

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

Th. P.M. Schraven, adviseur/partner Governance University & Advisory

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

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

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

Corporate governance

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

aan meerdere belanghebbenden (stakeholders), voor zover deze daartoe een legitieme grond hebben. Ook de focus van verantwoording verbreedt zich; het beperkt zich niet meer alleen tot de financiële resultaten, maar richt zich ook op geleverde prestaties en op bijvoorbeeld milieueffecten.

Ten tweede heeft corporate governance zich verbreed naar andere maatschappelijke sectoren, zoals de gezondheidszorg. In 1999 heeft de commissie Health Care Governance¹, onder voorzitterschap van prof. dr. P.L. Meurs, dertig aanbevelingen uitgebracht voor gezondheidszorginstellingen. De aanbevelingen hebben in belangrijke mate betrekking op het functioneren van raden van toezicht van gezondheidszorginstellingen. Health care governance is een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert. Bij de uitwerking heeft de commissie de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

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

Wel is sedert 2005 in de Wet Toelating Zorginstellingen bepaald dat er binnen de bestuursstructuur van een toegelaten zorginstelling een toezichthoudend orgaan moet zijn dat onafhankelijk toezicht uitoefent op de raad van bestuur.

Ook de brancheorganisaties waar ook NVZ vereniging van ziekenhuizen toe behoort hebben de principes van health care governance verwerkt in de Zorgbrede Governancecode (2005). Deze is per 1 januari 2010 bijgesteld en aangescherpt, o.m. op het punt van toezicht op kwaliteit en veiligheid. Aangezien de code voor alle zorginstellingen geldt zijn geen specifieke bepalingen opgenomen over de positie van de medische staf. Wel is in de toelichting verwoord dat het medisch stafbestuur, net als de ondernemingsraad en cliëntenraad, een formeel adviesorgaan is van de raad van bestuur. Het zijn geen adviesorganen van de raad van toezicht. In die zin is er geen relatie tussen deze organen en de raad van toezicht. Wel is het gebruikelijk dat bij de goedkeuring van bestuursbesluiten door de raad van toezicht, laatstgenoemde geïnformeerd wordt over de adviezen aan de raad van bestuur met als doel om te checken of het besluit van de raad van bestuur voldoende steun geniet. Dit betekent dat in de huidige verhoudingen in de regel niet meer van een toezichthouder verwacht kan worden dat deze het contact met het stafbestuur of met een medisch specialist actief opzoekt. Andersom zal het zo zijn dat als het stafbestuur contact zoekt met de raad van toezicht deze doorgaans zal terugverwijzen naar de raad van bestuur.

In het kader van een gezond systeem van *checks and balances* is er, als het goed is, minstens één of twee maal per jaar een onderhoud van de raad van bestuur, medisch stafbestuur en delegatie van de raad van toezicht over de algemene gang van zaken in het ziekenhuis en uiteraard in het bijzonder over de ontwikkeling van het medisch profiel en over kwaliteit en veiligheid.

In het voorbeelddocument Medische Staf van OMS en NVZ is in artikel 2.4 bepaald dat “het contact van de medische staf met de raad van toezicht van de stichting verloopt door tussenkomst van het bestuur, tenzij dringende redenen rechtvaardigen dat het bestuur van de medische staf zich recht-

streekt tot de raad van toezicht wendt, in welk geval het bestuur van de medische staf daarvan met opgave van redenen tevoren mededeling doet aan het bestuur.”

Overigens heeft de Orde van Medisch Specialisten in zijn recente Kwaliteitskader van Medisch Specialisten (2010) vastgelegd dat het stafbestuur periodiek de raad van toezicht informeert over de kwaliteit en veiligheid van zorg.²

Overigens mag van een raad van toezicht ook verwacht worden dat die zich via interne werkbezoeken direct op de hoogte stelt van de werkwijze van de patiëntenzorg. Het toezicht op de veiligheid en kwaliteit van zorg wordt in toenemende mate door de raad van toezicht gelegd bij een commissie kwaliteit en veiligheid. Uiteraard blijft de raad van toezicht integraal verantwoordelijk.

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

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

Clinical Governance

Hoewel er onderlinge parallellen en verbanden zijn, dient corporate governance (health care governance) niet verward te worden met clinical governance.

Het systeem van clinical governance is in de jaren negentig in het Verenigd Koninkrijk ontstaan bij de NHS en moet gezien worden als een nieuwe fase in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de zorg. Onder clinical governance wordt verstaan: *A system through which organisations are accountable for continu-*

ous improvement in the quality of their services and safeguarding high standards of care and creating an environment in which clinical excellence can flourish (The new NHS White Paper, DoH, 1997).

Daar waar het concept van corporate governance aanvankelijk ontstaan is naar aanleiding van enkele schandalen in het bedrijfsleven, zo is ook bij de Britse regering en de NHS de ontwikkeling van clinical governance in een stroomversnelling gekomen naar aanleiding van enkele publieke schandalen over de kwaliteit van de klinische zorg. In Nederland kan verwezen worden naar het Radboudziekenhuis (cardiochirurgie); IJsselmeerziekenhuizen (patiëntveiligheid OK-complex), Medisch Spectrum Twente (disfunctionerende neuroloog) en recentelijk het Maasstad Ziekenhuis (resistente ziekenhuisbacterie).

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

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

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

Hier ligt dus het eerste verband met corporate governance, te weten verantwoording aan diegenen die daartoe een legitiem recht hebben. Een tweede

verband is dat corporate governance en clinical governance niet meer gezien kunnen worden als ‘iets extra’s’ waarbij de instelling en de professionals naar believen kunnen kiezen of deze in het beleid geïncorporeerd wordt. Het is een maatschappelijke plicht geworden, met een dreiging van overheidsregulering op de achtergrond: *Quality is a prevailing purpose rather than a desirable accessory.* (Secretary of State for Health UK, 1997.)

In Nederland is vanaf 2009 het thema governance, kwaliteit en veiligheid prominent in de aandacht gekomen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft hierover advies uitgebracht in zijn rapport ‘Governance en Kwaliteit van Zorg’, later aangevuld met het briefadvies ‘Relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van kwaliteit van zorg’. De Algemene Rekenkamer heeft de Kwaliteitswet Zorginstellingen geëvalueerd.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft zijn visie verwoord in het rapport over de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2009, *De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid*. Deze visie is anno 2011 uitgewerkt in het IGZ-Toezichtkader voor de invulling van bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid³. Tot slot heeft de Orde van Medisch Specialisten in 2010 het eerder genoemde ‘Kwaliteitskader voor medisch specialisten en raden van bestuur’ uitgegeven.

Deze rapporten gaan in op de relaties tussen kwaliteit van governance en kwaliteit van zorg. Zoals de Commissie-Meurs al tien jaar eerder stelde: Goede zorg vereist goed bestuur en goed toezicht en goede zorg is verantwoorde zorg.

In het bijzonder wordt ingegaan op de beleidsmatige en organisatorische mogelijkheden voor bestuurders, professionals en toezichthouders om kwaliteit van zorg beter te borgen en te garanderen. Aan de overheid worden adviezen gegeven om de wettelijke condities daarvoor te creëren, in het bijzonder met betrekking tot de juridische relatie en verantwoording tussen medisch specialisten en raad van bestuur.

Corporate governance en clinical governance ontmoeten elkaar met name wanneer het gaat om risicomanagement en risicobeheersing. Het gaat daar-

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

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

Het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

De ontwikkeling van de organisatie van het ziekenhuis als een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB) kent een lange geschiedenis.

Belangrijke ankerpunten waren de Commissie-Biesheuvel (Modernisering Curatieve Zorg 1994) en de Commissie-Van Montfort (Medisch Specialist en Ziekenhuisorganisatie; managementparticipatie van medisch specialisten, 1995).

Grofweg kan de ontwikkeling van de positie van de medisch specialist in relatie tot het ziekenhuis geschetst worden als een ontwikkeling van co-existentie naar samenspraak en vervolgens integratie (zie figuur 1).

In ieder geval kan geconstateerd worden dat 'het ziekenhuis' en 'de medisch specialist' anno 2011

organisatorisch steeds meer tot elkaar en tot een verdere integratie⁴ veroordeeld zijn. Door het veranderende bekostigingssysteem (dbc's), de marktwerking en toenemende co-morbiditeit neemt de wederzijdse afhankelijkheid op het gebied van kwaliteit van zorg, volume (productie) en kosten/batenverhoudingen toe. Dit is ook zichtbaar in de ontwikkeling van Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's), waarbij de medische vakgroep én de ziekenhuisunit onder leiding van een medisch specialist en een manager bedrijfsvoering integraal verantwoordelijk zijn voor kwaliteit, productie, personeel en financiën.

De integratietendens zal worden versterkt door eerdergenoemde regeringsadviezen (RVZ, Governance en kwaliteit van zorg, 2009) en het beleid van het kabinet over de honorering van de medisch specialisten en de beheersing en budgettering van het ziekenhuis- en het medisch-specialistisch budget⁵.

Volgens dat beheersmodel wordt het beschikbare budget voor medisch specialisten verdeeld via de raad van bestuur. Tachtig procent wordt direct doorgeschoven naar het collectief medisch specialisten dat dit onderling verdeelt. Over de twintig procent worden nadere afspraken gemaakt tussen raad van bestuur en medisch specialisten.

De verdere organisatorische én wettelijke integratie komt steeds meer op gespannen voet te staan met het hybride karakter van het huidige ziekenhuissysteem: de vrijgevestigde medisch specialist die wordt vastgeketend. Kun je tegelijkertijd vrij én ondergeschikt zijn?

Figuur 1
Ontwikkeling van het medisch specialisme in het ziekenhuis

	Coëxistentie →	Samenspraak →	Integratie
Strategiebepaling	impliciet	afstemming	gezamenlijk
Ziekenhuisstructuur	eilanden-structuur	kanteling	centra
Medische staf	belangenbehartiging	bestuurlijk orgaan	platform
Maatschap	economische eenheid	vakgroep	basis van specialisme
Medisch specialist	solistisch	betrokken	geïntegreerd

Van klinisch eigenaarschap naar (ook) juridisch eigenaarschap?

Door de geschetste ontwikkelingen integreert de medisch specialist steeds meer in het ziekenhuis én wordt hij er steeds meer (ondergeschikt) aan vastgeketend. Nu deze ontwikkeling zich voordoet, is het dan niet tijd om echt het eigenaarschap van het ziekenhuis op zich te nemen in plaats van aan de zijlijn te blijven staan? Die zijlijn is ook voor het bestuur een lastige positie: de medisch specialisten stappen ten opzichte van de organisatie 'in en uit' wanneer het hen uitkomt ('de hinder- en weigermacht'). Waarom de informele machtspositie van de medische staf - die steeds meer wringt met de veranderende formele posities - niet ook formeel verankeren en de medisch specialist ook echt (mede) verantwoordelijk maken van het ziekenhuis⁶? Maak van de weigermacht dan maar eigenaarsmacht.

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

Ten tweede het vraagstuk van de externe kapitaalverschaffing. Het is politiek een gevoelige kwestie. In de ministeriële tijdperken van Hoogervorst, Klink en Schippers is daarin een wisselend beleid gevoerd. De opening die Hoogervorst gaf om het verbod op winstuitkering vanaf 2012 af te schaffen, is aanvankelijk door Klink overgenomen, daarna onder politieke druk ingetrokken. Nu biedt Schippers weer openingen. Het lijkt een kwestie van tijd dat 'de winstklem' op ziekenhuizen wordt opgeheven. Dan is de weg vrij om externe kapitaalverschaffers aan te trekken door het uitgeven van aandelen en mede(eigenaarschap) aan externe partijen. Er zijn al voorbeelden in de praktijk (Slotervaartziekenhuis en IJsselmeerziekenhuizen), maar dit zijn zeer specifieke gevallen omdat beide ten tijde van de overname door een externe partij 'op omvallen' stonden.

Los van de vraag of 'extern' eigenaarschap mogelijk wordt, is er altijd een vorm van intern eigenaarschap zoals we bij andere hoogprofessionele organisaties zien (advocaten- en advieskantoren). Het is zelfs de verwachting dat indien externe kapitaalverschaffers toetreden, zij als voorwaarde zullen stellen dat ook medisch specialisten als mede-eigenaar toetreden.

Uiteraard wordt met eigenaarschap van het ziekenhuis door medisch specialisten niet de pretentie gewekt dat alle complexe besturingsvragen in het ziekenhuis in één keer worden opgelost, maar het doet wel (juridisch) recht aan enkele wenselijke bestuurlijke en organisatorische tendensen:

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

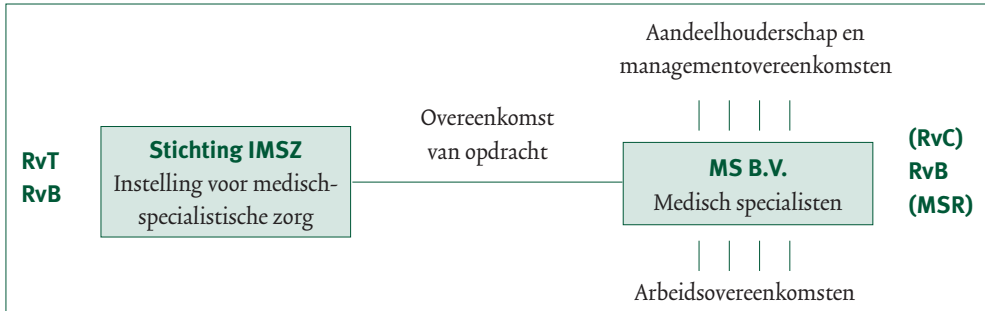
Als tussenstap of opmaat naar zo'n juridisch eigenaarschap kan gedacht worden aan een volledig geïntegreerde stafmaatschap van vrijgevestigde specialisten zoals deze in het Bronovo Ziekenhuis en het Deventer Ziekenhuis al functioneren⁷. Zo'n tussenstap is ook het antwoord op het beheersmodel van VWS voor de verdeling van het collectieve medisch-specialistisch budget onder de medisch specialisten.

Vertaling naar een juridische structuur

Tot slot worden enkele modellen gepresenteerd om het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf met eigenaarschap van medisch specialisten van het ziekenhuis te vertalen naar een juridische structuur. Het zijn juridische ontwikkelmodellen die samen met Van Doorne advocaten zijn ontwikkeld.

Schema 1

Model voor GMSB nieuwe stijl

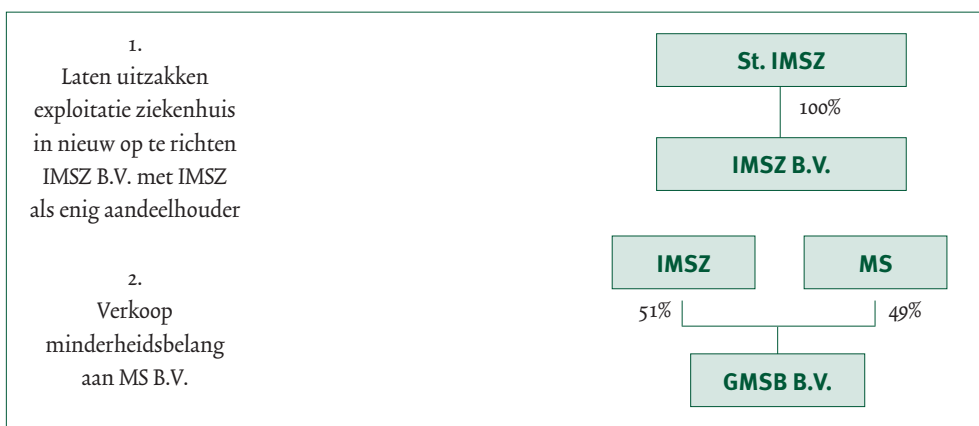


Stichting IMSZ ('IMSZ') is een toegelaten instelling voor medisch-specialistische zorg. Een 'algemeen ziekenhuis' naar oud recht. IMSZ heeft een medewerkersovereenkomst met de (meeste) zorgverzekeraars tot het leveren van zorg (in natura en op restitutiebasis) aan hun verzekerden. Het model kan ook met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

Medische Staf B.V. ('MS') heeft een overeenkomst van opdracht voor onbepaalde tijd met IMSZ op grond waarvan zij zich heeft verbonden alle patiënten die zich tot het ziekenhuis wenden op het gebied van welk specialisme ook te behandelen, voor een met IMSZ van jaar tot jaar overeen te komen prijs per (groep van) dbc('s)/product(en). De MS B.V. zou ook een coöperatie kunnen zijn. Aan de MS zijn op twee manieren medisch specialisten verbonden: als aandeelhouder of als werknemer. Beide categorieën zijn jegens MS verplicht de werkzaamheden op het gebied van hun specialisme voor patiënten van IMSZ te verrichten. De aandeelhouders op grond van een managementovereenkomst (toelatingsovereenkomst); de werknemers op grond van een arbeidsovereenkomst. Op welke wijze een medisch specialist verbonden is, is niet afhankelijk van het specialisme, maar van het ondernemerschap van de betrokken specialist en/of andere functionele criteria.

Schema 2

Vervolgstappen naar volledig GMSB, optie 1a

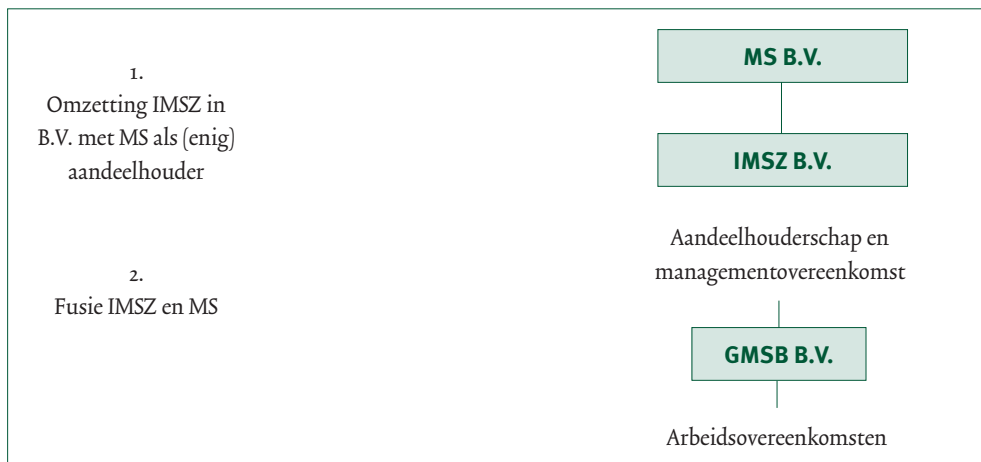


De raad van bestuur (RvB) van IMSZ wordt benoemd door de raad van toezicht. Desgewenst maakt daarvan een medisch specialist van MS deel uit.

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

Schema 3

Vervolgstappen naar volledig GMSB, optie 1b



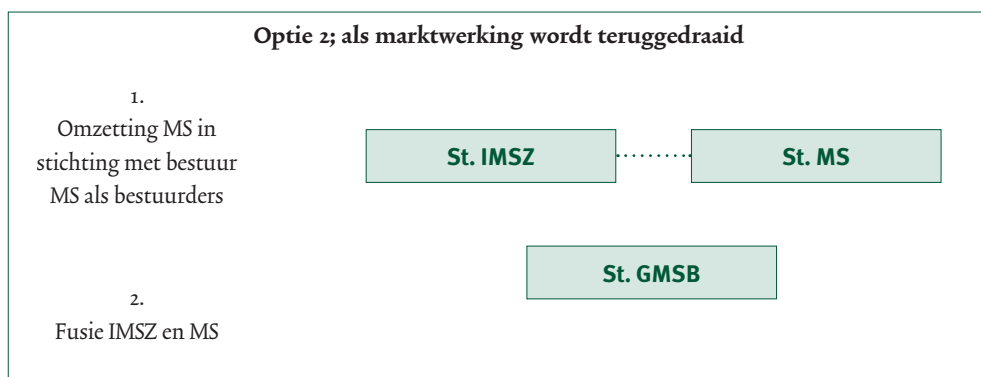
De RvB van MS wordt benoemd door de AvA of de RvC. Als een RvC is ingesteld oefent deze het toezicht uit op de RvB; bij gebreke van een RvC doet de AvA dit.

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

De aandeelhouders worden – indien de resultaten van MS dit mogelijk maken – voor hun ondernemersinspanningen aanvullend beloond door middel van uitkering van dividend. In het model kan al dan niet gekozen worden voor goodwillgerechtigd van aandeelhouders van MS. Voor aandeelhouders en werknemers met ‘oude’ goodwillaanspraken is een overgangsregeling van kracht.

Schema 4

Vervolgstappen naar volledig GMSB, optie 2



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

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

Noten

- 1 Commissie Health Care Governance ('Commissie-Meurs'), Health Care Governance, aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg, Soesterberg 2001 (derde druk), ISBN 90-9013245-7
- 2 Orde van Medisch Specialisten in 2010 het 'Kwaliteitskader van medisch specialisten, richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur' Utrecht, juni 2010
- 3 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 'Governance en Kwaliteit van Zorg', Den Haag, maart 2009 en briefadvies 'Relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van kwaliteit van zorg', maart 2010. Algemene Rekenkamer, Implementatie Kwaliteitswet Zorginstellingen geëvalueerd. Juni 2009 De Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2009 'De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid'. Den Haag november 2009
- 4 De Inspectie voor de Gezondheidszorg, Toezichtkader voor de invulling van bestuurlijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor kwaliteit en veiligheid, april 2011.
- 4 Uitzondering betreffen specialismen die door de aard van hun specialisme in sterke mate 'stand alone' kunnen functioneren (bijv. dermatologie of oogheelkunde). Daarbij ontstaat eerder door het dbc-systeem mogelijkheid om zich los te maken van het ziekenhuis.
- 5 Brieven van minister van VWS aan Tweede Kamer over het beheersmodel medisch-specialistische zorg, in voorjaar 2010, en Brief minister van VWS aan Tweede Kamer dd 14 maart 2011 'Zorg die loont'.
- 6 Als eersten publiceerden hierover P.P.G. van Benthem en J.Th.M.F. Beijer in Medisch Contact 60, nr. 19, 13 mei 2005 'Als de medische staf het ziekenhuis overneemt'.
- 7 Joost Visser, 'Alle maten verzamelen', Medisch Contact, 10 juni 2010, nr. 23.