ziekenhuizen die zij uit eigen ervaring of van die van hun patiënten kennen beoordelen.

En naast het jaarverslag¹ met financiële cijfers publiceert elk ziekenhuis sinds een aantal jaren haar wachttijden op internet, zodat patiënten weten hoe

lang de wachttijd is voor een bezoek bij een specialist in dat ziekenhuis of voor een bepaalde operatie.

Kwaliteitsdatabank

Medio september staat de kwaliteit van een ziekenhuis in de centrale kwaliteitsdatabank op de site van de NVZ. Deelname aan deze databank is vrijwillig. De NVZ probeert ranglijsten met 'de beste' en 'de slechtste' ziekenhuizen te voorkomen, de cijfers kunnen zonder toelichting namelijk gemakkelijk leiden tot verkeerde conclusies.

De consument kan dan ook geen vergelijkingen maken, want normen voor wat goede, matige of slechte scores zijn ontbreken. Dat er in ziekenhuis X meer mensen sterven aan een hartaanval dan in ziekenhuis Y zegt in principe weinig. Misschien is het risico op hart- en vaatziekten in de omgeving van ziekenhuis X groter dan in de omgeving van ziekenhuis Y, zijn de patiënten er gemiddeld ouder of heeft het ziekenhuis zich juist toegelegd op deze patiëntengroep waardoor er meer mensen met hart- en vaatziekten naar dit ziekenhuis komen. De landelijke databank zal daarom

toelichtingen - wat zegt een indicator?- bevatten van de NVZ en de

ziekenhuizen zelf. Ziekenhuizen worden op deze manier in staat gesteld om hun specifieke situatie toe te lichten en in te gaan op de door het ziekenhuis gemaakte keuzes.

Aanloof fase

De basisset prestatie-indicatoren is een groeimodel. Op dit moment heerst er grote twijfel of de informatie wel betrouwbaar en vergelijkbaar is; ieder ziekenhuis registreert nu immers op haar eigen manier. Volgens de inspecteur-generaal van de IGZ - Prof. Dr. Kingma - is een volledig dekkend en valide systeem van prestatie-indicatoren toekomstmuziek, maar is nu een start maken belangrijker dan op termijn een perfecte set afleveren.

Externe verantwoording versus interne sturing

Er is een groot verschil tussen indicatoren die gebruikt worden voor externe verantwoording en indicatoren

¹ In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport is een website ontwikkeld waarop de jaarverslagen van de zorginstellingen te raadplegen zijn. Op deze website worden de financiële jaarverslagen gepubliceerd van zorginstellingen die het jaarverslag digitaal bij Prismant hebben aangeleverd. Met deze wijze van openbaarmaking van de jaarverslagen wordt de verantwoording inzake de besteding van middelen in de zorg toegankelijker gemaakt. Deze website is te bereiken via www.prismant.nl

die betrekking hebben op interne sturing. In hun toepassing worden verschillende doelen nagestreefd.

Prestatie-indicatoren voor interne sturing hebben tot doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. De zorgaanbieder bepaalt welke acties prioriteit hebben en waar de meeste winst te behalen is. Na een nulmeting en vervolgmetingen wordt de indicator onderdeel van de plan-do-check-act-cyclus om zo bij te dragen aan verbetering van de interne sturing.

Prestatie-indicatoren voor externe verantwoording daarentegen hebben tot doel om de resultaten van patiëntenzorg transparant te maken. Overheid, inspectie, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties willen dat zorgaanbieders middels indicatoren voor externe verantwoording bekendheid geven aan de resultaten van de door hen geleverde zorg.

Met indicatoren voor externe verantwoording worden in de praktijk echter vaak meerdere doelen nagestreefd, zoals de zorgaanbieders verantwoording af laten leggen, patiënten de mogelijkheid bieden om zelf een weloverwogen keuze te maken uit de verschillende zorgaanbieders en een externe prikkel voor interne verbetering creëren.

Om deze doelen te realiseren moeten een aantal zaken vooraf helder zijn. Zo moet het voor aanbieders duidelijk zijn waarover zij verantwoording afleggen. Hiervoor moeten eerst doelstellingen geformuleerd worden, zoals: wat wil men met wachtlijsten bereiken? Ten tweede heeft het bieden van een keuzemogelijkheid voor patiënten pas zin als er geen sprake is van schaarste. Dan valt er tenslotte weinig te kiezen. En wat als iedereen zou kiezen voor de 'best practice'? De kans is groot dat deze zorginstelling de grote toestroom niet aankan. Hoe lang houdt deze organisatie het dan vol om de beste te blijven en kwaliteit te kunnen garanderen?

Bovendien blijkt uit onderzoek dat patiënten geen weg weten met indicatoren over kwaliteit van zorg. Zij zijn niet goed in staat deze te beoordelen en er vervolgens hun keuze door te bepalen.

Tot slot zal een indicator voor externe verantwoording alleen een prikkel voor interne verbetering creëren als zorgaanbieders hun resultaten vergelijken met een andere periode (doe ik het beter dan vorig jaar?) of met de beste resultaten in de sector (benchmarking).

Afrekenen

Wat doet de IGZ nu eigenlijk met de verzamelde gegevens? De Inspectie zegt hierover zelf: "... de Inspectie zal nooit op basis van gepubliceerde gegevens een oordeel vormen. Een indicator kan wel aan-

leiding zijn tot preventief toezicht om het signaal te verifiëren, te verklaren en zondig in te grijpen."

Prestatiesturing geeft (maatschappelijke) verantwoording over bestede gelden, geeft richting en maakt duidelijk waar instellingen en professionals in de zorg op aanspreekbaar zijn.

Succesvolle sturing op prestaties vraagt echter om een specifieke invulling. Aandachtspunten zijn het voorkomen van misinterpretatie en foute conclusies, het geven van kwalitatieve informatie naast kwantita-

tieve informatie en het geven van helder inzicht in elkaars belangen: iedere lezer ziet in een indi-

cator zijn / haar eigen belang. Het perspectief van waaruit je kijkt is bepalend voor de reactie en ondernomen acties.

Cijfers en targets dienen om scherpte en richting aan gesprekken te geven. Gesprekken tussen bestuurders, managers en zorgverzekeraars krijgen op deze manier een niet-vrijblijvend karakter.

Niet op elk aspect is het nodig om elke maand of kwartaal over allerlei cijfers te beschikken, pas de frequentie van indicatoren aan op de stuurmomenten.

Van prestaties naar marketing

Uiteindelijk geef je niet alleen inzicht in prestaties voor anderen, maar doe je het vooral ook voor jezelf. Het maakt voor jezelf en voor anderen inzichtelijk op welke punten je je onderscheidt en waar kansen in de markt liggen. Op welke patiëntengroepen kunnen wij ons het beste richten en welke regio is daarbij interessant? Zijn er partijen die voor samenwerking in aanmerking komen? Hoe promoten we onze producten en diensten en met wie communiceren wij hierover? Met het vastleggen van prestaties is dan ook een begin gemaakt om deze prestaties uiteindelijk te vertalen naar gezondheidszorgmarketing.

Bronnen

Prestaties ziekenhuis op internet. Algemeen Dagblad, 25 mei 2004.

Ziekenhuizen schuchter over kwaliteit. Financieel Dagblad, 25 mei 2004.

Ziekenhuizen melden prestatie. Trouw, 25 mei 2004.

Basisset Prestatie-Indicatoren ziekenhuizen 2003.

Zorgen om prestatiesturing? Syllabus Nationaal Congres Prestaties in de Zorg, 3 juni 2004.

Online

www.prestatie-indicatoren.nl

www.nvz-ziekenhuizen.nl

www.cbo.nl

www.prismant.nl

Uiteindelijk geef je niet alleen inzicht in prestaties voor anderen, maar doe je het vooral ook voor jezelf.

Ziekenhuissterfte na opname voor een Acuut Myocard Infarct (S)

Waarom kwaliteitsindicator	Het acute myocardinfarct (AMI) is een van de meest voorkomende oorzaken van sterfte en invaliditeit. Bij de behandeling van het AMI zijn een tijdige en juiste diagnose, behandeling en nazorg van essentieel belang. Verschillende studies hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen de kwaliteit van de zorg rondom AMI en de 30 daagse mortaliteit. Omdat (nog) niet alle ziekenhuizen gegevens over de sterfte na ontslag registreren wordt de mortaliteit na 30 dagen alleen gesuggereerd
Beschrijving	Percentage patiënten met de diagnose AMI die binnen 30 dagen na de opname zijn overleden, separaat voor patiënten jonger dan 65 jaar en patiënten van 65 jaar en ouder.
Teller	a) Aantal patiënten jonger dan 65 jaar met de diagnose AMI die binnen 30 dagen na opname zijn overleden van 1 januari tot en met 31 december. b) Aantal patiënten van 65 jaar en ouder met de diagnose AMI die binnen 30 dagen na opname zijn overleden 1 januari tot en met 31 december.
Noemer	Aantal patiënten met de diagnose AMI bij opname die zijn opgenomen in het ziekenhuis van 1 januari tot en met 31 december.
Type indicator	Uitkomstindicator- ziektespecifiek
Rapportage	a) patiënten jonger dan 65 jaar: bekend/ onbekend* Teller: aantal: ... Noemer: aantal: ... Sterfte %: ... b) patiënten van 65 jaar en ouder: bekend/ onbekend* Teller: aantal: ... Noemer: aantal: ... Sterfte %: ... Databron: ...

* doorhalen wat niet van toepassing is

Deze indicator is eigendom van:



Hemovigilantiebeleid

Waarom kwaliteitsindicator	Hoewel een bloedtransfusie statistisch gezien een veilige ingreep is, zijn er risico's aan verbonden. Bloed van een donor kan hemolytische transfusiereacties veroorzaken en infecties overdragen. Ook fouten, zoals het gebruiken van incompatibel bloed, of het toedienen van een ander bloedproduct dan aangevraagd, leiden soms (maar niet altijd) tot transfusiereacties. Ziekenhuizen dienen beleid te hebben vastgelegd ten aanzien van kwaliteitsbewaking van de bloedtransfusieketen. Het registreren en analyseren van transfusiereacties en transfusiefouten maakt deel uit van een hemovigilantiebeleid dat is gericht op kwaliteitsverbetering rondom bloedtransfusies in ziekenhuizen.
Beschrijving	a) Rapporteert u transfusiereacties in de TRIP - registratie? b) Rapporteert u intern transfusiereacties? (alle transfusie gerelateerde bijwerkingen moeten aan het transfusielaboratorium worden gemeld) c) Rapporteert u alle transfusie fouten in de MIP (FONA) - registratie?
Type indicator	Proces indicator – ziekenhuisbreed
Rapportage	a) Ja / Nee* b) Ja/ Nee* c) Ja / Nee*

* doorhalen wat niet van toepassing is

Deze indicator is eigendom van:



Orde van Medisch Specialisten



Literatuur uit Maastricht

Sancties voor falende bestuurders en toezichthouders.

Door Jeroen Havers

Aan het woord is Bart aan de Stegge. Recentelijk is hij afgestudeerd op Handels- en Ondernemingsrecht aan Universiteit Maastricht. In zijn scriptie gaat hij onder andere in op wat verstaan wordt onder corporate governance. Momenteel is hij bezig om zijn tweede scriptie, voor Gezondheidswetenschappen Beleid en Beheer, af te ronden.

Ik sprak met Bart vanuit een juridische invalshoek over de (on)mogelijkheden van de wet om wanbeleid van falende bestuurders en toezichthouders te straffen

Inleiding

“Om het bestuur en toezicht in de gezondheidszorg te verbeteren bereidt minister Hoogervorst van VWS wetgeving voor om wanbeleid te straffen. Hij wil dat falende bestuurders en toezichthouders zich verantwoorden voor de rechter. Hoogervorst wil het werknemers en patiënten mogelijk maken om bij wanbeleid naar de rechter te stappen.” (Bron: Nieuwsbrief ZorgVisie: Hoogervorst wil sancties voor falende bestuurder. 16 juli 2004).

Is vanuit het rechtssysteem te beredeneren waar minister Hoogervorst deze mogelijkheden op baseert?
Het lijkt op al reeds in de wet verankerd enquêterecht.

Wat houdt het enquêterecht dan in?

Een enquête kan worden omschreven als een onderzoek naar het gevoerde en toekomstige beleid en de gang van zaken binnen een vennootschap. Een dergelijk onderzoek kan alleen gedaan worden door de Ondernemingskamer van het Hof Amsterdam. De procedure wordt geregeld door art. 2:344-359 BW.

Vallen stichtingen ook onder het toepassingsgebied van het recht van enquête?

Volgens art. 2:344 sub b BW is het recht van enquête van toepassing op de stichting die een onderneming in stand houdt waarvoor in gevolge de wet een ondernemingsraad moet worden ingesteld.

Klopt het dat de meeste ziekenhuizen een Ondernemingsraad hebben?

Dat is inderdaad het geval.

Betekent dat het recht van enquête dan ook van toepassing is op ziekenhuizen?

Ja, indien het ziekenhuis een stichting is die een onderneming in stand houdt en een Ondernemingsraad heeft.

Wat zijn de mogelijkheden via het enquêterecht om wanbeleid door de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht in ziekenhuizen te straffen?

Om daar een antwoord op te geven zal ik kort de procedure uiteenzetten. De Ondernemingskamer wijst het verzoek tot onderzoek naar het beleid en gang van zaken toe indien er gegronde redenen zijn om aan juist beleid te twijfelen (art. 2:350 lid 1 BW). De Ondernemingskamer benoemt personen die het onderzoek gaan uitvoeren om vast te kunnen stellen of er sprake is van juist beleid, onjuist beleid of wanbeleid. Indien dit door de onderzoekers vastgesteld is, wordt dit door de Ondernemingskamer overgenomen. Indien uit het verslag van de onderzoekers blijkt dat er wanbeleid is, kan de Ondernemingskamer voorzieningen treffen (art. 2:355 lid 1 BW).

Welke voorzieningen kan de Ondernemingskamer treffen bij wanbeleid?

Er zijn 5 mogelijkheden bij een stichting:

- 1) schorsing of vernietiging van een besluit van de bestuurders, van commissarissen of van enig ander orgaan van de rechtspersoon;
- 2) schorsing of ontslag van 1 of meer bestuurders of commissarissen;
- 3) tijdelijke aanstelling van 1 of meer bestuurder of commissarissen;
- 4) Tijdelijke afwijking van de door de Ondernemingskamer aangegeven bepalingen van de statuten;
- 5) Ontbinding van de rechtspersoon.

Door wie kan het verzoek om wanbeleid vast stellen worden ingediend?

Daar zit waarschijnlijk het probleem in de huidige wetgeving voor stichtingen. Alleen (naast de advocaat generaal) degenen aan wie daartoe bij de statuten of bij overeenkomst met de rechtspersoon de bevoegdheid is toegekend, kan een verzoek indienen (art. 2:346 sub c BW).

Wordt deze bevoegdheid door ziekenhuizen in hun statuten of bij overeenkomst aan de patiënten of werknemers, zoals door Hoogervorst verondersteld wordt, toegekend?

Dat is maar zeer de vraag. Ik acht het waarschijnlijk dat het een van de redenen is waarom Hoogervorst een wetswijziging voorstelt. Het is echter discutabel of

patiënten en / of werknemers de aangewezen personen zijn om een dergelijk verzoek tot enquête in te dienen. Het betreft hier namelijk een procedure die nogal verstrekkende gevolgen kan hebben en inzicht vereist in bestuurlijke en toezichhoudende taken in een onderneming. Het is in ieder geval duidelijk dat zeer goed moet worden nagedacht hoe dit wordt uitgewerkt.

Nederlandse corporate governance code

De code Tabaksblat

Door Maarten Veldstra

De Nederlandse corporate governance code (code Tabaksblat) is op 9 december 2003 officieel gepresenteerd. De code bevat richtlijnen over onder meer het maximum aantal commissariaten dat iemand mag vervullen, de hoogte van ontslagvergoedingen en de invloed van aandeelhouders. In dit artikel wordt ingegaan op de corporate governance code.

Taakopdracht

Een goed systeem van corporate governance draagt bij aan een goed functionerende economie. In maart 2003 is aan de Commissie Tabaksblat gevraagd een hernieuwde 'code of best practice' op het terrein van corporate governance op te stellen. Deze code diende het oogmerk te hebben beursgenoteerde ondernemingen een handreiking te bieden voor het verbeteren van hun governance. Naleving hiervan dient het vertrouwen in het goede en verantwoorde bestuur van beursgenoteerde ondernemingen te vergroten. De invalshoek van de kapitaalmarkt staat derhalve centraal, dat wil zeggen de relatie beursgenoteerde ondernemingen – kapitaalverschaffers, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de positie van andere stakeholders (werknemers en andere betrokkenen). Deze invalshoek houdt ook in dat het onderwerp maatschappelijk verantwoord ondernemen geen onderdeel vormt van de hernieuwde code.

De volgende onderwerpen diende in de nieuwe corporate governance code in ieder geval aan de orde komen:

- de positie van de individuele commissaris en het functioneren van de Raad van Commissarissen (onafhankelijkheid, deskundigheid, werkwijze, rekrutering, zittingstermijn, cumulatie van commissariaten, remuneratie, commissies, interne en externe informatievoorziening);
- de daadwerkelijke uitoefening van rechten van aandeelhouders en het functioneren van de algemene aandeelhoudersvergadering (informatievoorziening, spelregels algemene vergadering van aandeelhouders, behandeling minderheidsaandeelhouders/ grootaandeelhouders, belangenverstremgeling, rol en functioneren van institutionele beleggers, de wijze en de frequentie van informatievoorziening aan beleggers, stemmen op afstand/elektronisch);
- het functioneren van de raad van bestuur (relatie met RvC, transparantie, remuneratie);
- de relatie met en de rol van de accountant bij (de organen van) de onderneming (bestuur, raad van commissarissen, audit-committee, benoeming accountant);

- transparantie over de corporate governance regels in de praktijk;
- de monitoring van het functioneren van een code in de praktijk (bijv. transparantie over naleving en motivering bij eventuele afwijking, organisatie van de monitoring).

De commissie corporate governance ("Commissie Tabaksblat") heeft de corporate governance code opgesteld op verzoek van Euronext Amsterdam, het Nederlands Centrum van Directeuren en Commissarissen, de Stichting Corporate Governance Onderzoek voor Pensioenfondsen, de Vereniging van Effectenbezitters, de Vereniging Effecten Uitgevende Ondernemingen en de Vereniging VNONCW en op uitnodiging van de Ministers van Financiën en Economische Zaken. Bij de formulering van de code is uitgegaan van de bestaande wetgeving betreffende de externe en interne verhoudingen van beursgenoteerde vennootschappen, waaronder de wetgeving inzake de verplichte toepassing van de structuurregeling, en van de jurisprudentie op het terrein van corporate governance.

Goed ondernemerschap en goed toezicht

De code gaat uit van het in Nederland gehanteerde uitgangspunt dat de vennootschap een lange termijn samenwerkingsverband is van diverse bij de vennootschap betrokken partijen. De belanghebbenden zijn de groepen en individuen, die direct of indirect het bereiken van de doelstellingen van de vennootschap beïnvloeden of erdoor worden beïnvloed: werknemers, aandeelhouders en andere kapitaalverschaffers, toeleveranciers, afnemers, maar ook de overheid en maatschappelijke groeperingen. Het bestuur en de raad van commissarissen hebben een integrale verantwoordelijkheid voor de afweging van deze belangen, doorgaans gericht op de continuïteit van de onderneming. Daarbij streeft de vennootschap naar het creëren van aandeelhouderswaarde op de lange termijn. Het bestuur en de raad van commissarissen behoren met de belangen van de verschillende belanghebbenden rekening te houden. Vertrouwen van de belanghebbenden dat hun belangen worden behartigd, is een voorwaarde voor hen om binnen en met de vennootschap samen te werken. Goed ondernemerschap, waaronder inbegrepen integer en trans-

parant handelen door het bestuur, alsmede goed toezicht hierop, waaronder inbegrepen het afleggen van verantwoording over het uitgeoefende toezicht, zijn essentiële voorwaarden voor het stellen van vertrouwen in het bestuur en het toezicht door de belanghebbenden. Dit zijn de twee steunpilaren waarop goede corporate governance rust en waarop deze code ziet.

Structuur corporate governance code

De Nederlandse corporate governance code (code Tabaksblat) is op 9 december 2003 officieel gepresenteerd en omvat vijf hoofdstukken, te weten:

- Hoofdstuk I Naleving en handhaving van de code;
- Hoofdstuk II Het bestuur;
- Hoofdstuk III Raad van Commissarissen;
- Hoofdstuk IV De (algemene vergadering van) aandeelhouders;
- Hoofdstuk V De audit van de financiële verslaggeving en de positie van de interne audit functie en van de externe accountant van de financiële verslaggeving.

In alle hoofdstukken zijn principes en best practice bepalingen opgenomen voor de beursgenoteerde vennootschappen.

Principes en best practice bepalingen

De code bevat zowel principes als concrete bepalingen die de bij een vennootschap betrokken personen (onder andere bestuurders en commissarissen) en partijen (onder andere institutionele beleggers) tegenover elkaar in acht

zouden moeten nemen. De principes kunnen worden opgevat als de moderne, en inmiddels breed gedragen, algemene opvattingen over goede corporate governance. De vennootschap vermeldt elk jaar in haar jaarverslag op welke wijze zij de principes van de code in het afgelopen boekjaar heeft toegepast. De commissie schrijft niet voor hoe een hoofdstuk hierover in het jaarverslag er uit moet zien.

De principes zijn uitgewerkt in concrete best practice bepalingen. Deze bepalingen creëren een zekere normstelling voor het gedrag van bestuurders en commissarissen – ook in relatie tot de externe accountant – en aandeelhouders. Zij geven de nationale en internationale ‘best practice’ weer en kunnen worden opgevat als een nadere invulling van de algemene beginselen van goede corporate governance. Beursgenoteerde vennootschappen kunnen hiervan afwijken. Afwijkingen zijn op zich niet verwerpelijk; zij kunnen onder omstandigheden juist gerechtvaardigd zijn. Het kunnen toepassen van alle bepalingen is namelijk afhankelijk van de concrete omstandigheden waarin de vennootschap en haar aandeelhouders zich bevinden. Niet alle vennootschappen zijn hetzelfde; zij opereren in verschillende markten, de verspreiding van het aandelenbezit is verschillend, hun groeiper-

spectieven zijn anders, etc. Bovendien veranderen de omstandigheden waarin de vennootschap zich bevindt met enige regelmaat. Aandeelhouders, media en bedrijven die zijn gespecialiseerd in rating van de corporate governance structuur van beursgenoteerde vennootschappen dienen afwijkingen van de codebepalingen dan ook niet automatisch als negatief aan te merken, maar dienen zich zorgvuldig een oordeel te vormen omtrent de redengeving voor elk van de afwijkingen. Zowel aandeelhouders als het bestuur en de raad van commissarissen dienen open te staan voor het aangaan van een dialoog over de redengeving voor de afwijkingen. Deze dialoog wordt bevorderd, indien aandeelhouders voorafgaand aan de algemene vergadering van aandeelhouders hun bezwaren kenbaar maken en zowel vennootschap als aandeelhouders ook buiten de algemene vergadering van aandeelhouders voor deze dialoog open staan.

Jaarverslag

Onvoorwaardelijke vrijheid om de code wel of niet op te volgen is niet wenselijk. In internationale regelgeving en codes wordt de flexibiliteit in zoverre aan banden gelegd door beursgenoteerde vennootschappen te verplichten elk jaar in hun jaarverslag gemotiveerd uit te leggen of en zo ja waarom en in hoeverre zij afwijken van de best practice bepalingen van de corporate governance code (de regel van “pas toe of leg uit”). Het is aan de aandeelhouders om het bestuur en de raad van commissarissen omtrent de toepassing van de principes

Onvoorwaardelijke vrijheid om de code wel of niet op te volgen is niet wenselijk

van de code en de verklaring over de naleving van de best practice bepalingen ter verantwoording te roepen. De inhoud van het hoofdstuk in het jaarverslag over de corporate governance structuur en het corporate governance beleid van de vennootschap en de verklaring over de naleving van de best practice bepalingen kunnen elk jaar, op initiatief van het bestuur dan wel van (een groep van) aandeelhouders, in de algemene vergadering van aandeelhouders aan de orde worden gesteld. Desgewenst kan het hoofdstuk over de corporate governance structuur, het corporate governance beleid en de redengeving van een afwijking van één of meer best practice bepalingen ter stemming worden gebracht. Voor het geval dat de algemene vergadering goedkeuring geeft aan de corporate governance structuur en de afwijkingen van de codebepalingen sanctioneert, leeft de betreffende vennootschap de code ook na (“uitleggen is naleven na goedkeuring door de algemene vergadering van aandeelhouders”).

Bezwaar maken

Indien (een deel van) de algemene vergadering van aandeelhouders bezwaar maakt tegen de corporate governance structuur en/of tegen de redengeving van

afwijking van één of meer best practice bepalingen, dan kan zij, binnen en buiten de algemene vergadering van aandeelhouders, druk uitoefenen op het bestuur en de raad van commissarissen om de corporate governance structuur te wijzigen en/of de code beter na te leven. Het bestuur en de raad van commissarissen dienen zich in de algemene vergadering van aandeelhouders te verantwoorden over de gemaakte keuzes en dienen in ieder geval open te staan voor aanpassing van de corporate governance structuur van de vennootschap, wanneer de algemene vergadering van aandeelhouders of een groep van aandeelhouders haar bezwaren gemotiveerd naar voren brengt. Mocht de discussie tussen de algemene vergadering van aandeelhouders of een groep van aandeelhouders en het bestuur en de raad van commissarissen ten aanzien van een zwaarwichtige kwestie toch in een impasse geraken, dan kunnen aandeelhouders gebruik maken van de hen ter beschikking staande rechten (binnen en buiten de algemene vergadering van aandeelhouders).

Aandeelhouders kunnen binnen de algemene vergadering gebruik maken van de mogelijkheid om het bestuur geen décharge te verlenen over het gevoerde beleid en de raad van commissarissen over het uitgeoefende toezicht, het bezoldigingsbeleid aan te passen, en de raad van commissarissen en/of het bestuur te ontslaan. Eventueel kunnen aandeelhouders ook juridische procedures voeren, zoals het starten van een enquête- of jaarrekeningprocedure.

Eventueel kunnen aandeelhouders ook juridische procedures voeren

Tot slot

De corporate governance code treedt in werking vanaf het boekjaar beginnend op of na 1 januari 2004. Van de beursgenoteerde vennootschappen wordt derhalve verwacht dat zij vanaf het jaarverslag over boekjaar 2004 jaarlijks in het jaarverslag een hoofdstuk wijden aan de hoofdlijnen van de corporate governance structuur van de vennootschap en aan de naleving van de corporate governance code, waarbij eventuele afwijkingen van de best practice bepalingen worden verklaard. De commissie beveelt de beursgenoteerde vennootschappen aan om dit hoofdstuk onder een apart agendapunt op de algemene vergadering van aandeelhouders in 2005 te bespreken. Na 2005 zouden naar het oordeel van de commissie substantiële veranderingen in de corporate governance structuur van de vennootschap en substantiële wijzigingen in de naleving van de code ter bespreking aan de algemene vergadering van aandeelhouders moeten worden voorgelegd. De commissie beveelt de beursgenoteerde vennootschappen aan om in een apart hoofdstuk in hun jaarverslagen over het boekjaar 2003 concreet aan te geven op welke wijze zij verwachten invulling te geven aan de naleving van deze code en welke problemen hierbij worden verwacht. Voorts is het gewenst dat dit hoofdstuk van het jaarverslag aan de orde wordt gesteld in de algemene vergadering van aandeelhouders in 2004.

Samenvatting uit: De Nederlandse corporate governance code - Beginselen van deugdelijk ondernemingsbestuur en best practice bepalingen Commissie corporate governance, 9 december 2003

Een governancecode voor de ziekenhuizen

Interview met Coen van Lisdonk, beleidsmedewerker Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Door Ronald Hortensius

In mei van dit jaar heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen de NVZ-Governancenota aan minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangeboden. Kort daarna sprak ik over Governance in de ziekenhuissector met Coen van Lisdonk, bedrijfskundige en werkzaam bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) als beleidsmedewerker Sturing en Financiering(*).

W *aarom een governancecode voor de ziekenhuizen?*

Omdat ook de ziekenhuissector, in navolging van de corporate governancecode in het bedrijfsleven, zich eveneens toetsbaar wil opstellen en de transparantie wil vergroten. In het bedrijfsleven is de afgelopen jaren de roep om openheid van zaken en het afleggen van verantwoording steeds groter geworden. Niet alleen vanuit aandeelhouders maar ook vanuit de buitenwereld. Dit is versneld door de aaneenschakeling van fraudezaken in het bedrijfsleven. Hieraan is gehoor gegeven door de ontwikkeling van een gedragscode voor maatschappelijk verantwoord ondernemen: de code Tabaksblat. Die trend van een toenemende vraag van de maatschappij om meer transparantie, is ook voor de zorg van belang. In zorginstellingen gaan jaarlijks vele miljarden euro's om. In de samenleving bestaat behoefte aan verantwoording over wat er met dit geld gebeurt. Vijf jaar geleden werd de Commissie Health Care Governance in het leven geroepen onder leiding van professor Meurs. Deze commissie kwam met een groot aantal aanbevelingen (zie elders in deze NOTA – red.) en zorgde er voor dat het onderwerp binnen zorginstellingen op de agenda kwam te staan. De NVZ governancenota nu is de derde in een reeks documenten die de NVZ heeft opgesteld om de wijze waarop zorginstellingen omgaan met hun bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid, de inspraak van stakeholders en het afleggen van verantwoording verder vorm te geven.

Welke andere documenten waren dat?

Eind 2001 begin 2002 heeft de NVZ het Zorghandvest (zie kader) voor ziekenhuizen gepresenteerd met daarin tien gedragsregels voor ziekenhuizen. Vorig jaar was daar het Referentiekader Spreiding Zorg over de inspraak van belanghebbenden bij ingrijpende besluiten zoals fusies en dergelijke.

Was er sprake van onvoldoende toezicht of afwezigheid van andere corrigerende mechanismen?

Dat heeft te maken met de rechtsvorm van de meeste instellingen. Bijna alle ziekenhuizen zijn stichtingen. De wet voorziet bij een stichting niet in een toezicht-

houdend orgaan zoals een aandeelhoudersvergadering in het bedrijfsleven die een raad van toezicht naar huis kan sturen. Als hierover in de statuten niets over is opgenomen is het stichtingsbestuur geen verantwoording schuldig aan anderen. Ziekenhuizen leggen weliswaar verantwoording af aan zorgverzekeraars maar dan gaat het meestal alleen over financiële afspraken. Met het invullen van de code wordt het afleggen van verantwoording breder getrokken naar meer verantwoordelijkheidsgebieden maar ook naar meer belanghebbenden zoals gemeentelijke en provinciale overheden, patiëntenraden en -verenigingen maar ook de individuele consument.

Op welke manier geeft de ziekenhuissector uitwerking aan Governance?

In de Governancenota zijn de spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur en toezicht, goede inspraak en verantwoording uitgewerkt; de nota bevat een aantal werkbare regels. Zo kunnen de belanghebbenden de instellingen jaarlijks toetsen met behulp van een 'apply-or-explain' regel; wil een instelling van de in dit rapport opgenomen principes of aanbevelingen afwijken, zal zij daarover steeds gemotiveerd verantwoording moeten af te leggen in haar jaarverslag. Wat de NVZ betreft zal de transparantie vooral tot uiting komen in een aantal kerngegevens in de jaarverslaglegging van ziekenhuizen. Wat ons betreft gaat het dan om gegevens over patiënttevredenheid, patiëntveiligheid, kwaliteitssystemen, de personele situatie, de financiële situatie, onderwijs en onderzoek maar ook over zaken als milieu. Hiervoor hebben we samen met de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) een set van prestatie-indicatoren ontwikkeld. Samen hebben we gezocht naar prestatie-indicatoren die werkelijk iets zeggen over de kwaliteit van ons werk. De door ons ontwikkelde indicatoren zijn gebundeld in een Basisset, samen met de indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) die met hetzelfde traject bezig waren. Zo hoeven de ziekenhuizen niet onnodig dubbel werk te doen. Verschillende ziekenhuizen hebben al aangegeven de hele set van vrijwillige en verplichte indicatoren te willen publiceren op hun website. Ziekenhuizen gaan

zich dus profileren met deze indicatoren. De NVZ wil al deze kwaliteitsinformatie gaan publiceren. We zijn bezig met het ontwikkelen van een databank kwaliteit die een plaats gaat krijgen naast de al bestaande databank met wachttijden.

Zitten er geen gevaren aan transparantie, bijvoorbeeld als er grote verschillen over doelmatigheid aan het licht komen?

Daar zijn we niet zo bang voor. Het streven naar transparantie komt uit de sector zelf. Ziekenhuizen hebben over het algemeen een goed verhaal bij hun

doelmatigheidscijfers. Ziekenhuizen gaan daarnaast hun prestatiecijfers toelichten. De indicatoren in combinatie met de toelichtingen geven een goed totaalbeeld van het ziekenhuis. Het gaan rangschikken van indicatoren zonder toelichting kan inderdaad leiden tot gemakkelijke en onterechte conclusies.

() Coen van Lisdonk heeft de NVZ inmiddels verlaten en werkt vanaf 1 juli bij de Sint Maartenskliniek in Nijmegen.*

De tien "geboden" van het Zorghandvest

1. *Elke patiënt kan een gerechtvaardigd vertrouwen hebben in de kwaliteit van zorg, geleverd door een bij de NVZ aangesloten ziekenhuis. In deze ziekenhuizen wordt de zorg steeds geleverd door deskundig personeel en de zorgverlening is gericht op de individuele behoefte van de patiënt.*
2. *Elk ziekenhuis formuleert voor de belangrijkste daar te behandelen ziekten en aandoeningen ten minste de maximaal wenselijk geachte wachttijden tot de verlening van die zorg. Het ziekenhuis maakt deze wachttijd publiekelijk bekend (bij voorkeur op zijn website) en spant zich tot het uiterste in om de zorgverlening in het ziekenhuis binnen deze maximaal wenselijk geachte wachttijd te leveren.*
3. *Elk ziekenhuis zal de beschikbare publieke en private middelen toetsbaar en zo doelmatig mogelijk inzetten.*
4. *Het ziekenhuis raadpleegt de van belang zijnde stakeholders voordat besluiten worden genomen over een structurele sluiting van afdelingen, dependances of locaties van het ziekenhuis. Het ziekenhuis laat deze standpunten en opvattingen bij zijn besluitvorming op passende wijze meewegen, onverlet dat het tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuismanagement behoort om uiteindelijk een besluit te nemen.*
5. *Ziekenhuizen gebruiken voor hun diensten aan patiënten steeds reële prijzen. Alle door het ziekenhuis eventueel behaalde positieve bedrijfsresultaten worden door het ziekenhuis weer ingezet tot voordeel van de zorg.*
6. *Ziekenhuizen gedragen zich als goede werkgevers.*
7. *Ziekenhuizen dragen zorg voor een adequate scheiding (zowel administratief als organisatorisch) van hun publieke en private activiteiten. De private activiteiten liggen wat betreft karakter niet ver af van de core business van het ziekenhuis. Het ziekenhuis voert adequaat beleid om de financiële risico's van eventueel privaat gefinancierde diensten te beheersen. Periodiek legt het ziekenhuis verantwoordelijkheid af over de inzet van de private middelen.*
8. *Ziekenhuizen hanteren openbaar gemaakte normen voor goed bestuur van ziekenhuizen. Zij dragen zorg voor een heldere verantwoording van hun activiteiten en stellen zich ter zake toetsbaar op ten opzichte van hun maatschappelijke omgeving. Bij de vaststelling van beleid houdt het ziekenhuis, althans waar dit beleid hen rechtstreeks raakt, rekening met de opvatting van patiënten en andere stakeholders.*
9. *Het handelen van het ziekenhuis is erop gericht om in een goede samenwerking met andere partijen het verlenen van de zorg aan te laten sluiten op de van belang zijnde ontwikkelingen in de sector ziekenhuizen, in de voor ziekenhuizen aanpalende sectoren en in de gezondheidszorg in het algemeen.*
10. *Ziekenhuizen brengen, hetzij als sector hetzij als individuele ziekenhuizen, zo spoedig mogelijk een publiek kenbaar te maken document uit waarin de rechten (en verplichtingen) van de ziekenhuispatiënten omschreven worden.*

Bron: het zorghandvest voor ziekenhuizen, NVZ, 2001

Online

Door Penny Senior

Www.prestatie-indicatoren.nl Deze internetsite bevat informatie over prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg. Prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over bijvoorbeeld de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. Deze internetsite is, wat de Engelsen noemen, een 'clearinghouse' voor prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg. Dit betekent dat zij een makelaarsfunctie vervult. Met deze site willen wij de ontwikkeling, uitwisseling, implementatie en toepassing van prestatie-indicatoren in alle geledingen van de gezondheidszorg faciliteren en promoten.



Daarbij staat slechts één doel centraal: verbetering van de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Prestatie-indicatoren.nl wil een platform zijn voor elke organisatie die prestatie-indicatoren ontwikkelt, implemen-

teert en/of reeds toepast. Sinds januari 2004 is deze site in de lucht.

De eerste uitgave van deze site bevat vooralsnog alleen informatie over de '[Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen 2003](#)'. De basisset is ontwikkeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medische Specialisten en de Vereniging Academische Ziekenhuizen.

Binnenkort zullen ook indicatoren over andere typen zorg worden opgenomen op deze site. Prestatie-indicatoren.nl kan zo uitgroeien tot een platform voor informatie-uitwisseling omtrent prestatie-indicatoren.

Consumenteninformatie en transparantie van zorg

ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. Dit gebeurt onder andere in het programma Consumenteninformatie & Transparantie. De uitvoering van dit deelprogramma gebeurt grotendeels door middel van voorhoedeprojecten. Op de website www.zonmw.nl is veel informatie te vinden over de projecten die betrekking hebben op prestatie indicatoren in de zorg. Eén voorhoedeproject is gestart (ziekenhuiszorg). De vijf overige voorhoedeprojecten zijn in verschillende stadia van voorbereiding. De ontwikkeling van consumenteninformatie over zorgaanbieders wordt in eerste instantie per sector aangepakt. Voorhoedeprojecten zijn gestart of in voorbereiding voor de volgende sectoren:

- Ziekenhuiszorg / Medisch-specialistische zorg (gestart 1 juni 2004)
- Verpleging & Verzorging / Thuiszorg (start najaar 2004)
- Geestelijke Gezondheidszorg (start begin 2005)
- Gehandicaptenzorg (start kwart 2005)



In Beeld ...

Senior adviseur bij het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Door Loes Schouten, afgestudeerd in 1996



Dat ik *beleid en beheer* studeerde is van weinig belang. Althans, zo denk ik wel eens, als ik mijn huidige dagen beschouw.

Mijn werkpakket is even vaag als duidelijk. Ik registreer, ik transformeer, heb wat e-mail verkeer en leid. Kwaliteitsprojecten welteverstaan. Help doelen stellen, SMART principes toepassen, meetpunten identificeren, actieplannen maken, literatuur zoeken. Maak gebruik van evidence, leg de basisregels van SPC (?) uit, stel kritische vragen. Om maar wat te noemen.

Ik bezoek ziekenhuizen, organiseer bijeenkomsten, stel projectplannen op, zoek financiers, breng offertes uit en ontwikkel indicatoren. Verzamel goede voorbeelden, breng mensen samen, analyseer runcharts, presenteer resultaten, geef een workshop, beantwoord vragen, maak overzichten. Dat soort dingen. En ik schrijf, ik train, ik coach. Beleid en Beheer? Ik werk bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Een inspirerende werk-omgeving met creativiteit, humor en vriendschap. Sfeer, toon en timbre zijn prettig en gebaseerd op grote Kwaliteitsdenkers van toen (Donabedian) en nu (Berwick). Wij ondersteunen en begeleiden professionals en zorginstellingen bij het daadwerkelijk verbeteren van de kwaliteit van de zorg, zo meldt de website (www.cbo.nl). Samenwerking met anderen vormt daarin onze sleutel tot succes. Het is de focus op het primaire proces, de patiënt en de natuurlijke verbinding met medisch specialisten en andere professionals die het CBO tot een unieke adviesorganisatie maakt. Van oudsher een vrijplaats voor persoonlijke ontwikkeling en groei. Een bonte verzameling mensen die elkaar 'ademruimte' gunnen.

Sinds de invoering van de euro mag ik mij senior adviseur noemen. Persoonlijk voel ik mij daar wel prettig bij. Een stafmedewerker heeft een hoog sinterklaasgehalte: hard werken om de oude baas op de been te houden.

Het CBO kent vele sluiproutes. Zo ben ik van evaluatie van zorg (external peer review) via kennissynthese (richtlijnontwikkeling) terechtgekomen bij de implementatie van bestaande kennis en innovaties en nu vakkenleider Veranderkunde. Wat gisteren nieuw was, is vandaag normaal en overmorgen alweer verouderd. Een drive tot continue veranderen en verbeteren. Ontmoedigend? Nee hoor! Ik geloof juist dat hierin de charme van het CBO besloten ligt: blij met een geboden oplossing, maar altijd hunkerend naar een volgend probleem.

Op dit moment houd ik mij vooral bezig met de introductie en implementatie van evidence en 'best practices' in de Nederlandse gezondheidszorg (Doorbraak projecten). Er gaat veel goed (dat mag ook wel, we besteden met z'n allen ruim 40 miljard euro per jaar aan het op peil houden van onze gezondheid). Dat is echter één kant van de medaille. Patiënten en zorgverleners ervaren ook veel knelpunten: er is sprake van ongewenste variatie in de zorg, lange wachttijden en een hoge werkdruk.

Het opvallende is dat veelal wel bekend is hoe het beter zou kunnen, op grond van kennis uit wetenschappelijk onderzoek of op grond van bruikbare *best practices*. Maar talloze psychosociale, organisatorische, financiële en juridische factoren blokkeren de doorstroming van kennis en ervaring in de praktijk van alledag. De Doorbraakaanpak, overgewaaid uit de Verenigde Staten en gebaseerd op dit ervaringsfeit, biedt hierin een oplossing. Het is een gestructureerde methode om de brede toepassing van beschikbare kennis gericht te bevorderen.

Dat ik ook hierin, net als zovóél mensen, een dubbellevens leidt (ik ben parttime gestart met een promotie onderzoek) heeft geen diepere betekenis. Ik zoek slechts wat verdieping.

Loes Schouten
l.schouten@cbo.nl

Samenwerking met anderen vormt daarin onze sleutel tot succes.

Alumnis Opinio

Wat vind je van prestatie-indicatoren in de zorg en op welke manier legt de organisatie waar jij werkt verantwoording af aan stakeholders?

Door Marloes Berkers

Vorig jaar hebben wij een nieuwe column geïntroduceerd: Alumnis Opinio. In deze vaste column beantwoorden alumni een vraag die betrekking heeft op het onderwerp van de betreffende NOTA. In deze NOTA reageren vier alumni op bovenstaande vraag.

Chantal Beks, secretaris van de Raad van Bestuur SVVE de Archipel, afstudeerjaar 1997.

Sinds 1997 ben ik werkzaam bij SVVE de Archipel. Een fusieorganisatie gevestigd in Noord-Brabant waaronder ressorteren een vijftal verpleeg- en een vijftal verzorgingshuizen, alsmede een tak 'zorg en dienstverlening thuis'. In totaal werken zo'n 2.000 mensen bij deze organisatie. Vanaf 1999 vervul ik de functie van secretaris Raad van Bestuur.

Het is voor zorgaanbieders als De Archipel een ware kunst geworden om enerzijds mee te gaan in de veranderende opvattingen van de overheid, wet- en regelgeving en anderzijds te anticiperen op de zorgvraag van morgen. De beoogde liberalisering van de zorgmarkt komt langzaam op gang, maar wordt vanuit het strategisch beleid van De Archipel gestimuleerd en onderschreven.

Prestatie-indicatoren kunnen hierbij zeker ondersteunend zijn. Dit zowel voor de interne organisatie als voor externe partijen. Middels prestatie-indicatoren wordt immers transparant gemaakt welke prestaties en / of producten tegen welke (kost)prijs en met welk kwaliteitsniveau geboden worden.

Een cliënt kan op die wijze haar keuzevrijheid optimaal invullen en de zorginkoper (in het geval van de Archipel: het Zorgkantoor) zou op gerichte en verantwoorde wijze haar inkopen kunnen doen.

Een gevaar wordt gezien in de bureaucratie die zou kunnen ontstaan. Leidend dient te blijven dat prestatie-indicatoren een instrument zijn om bovengenoemde liberalisering van de zorgmarkt (mede) vorm te geven en geen doel op zich zouden mogen worden.

Brenda Elzer, onderzoeksverpleegkundige AMC.

Ik werk in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam als onderzoeksverpleegkundige op de afdeling MDL, maag, darm en leverziekten. Ik werk

voor het AMR, dat is het AMC Medical Research B.V. In deze B.V. zitten verschillende projecten.

De door ons uitgevoerde projecten worden onder andere gesponsord door diverse bedrijven / organisaties. Onder andere aan deze organisaties wordt verantwoording afgelegd. Voor het bedrijf waar ik voor werk is het dus belangrijk dat alles meetbaar is. Ik vind transparantie ook in de gezondheidszorg belangrijk, want op deze manier wordt zo efficiënt mogelijk gewerkt. Daarnaast vind ik wel dat in de gezondheidszorg in het algemeen opgepast moet worden dat efficiëntie niet doorslaat naar productiewerk, want er wordt toch met mensen gewerkt.

Marga Beckers, adviseur Platform Jeugdgezondheidszorg, afstudeerjaar 1985.

Sinds januari 2004 ben ik adviseur bij het landelijk werkend Platform Jeugdgezondheidszorg. Daarnaast heb ik met mijn partner een eigen praktijk voor advies

Prestatie-indicatoren kunnen bij de liberalisering van de zorgmarkt zeker ondersteunend zijn.

en ondersteuning in de sectoren welzijn en volksge-

zondheid en ben ik vanuit die praktijk ook werkzaam als conflictbemiddelaar (mediator) en trainer.

Het Platform Jeugdgezondheidszorg is sinds februari 2003 operationeel en krijgt basissubsidie van het Ministerie van VWS. De kerntaak bestaat uit het 'bevorderen, begeleiden en beoordelen van de kwaliteit van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg' dat sinds januari 2003 is ingevoerd. Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg bestaat uit een uniform deel dat moet worden aangeboden aan alle jeugdigen 0-19 jaar en een maatwerkdeel dat moet worden aangeboden aan specifieke doelgroepen.

Prestatie-indicatoren worden als zodanig in de jeugdgezondheidszorg nog niet gehanteerd. De afdeling Jeugdgezondheidszorg legt verantwoording af aan de desbetreffende gemeente. In die zin is transparantie van de relatie tussen doelgroepen, prioriteiten, prijs, product en kwaliteit steeds belangrijker in deze tijd

van bezuinigingen. Wel zijn er ontwikkelingen die de toepassing van prestatie-indicatoren op termijn mogelijk maken, zoals:

- het werken met benchmarkgegevens,
- het werken met een productbegroting,
- het uniformeren van het takenpakket,
- het invoeren van een elektronisch cliëntensysteem,
- het invoeren van gezondheidsmonitoren
- het invoeren van kwaliteitssystemen,
- het uitbrengen van het handboek 'Eenheid van taal' door het Platform,
- het wetenschappelijk onderbouwen van de taken uit het basistakenpakket.

Op zich ben ik voorstander van prestatie-indicatoren maar deze mogen naar mijn mening nooit een doel op zich zijn. Wat mij betreft is het een middel dat als doel moet hebben het functioneren van een sector kwalitatief op een hoger plan te brengen. Aan het hanteren van prestatie-indicatoren zouden daarom de volgende voorwaarden verbonden moeten zijn:

- de gezondheid van de consument mag niet worden geschaad;
- prestatie-indicatoren mogen de professionele hulpverlening niet in de weg staan;
- er bestaat consensus over de indicatoren bij alle betrokkenen zoals consumenten, hulpverleners, management, financier en inspectie;
- de indicatoren worden experimenteel ingezet in de 'lerende organisatie' en op basis van een wetenschappelijke evaluatie bijgesteld; dus evidence-based;
- prestatie-indicatoren moeten een meerwaarde hebben, gemakkelijk in de uitvoerende werkzaamheden te integreren en langdurig toepasbaar / uitvoerbaar zijn;
- prestatie-indicatoren moeten rekening houden met bijzondere regionale, lokale en instellingsfactoren, zoals bevolkingsopbouw, risicofactoren en omvang van de organisatie.

Prestatie-indicatoren zie ik voorsnog als hulpmiddel voor het leveren van spiegelinformatie op hulpverleners- en organisatieniveau en niet als harde indicatoren voor het financieel afrekenen op prestaties. Het streven naar kwaliteitsverbetering in de zorg staat op gespannen voet met het streven naar kostenbeheersing in de zorg. Prestatie-indicatoren zijn in dat verband een goed instrument om een beter kosten- en kwaliteitsbewustzijn te realiseren bij professionals, financiers en cliënten.

Wellicht groeien we op termijn toe naar het inzetten van prestatie-indicatoren, dat lijkt mij voorsnog een lange maar ook uitdagende weg.

Angelique van Betten, organisatieadviseur stichting Rhijnhuysen, afstudeerjaar 1989.

Ik vind dat voor een deel van de zorg prestatie-indicatoren zinvol zijn. Wanneer het gaat om harde gegevens die een brede acceptatie kennen. Veelal gaat het dan om concrete behandelprogramma's voor een nauw omschreven groep cliënten. Ook dan gaat het echter om een aanwijzing over de kwaliteit van de zorg, daarmee is niet alles gezegd. Zolang het op die manier geïnterpreteerd wordt en gebruikt kan het betrokkenen bij de zorg helpen te komen tot kwaliteitsverbeteringen daar waar dat nodig is en zonnig tot keuzes door de cliënt. In de praktijk zien we helaas vaak dat het meten van de indicatoren gepaard gaat met veel administratieve rompslomp; daar gaat helaas nog teveel tijd en energie aan verloren.

Mijn functie is (intern) organisatieadviseur bij het samenwerkingsverband van diverse zorginstellingen in de regio zuidwest Utrecht, stichting Rhijnhuysen (zie voor meer informatie www.rhijnhuysen.nl). Deze stichting heeft een eigen projectbureau waarbij ik samen met een aantal collega's werkzaam ben. Rhijnhuysen heeft twee belangrijke speerpunten:

1. Ontwikkeling van zorgprogramma's (o.a. COPD, CVA, dementie, diabetes)
2. Ontwikkeling van servicewijken (o.a. Leidsche Rijn).

Dat betekent dat een groot deel van onze inzetbare tijd aan deze twee speerpunten wordt besteed. Zoals prestatie-indicatoren vaak ook over structuur, proces en resultaten gaan leggen wij aan onze stakeholders (opdrachtgevers en externen zoals cliënten / cliëntenorganisaties, overheid, gemeente e.a.) ook op deze aspecten verantwoording af. Allereerst hebben we

Prestatie-indicatoren zie ik voorsnog als hulpmiddel voor het leveren van spiegelinformatie.

een structuur afgesproken waarin opdrachten worden

goedgekeurd met duidelijke doelen, resultaten en tijd en inzet, jaarplancycli, begrotingen, jaarverslagen e.d. We proberen daarbij methodieken te ontwikkelen die zichtbaar maken welke stappen we waarom en wanneer zetten in het ontwikkelingsproces dat wij begeleiden. Daarnaast zijn er diverse gremia opgezet die het ontwikkelingsproces kunnen volgen en zien hoe de opdrachten verlopen en of gewenste resultaten worden bereikt. Daarbij zijn naast cliëntenorganisaties vaak betrokken: professionals, managers en bestuurders. We geven hierover ook informatie door middel van onze website, digitale nieuwsbrieven en interne en externe conferenties.

Resultaten maken we, zodra dit kan, openbaar aan betrokkenen maar ook daarbuiten. Zodat met name cliënten zo snel als mogelijk van de verbeteringen gebruik kunnen maken.

Even voorstellen.....

Nieuw bestuurslid

Rosian Schoenmakers
Via deze NOTA wil ik me aan jullie voorstellen als nieuw algemeen bestuurslid van de ABBG. In juli ben ik bestuurslid geworden, omdat ik graag actief betrokken wil zijn in het rijk der "Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg". Bij het bestuur zochten ze nog versterking, dus dat vulde elkaar goed aan. Twee jaar geleden ben ik afgestudeerd, waarbij ik de wachttijdproblematiek op het operatiecentrum van het Wilhelmina Kinder Ziekenhuis inzichtelijk heb gemaakt. Nu ben ik werkzaam als organisatie deskundige bij Gezondheidsplan in Bussum; een reïntegratie en medisch expertise bedrijf. Ofwel wij doen

alles rondom Gezondheid voor bedrijven en particulieren (RI&E's, arbobeleid, reïntegratie trajecten, opleidingen, enzovoorts). Naast mijn werkzaamheden doe ik de studie Business Administration aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam (ja hoor, de eeuwige student bestaat nog steeds) en woon ik samen met René in het mooie Utrecht.

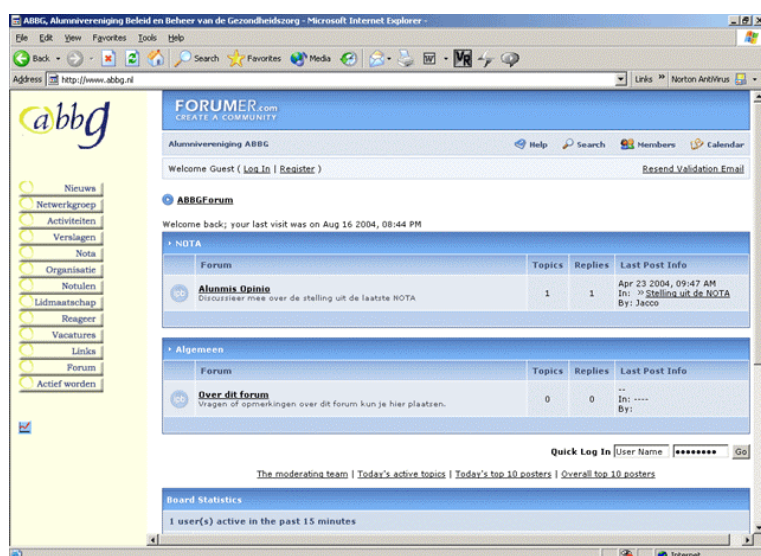


De digitale kroeg in...

Al enkele maanden bezit de ABBG over een heus *forum* op de website. Zonder ruchtbaarheid is het forum echter gedoemd een stille dood tegemoet te gaan. Vandaar een korte introductie van deze nieuwe dienst op de website.

Niet iedereen zal bekend zijn met de mogelijkheden van een digitaal forum. Een digitaal forum is een discussiecafé op internet. Het biedt gebruikers de mogelijkheid om zelf berichten te plaatsen en om op geplaatste berichten te reageren.

Een belangrijk onderwerp op het forum van de ABBG is de bekende rubriek uit de NOTA: "Alumnus Opinie". In deze rubriek worden de mening van een aantal ABBG-ers over een actueel onderwerp gepeild. Op het forum kun je eigen ideeën over het discussiepunt uit deze rubriek kwijt. Je kunt discussiëren met andere leden en een eigen discussie opzetten.



The screenshot shows a web browser window displaying the forum page for ABBG. The page has a blue header with the ABBG logo and navigation links. A sidebar on the left contains a menu with items like 'Nieuws', 'Netwerkgroep', 'Activiteiten', 'Verslagen', 'Nota', 'Organisatie', 'Notulen', 'Lidmaatschap', 'Reageren', 'Vacatures', 'Links', 'Forum', and 'Actief woorden'. The main content area shows a forum post titled 'Alumnus Opinie' with 1 topic and 1 reply. Below it, there is a section for 'Over dit forum' with 0 topics and 0 replies. At the bottom, there are 'Board Statistics' showing 1 user active in the past 15 minutes.

Het forum kun je vinden via de website: www.abbg.nl. Vervolgens klik je op 'forum', linksonder in het menu. Inschrijven is niet noodzakelijk, maar het maakt het wel makkelijker om te kunnen zien wie er welk bericht geschreven heeft. Bovendien kun je het forum dan aanpassen aan je persoonlijke voorkeur. Op het forum is plaats voor alle onderwerpen die gerelateerd zijn aan de ABBG. Alleen gebruik voor commerciële doeleinden, bijvoorbeeld voor werving, is niet toegestaan.

We raden je aan het forum regelmatig te bezoeken, want zoals het een goede discussie betaamt zijn er steeds nieuwe ontwikkelingen. Eigenlijk geldt dat voor de gehele website, want die wordt regelmatig vernieuwd. Je vindt er onder ander nieuws over toekomstige activiteiten, vacatures en een digitale NOTA.

Bericht uit Maastricht

Door Penny Senior

Openingsspektakel academisch jaar 2004-2005

Op 6 september vindt de opening van het Maastrichtse academisch jaar plaats. De Duitse ex-bondsprezident Helmut Kohl als spreker, plus een Tweede-Kamerlid, anchorman Philip Freriks van het NOS-Journaal die het programma aan elkaar praat, muziek van het Willem Breuker Collectief, en dat alles in het congrescentrum MECC: de opening wordt, zo veel is duidelijk, een heel wat grootsere aangelegenheid dan gebruikelijk. Na ruim anderhalf jaar voorzitterschap weet Ritzen twee dingen heel zeker: de Universiteit Maastricht is een fantastische instelling, maar tegelijkertijd is het tamelijk lastig om die boodschap tot de buitenwereld door te laten dringen. "Dat wij de beste zijn op onderwijsgebied, tweede na Twente op het terrein van startende bedrijfjes, dat niet alleen Utrecht maar wij ook een goed draaiend University College hebben; dat kom ik in de pers allemaal niet tegen. De UM krijgt niet de aandacht die ze verdient, vindt Ritzen, en dus is het zaak om de PR en de marketing steviger aan te pakken. In dat plan past een spectaculaire opening van het academisch jaar. Met invitaties aan Maastrichtenaars, om de band met de stad te verstevigen, en aan een grote groep studenten, vooral ook buitenlanders, om het zelfbewustzijn te bevorderen en het internationale karakter te promoten. Alleen een opening met een opvallend programma en een spreker van formaat zal de landelijke media halen, denkt Ritzen. En het ligt in de bedoeling voortaan elk jaar stevig uit te pakken, zegt Ritzen. "Maar er wordt natuurlijk wel geëvalueerd of we onze doelen ermee bereiken. We willen dat de UM voor wat betreft het Nederlandse aandeel in de studentenpopulatie nationale aantrekkingskracht blijft behouden. Er zijn aanwijzingen dat de instroom nu meer verschuift naar de regio. En we willen meer masterstudenten, de UM moet een masteruniversiteit worden. Daaraan zullen we het toetsen."

Professor Wim de Groot ontvangt eredoctoraat van Universiteit Kiev (Oekraïne)

Prof. Dr. Wim Groot, hoogleraar Gezondheidseconomie aan de Universiteit Maastricht, heeft op 1 september 2004 een eredoctoraat in ontvangst genomen van de *National University of Kiev-Mohyla (Oekraïne)*. Hij ontving dit eredoctoraat voor zijn bijzondere wetenschappelijke verdienste voor deze universiteit. Professor Groot heeft voor deze universiteit in drie jaar tijd de masteropleiding *Health Care Management* opgezet. De eerste studenten (dertien in totaal) zijn op 1 september met de opleiding gestart. Wim Groot heeft de basis gelegd voor het curriculum en was verantwoordelijk voor de opleiding van de docenten. Het curriculum is gebaseerd op de postgraduate *Master of Public Health*, die al geruime tijd aan de Universiteit Maastricht bestaat

Bijeenkomst Alumnikring Utrecht

De succesvolle start van Alumnikring Utrecht is op 17 mei voortgezet met een tweede bijeenkomst die in het teken van de zorg stond. In een debatsetting is het thema "Commercialisering in de zorg" besproken, in het bijzonder de stelling: 'Exploitatie van ziekenhuizen kan tot 30% goedkoper, maar leidt dit ook tot betere zorg?'. Een zeer actueel onderwerp dat ons allemaal raakt, nu en in de toekomst! Onder leiding van prof. dr. Eduard Kimman, Hoogleraar bedrijfsethiek aan de VU, is deze discussie gevoerd door de heer M. Conjaerts, Adjunct directeur

BZEII, azM, dr. Joris van de Klundert, directeur Mateum B.V., prof. dr. Marc Bonte, UM alumnus en medisch specialist Interne Geneeskunde en hoogleraar UMC Utrecht, en de heer Paul Sturkenboom van Sturkenboom en Partners.

Maastricht start School of Governance

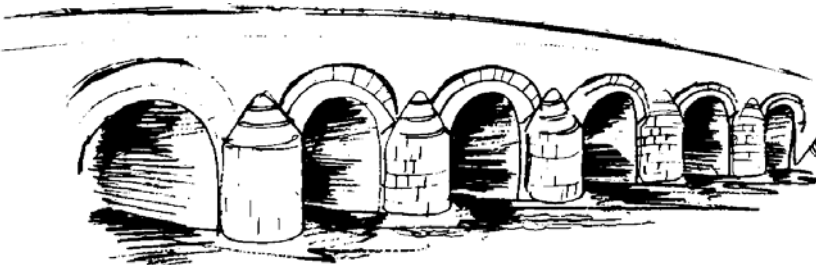
De Universiteit Maastricht begint in september 2004 met de 'Maastricht Graduate School of Governance'. De nieuwe onderwijsprogramma's leiden wetenschappelijke specialisten op in het ontwerpen en het analyseren van het beleid in het algemeen en tevens op de specifieke gebieden van voedsel en gezondheid, sociale zekerheid en arbeid, wetenschap en technologie, en economische globalisering. Deze thema's sluiten uitstekend aan bij die expertisegebieden waarin de UM haar sporen al heeft verdiend. Naast het verzorgen van masteropleidingen gaat de School of Governance ook het onderzoek over het beleid en de vier beleidsterreinen binnen de UM bundelen en uitbouwen. De UM wil met de Maastricht School of Governance de mogelijkheden voor verdere studie van Nederlandse bachelorstudenten verruimen en talentvolle nieuwe - ook buitenlandse - studenten aantrekken. Speciale aandacht wordt besteed aan het mondiale karakter van diverse beleidsvraagstukken en de onderlinge verbanden tussen het maken van beleid op lokaal, regionaal, nationaal en internationaal niveau.

Hoogstarters Maastricht

Loop je al langer rond met een idee voor een eigen onderneming of ben je al starter (maar niet langer ingeschreven dan 5 jaar bij de KvK), meld je dan aan voor een intakegesprek voor het project Hoogstarters-Maastricht. Tijdens de Masterclass Entrepreneurship & Business Planning en individuele

coachinguren, die beide kosteloos worden aangeboden, kunnen Alumni en studenten van WO en HBO instellingen zich oriënteren of ondernemerschap iets voor hen is. Daarnaast worden zij begeleid in het opstellen van een succesvol ondernemingsplan en de implementatie hiervan. Starters die al een businessplan hebben, kunnen via het coachingsnetwerk de levensvatbaarheid van hun onderneming vergroten. Tenslotte biedt het project tal van faciliteiten als huisvesting, incubating, seed capital en natuurlijk de gelegenheid tot netwerken! Meer info: Machiel van Dooren, info@hoogstarters-maastricht.nl, 043-388.42.89

Bron: www.unimaas.nl en
www.unimaas.observant.nl



" UM-laut "

In elke editie van de NOTA vult een medewerk(st)er van de capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg deze column. André Meijer trapt geeft het stokje door aan Hans Maarse.

Zou het nu echt doorgaan?

Als het aan minister Hoogervorst en zijn kabinet ligt, staat de Nederlandse gezondheidszorg aan de vooravond van een ware revolutie. Ziekenfonds, particuliere verzekering, ambtenarenverzekering en de standaardpakketpolis zullen allemaal verdwijnen en opgaan in één nieuwe zorgverzekering waarvan elke Nederlander verplicht lid is. Voor die verzekering moet iedereen dezelfde premie betalen. Lagere inkomens worden voor de hogere premie gecompenseerd via de belastingen en een zorgtoeslag (vergelijkbaar met een huursubsidie). Zorgverzekeraars mogen in de verplichte verzekering niet concurreren met hun zorgpakket. Wel moeten ze met elkaar concurreren. De uitdaging is een marktvoordeel te bereiken door gunstige contracten met de zorgaanbieders. Risicoselectie – verreweg de gemakkelijkste weg om geld te verdienen – wordt verboden. De overheid wil niet alles aan de markt overlaten. Zij formuleert publieke randvoorwaarden op het terrein van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Nieuw is ook de introductie van een Zorgautoriteit met vergaande bevoegdheden tot ingrijpen als het marktproces dreigt te ontsporen.

Als de nieuwe wet inderdaad door de Kamer wordt aanvaard, komt er een einde aan een langdurig proces dat in 1987 begon met het rapport Dekker (je zou de begindatum ook nog eerder kunnen leggen). Maar komt het er ook van? Mij lijkt dat er nog lang geen sprake is van een gelopen koers. In theorie oogt het systeem inderdaad aardig en biedt het tal van voordelen vergeleken bij de huidige lappendeken op de verzekeringsmarkt. Maar er zijn wel diverse prangende vragen. Zo'n vraag is bijvoorbeeld of Nederland in het nieuwe stelsel voldoende zeggenschap behoudt over de inrichting van het zorgstelsel. Hoe privater het systeem wordt opgetuigd en hoe meer gewicht aan marktwerking wordt toegekend, des te beperkter de mogelijkheden voor de overheid om op de zorgverzekeringsmarkt in te grijpen vanwege strijdigheid met de regelgeving in Brussel. Het zou niet de eerste keer zijn, dat we worden opgeschrikt door een onverwachte uitspraak van het Europese Hof van Justitie.

Hans Maarse

Verenigingsnieuws

AFGESTUDEERDEN

Naam	Titel	Telefoon (privé)
<i>Juni 2004</i>		
J. Boonen	Kwaliteitsbeleid getoetst	040 - 2530831
D. Eyssen	Kwaliteitsbeleid binnen het Atrium Medisch Centrum	06 - 54677412
W. Holtermans	Kwaliteitsbeoordelingen verzorgingshuizen in nieuw perspectief	06 - 41124088
W. Keulers	Het patiëntendossier in de grensoverschrijdende zorgverlening: van grensoverschrijdende zorg naar samenwerking.	06 - 51663356
E. Neutkens	Een onderzoek naar de waardering door klanten van het transferpunt	040 - 2018729
S. Pickee	-	06 - 42171126
K. Verkerk	"Overige overwegingen" in evidence-based richtlijnenontwikkeling	010 - 5914672
<i>Juli 2004</i>		
R. Cuijpers	Samenwerken in netwerken (2): een analyse van de samenwerking binnen het netwerk palliatieve zorg regio Arnhem.	06 - 45200480
A. Don	Praktijkautomatisering bij de door CZ gecontracteerde huisartsen	06 - 42719180
J. van Gemert	Wachten op zorg	06 - 42232126
F. Lankhuizen	Doelmatig gebruik van cliëntgegevens in de transmurale Geestelijke Gezondheidszorg.	0341 - 561197
E. Leers	Poliklinisch zorgtraject Orthopedie; electieve primaire heup en knie vervangende chirurgie.	046 - 4426092
M. Lodewijks	Iedereen is anders	06 - 18337166
E. Miessen	Iedereen is anders	06 - 51049304
L. Rijkers	A tentative explanation of the mix of policy instruments in health care in selected countries; Policy instruments, an international ensemble.	06 - 42224995
M. van Velden	"Schoenmaker blijf bij je leest?" zorgverzekeraars en eigen instellingen	06-14526037
<i>Augustus 2004</i>		
Y. Cijssouw	Zelfsturende teams: gekkenwerk?	06 - 27034066
A. van Groenestijn	Prestatie-indicatoren in de tweedelijnszorg in Engeland, Canada en de Verenigde Staten.	06 - 45068073
D. de Groot	De organisatie van HIV-screening in Nederland.	06 - 41322771
J. Has	Vraaggestuurde zorg: de vraag gestuurd? Een exploratief onderzoek naar de percepties en behoeftes aangaande vraaggestuurde zorg in het verzorgingshuis vanuit cliënten- en zorgverlenerperspectief.	06 - 23450960
I. Hoogenstrijd	Zelfsturende teams bij Yunico JGZ.	0573 - 258896
J. Hulshof	De klachtenopvang binnen de koepel- en doelgroeporganisaties van het Huis voor de Zorg.	045 - 5222972
M. Kleinschiphorst	"Het zorgtraject doorlopen": Onderzoek naar de veranderingen in de capaciteitsplanning en -benutting op de doorstroom van patiënten in het ziekenhuis.	-
M. Kuijpers	De DBC: Een bescheiden begin.	06 - 18393660
C. Laugs	HKZ-certificatie in een GGZ-instelling	06 - 18135589
S. van Limbeek	Vraaggestuurde bekostiging en gehandicaptenzorg	0492 - 332899
M. Miséré	"Een vrijwillig, nationaal meldsysteem; medicijn tegen risico's in de zorg?"	06 - 48796132
M. Munnecom	Transmurale medicatieveiligheid met betrekking tot informatieoverdracht.	045 - 5312514
J. de Vries	Mensen met een verstandelijke beperking: normale burgers bijzondere ouders.	0517 - 395208
M. Werkhoven	"Bonus het juiste recept?" Effectevaluatie van een financiële binnen het project rationeel voorschrijven.	06 - 16064321

NIEUWE LEDEN

Naam	Functie	Telefoon (werk)
M. de Bruijn	Projectmedewerker kwaliteit Franciscus Ziekenhuis, Roosendaal	0165 - 588369
E. Castelijns	Adviseur (financiën/economie) Ministerie van VWS, Den Haag	06 - 25014811
I. van de Kimmenade	Secretaris/beleidsmedewerker, directie Scheper Ziekenhuis, Emmen	0591 - 691808
E. Verbruggen	Kwaliteitszorg ziekenhuis	06 - 41826075
M. Visser	Beleidsmedewerker concernstaf Ziekenhuis Bernhoven, Oss	0412 - 621041
W. Wibbens-Meijer	Secretaris Raad van Bestuur Máxima Medisch Centrum, Veldhoven	040 - 8889129

WIJZIGING FUNCTIE

Naam	Functie	Telefoon (werk)
M. van Gunst	Manager beleidsbureau Farmaceutisch Bureau Amsterdam, Amsterdam	020 - 6243079
O. Mensink-Nouws	Juridisch adviseur Bestuur Sint Maartenskliniek, Nijmegen	024 - 3659263
W. van Pruissen	Docent gezondheidszorg ROC Baronie College, Breda	076 - 5244500

ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier

Naam : _____ Voorletters : _____
 Studentnr. : _____

Betreft: Aanmelding Wijziging privé-adres Wijziging Functie

Vul onderstaande gegevens alléén in als deze gewijzigd of nog niet bij ons bekend zijn!!!

PERSONALIA

Naam : _____ Geboortedatum : _____
 Adres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ E-mail adres : _____
 Bank-/Gironr. : _____ Afstudeerjaar : _____

WIL ACTIEF ZIJN BINNEN DE ABBG

Ja : _____ Nee : _____

WERKGEGEVENS

Werkgever : _____
 Afdeling : _____
 Functie : _____
 Kerntaken : _____
 Postadres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ Faxnummer : _____
 E-mail adres : _____

Geef aan bij welke functie- en instellingscode u ingedeeld wenst te worden. Deze codes worden gebruikt bij de diverse sorteringen in het ledenboek.

FUNCTIECODE (Maximaal twee)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Ondernemer | <input type="radio"/> Marketing/commercieel | <input type="radio"/> Financiën/economisch |
| <input type="radio"/> Personeel en Organisatie | <input type="radio"/> Logistiek | <input type="radio"/> Kwaliteit |
| <input type="radio"/> Onderzoek | <input type="radio"/> Algemeen management | <input type="radio"/> Automatisering/Informatievoorz. |
| <input type="radio"/> Organisatie-advies | <input type="radio"/> Algemeen beleid | <input type="radio"/> Opleidingen |
| <input type="radio"/> Overig | | |

INSTELLINGSCODE (Maximaal één)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ziekenhuis | <input type="radio"/> Verpleeghuis | <input type="radio"/> Verzorgingshuis |
| <input type="radio"/> Thuiszorg/Kruiswerk | <input type="radio"/> Universiteit | <input type="radio"/> Verzekeraar |
| <input type="radio"/> Overheid | <input type="radio"/> Adviesbureau | <input type="radio"/> Maatschappelijk dienstverlener |
| <input type="radio"/> Onderzoeksorgaan | <input type="radio"/> Farmacie | <input type="radio"/> Eerstelijnszorg |
| <input type="radio"/> Gehandicaptenzorg | <input type="radio"/> Geestelijke gezondheidszorg | <input type="radio"/> Automatisering |
| <input type="radio"/> Overig | | |

Stuur het ingevulde formulier aan ABBG, Postbus 616, 6200 MD MAASTRICHT.
 (of vul dit formulier in op de website www.abbg.nl, onder lidmaatschap)

Handtekening : _____ Datum : _____