

We hebben met veel interesse het goed uitgewerkte stuk van Zorgnet-Icuro (ZNI) gelezen.

Op basis van onze nota formuleren we hier onze voornaamste opmerkingen.

1. Algemene beschouwingen

1. Pariteit van besturen is voor ons good governance.

- We lezen dat *volledige pariteit van de raad van bestuur (met helft van de bestuurders aangeduid door ziekenhuisartsen) niet aanvaardbaar is.*

Voor ons is pariteit het kernelement van de vernieuwde ziekenhuis governance. De financiering van de ziekenhuizen gebeurt hoofzakelijk door de overheid, enerzijds via artsenhonoraria en anderzijds via BFM. Samen (= door vertegenwoordigers van artsen enerzijds en vertegenwoordigers van de inrichtende macht anderzijds) het beleid bepalen en het beheer opnemen is voor ons het succesmodel van de toekomst. Immers, het zijn vooral de beheerders die aansturen om af te stappen van de afdrachten-discussies. Voor ons is deze stap perfect verteerbaar, maar dan moet dit kaderen in een paritair ziekenhuisbeheer. We lezen in het voorstel nergens inhoudelijke argumenten waarom pariteit van bestuur niet zou kunnen.

- We lezen dat *pariteit disproportioneel zou zijn*: Voor ons is pariteit net proportioneel.

- We lezen dat *pariteit zou indruisen tegen de regels van good governance*: Voor ons is dit net good governance.

- We lezen dat *artsen geen bestuurder kunnen zijn in het ziekenhuis waar ze klinisch werkzaam zijn.*

Ons voorstel stelt ook dat er scheiding moet zijn tussen bestuurders vertegenwoordigers van de artsen enerzijds en artsen zetelend in de Medische Raad anderzijds. Dat de vertegenwoordigers van de artsen in de raad van bestuur niet in het ziekenhuis werkzaam mogen zijn kunnen we dus bijtreden, maar dan moet er ook een ethische code komen voor ALLE bestuurders waarvan er nu zetelen in meerdere raden van bestuur. Er is trouwens geen reden om aan te nemen dat bestuurders aangeduid door de inrichtende macht onafhankelijker zouden zijn dan deze aangeduid door de medische raad. Voor beide groepen gelden de zelfde deontologische principes.

- Verder lezen we meerdere juridische bezwaren die zouden verankerd zitten in de huidige ziekenhuiswet. Het doel van deze oefening is net ook om een nieuw juridisch kader te creëren waardoor deze bezwaren juridisch worden weggewerkt.

2. Financieel medebeheer is voor ons essentieel.

We gaan in een vernieuwd model van governance weg van de afdrachtendiscussies op de artsenhonoraria. De artsenhonoraria worden opgesplitst in enerzijds intellectuele honoraria en anderzijds kostendekkende honoraria. De intellectuele honoraria vallen buiten het financiële medebeheer en komen de artsen toe. De kostendekkende honoraria worden in medebeheer opgenomen door de betrokken artsen en het bestuur van het ziekenhuis. De indirecte kosten worden opgenomen op niveau medische raad, de directe kosten op niveau van het diensthoofd. **De algemene ziekenhuisbegroting wordt opgemaakt door het directiecomité en goedgekeurd en gecontroleerd door de raad van bestuur.**

3. Transparantie als sluitstuk

De grote blinde vlek in de meeste ziekenhuizen is momenteel wat er met de afdrachten gebeurt. De herziening van artikel 155 paragraaf 3 van de Ziekenhuiswet moet hier opheldering brengen en vervolgens volledig worden ingekanteld in een vernieuwde governance-structuur.

4. Pure 'intellectuele' honoraria zijn voor ons pure honoraria.

Dit betekent dat van discussies over bijkomende afdrachten hierop geen sprake kan zijn. Anders vervalt de volledige oefening om tot een nieuwe en meer transparante ziekenhuisfinanciering te komen.

2. Specifieke commentaren op het voorstel ZNI

Hierna worden de krachtlijnen toegelicht van een alternatief voorstel voor modernisering van het ziekenhuisbestuur en – beleid, waarbij rekening gehouden wordt met de terechte vraag van de artsen om betrokken te worden en de noodzaak aan medische expertise in het bestuursorgaan.

‘Betrokken worden’ is voor ons onvoldoende. We vragen co-governance.

Dit voorstel is hoofdzakelijk ontwikkeld voor algemene ziekenhuizen. Verfijning voor specifieke instellingen zoals psychiatrische ziekenhuizen, zal evident nodig zijn. Ook voor Universitaire Ziekenhuizen zal rekening moeten gehouden worden met hun specifieke opdracht en structuur.

Zeker akkoord. We denken trouwens dat ook een sereen debat nodig is over de plaats en rol van de universitaire ziekenhuizen in het zorglandschap, in het bijzonder over hun plaats in de ziekenhuisnetwerken zoals ze nu zijn uitgetekend.

1.1. De samenstelling van de bestuursorganen

Bij de samenstelling van de bestuursorganen van ziekenhuizen moet gestreefd worden naar een professionele en diverse samenstelling, met een gepaste combinatie van de noodzakelijke expertise.

Inzake diversiteit moet gestreefd worden naar een evenwichtige samenstelling op het gebied van gender, leeftijd en ervaring.

Inzake expertise moet gestreefd worden naar een passende combinatie van expertise, waarbij het o.m. noodzakelijk zal zijn om bestuurders te betrekken met kennis en ervaring inzake:

- Medisch beleid
- Organisatie van de gezondheidszorg
- Financiële analyse en beleid
- Personeelsbeleid
-

Akkoord.

1.2. Versterken en intensifiëren van permanent operationeel overleg

De betrokkenheid van artsen bij het beleid en bestuur van een ziekenhuis moet niet enkel gerealiseerd worden via een positie in de bestuursorganen.

Het is belangrijk om een intens en frequent operationeel overleg te organiseren, waarvoor in vele ziekenhuizen reeds vrijwillig goed werkende formules zijn ontwikkeld.

Een regelmatig overleg tussen de algemeen directeur, de hoofdarts, een delegatie van de artsen-diensthouders en een delegatie van de medische raad, met betrokkenheid van de leiding van het verpleegkundig departement, is sterk aangewezen.

In de precieze invulling inzake samenstelling, frequentie en bevoegdheden is het aangewezen dat een gepaste autonomie gelaten wordt aan de ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen hier eventueel ook een delegatie van het bestuursorgaan bij betrekken, hoewel dit de scheiding tussen operationeel management en bestuur kan doorkruisen.

We zijn hiermee akkoord, maar veel van dit permanent overleg bestaat al in heel wat ziekenhuizen. Co-governance in een context waarin de afdrachten verdwijnen betekent samen besturen in pariteit, waarbij de artsen deel gaan uitmaken van het bestuur en niet tevreden moeten zijn als ze mee aan tafel mogen zitten.

1.3. Versterken en professionaliseren van de hoofddarts en de diensthoofden

De hoofddarts en de artsen-diensthoofden spelen een essentiële rol in de goede werking van het ziekenhuis en in de verankering van de noodzakelijke medische expertise in bestuur en operationeel beleid.

De regelgeving over de bevoegdheden van de hoofddarts dient gemoderniseerd en verduidelijkt te worden, en de hoofddarts moet de instrumenten krijgen om zijn of haar opdracht ook volwaardig uit te voeren. Zorgnet-Icuro startte hiervoor reeds het nodige studiewerk via de ondersteuning van een leerstoel bij AHLEC. Een aantal punctuele voorstellen kunnen vervroegd uitgewerkt worden.

We zijn volledig akkoord dat de rol van hoofddarts moet gedefinieerd worden. Voor ons houdt dit een gelijkwaardige verloning als de CEO in, gekoppeld aan een operationele co-governance tussen hoofddarts en CEO.

Ook de rol van artsen-diensthoofden en het medisch kader is essentieel. Naast een verbetering van de regelgeving is ook een passende vergoeding noodzakelijk, waarbij niet kan verwacht worden dat artsen-diensthoofden betaald worden via de inhoudingen op de honoraria van hun collega's.

We denken dat diensthoofden wel kunnen betaald worden door de dienst zelf én deels nog een klinische activiteit kunnen vervullen.

In het BFM moeten de nodige extra middelen voorzien worden voor een passende vergoeding van de hoofddarts en het kader van diensthoofden. Op een professionele wijze instaan voor het operationeel beleid van het ziekenhuis en bijdragen tot de ontwikkeling van de strategie, vraagt onvermijdelijk tijd die apart (los van de medische prestaties) moet worden vergoed.

We denken dat de verloning van de hoofddarts uit de algemene middelen van de ziekenhuizen moet komen (idem als CEO, via BFM) én dat de verloning van de diensthoofden uit de honoraria van de desbetreffende diensten kan komen (dus niet BFM).

1.4. Paritaire samenstelling van interne adviescommissies

In vele ziekenhuizen zijn interne adviescommissies of – comités opgericht waarbij de artsen intens betrokken wordt bij de voorbereiding en uitvoering van het beleid.

Het gaat om commissies met bevoegdheden inzake:

- Medische investeringen
- Innovatie
- Zorgstrategie
- Kwaliteit
-

Het is gepast om te voorzien in een paritaire samenstelling van deze commissies, waarbij artsen kunnen gedelegeerd worden uit het medisch kader (hoofddarts en artsen-diensthooft) en de medische raad.

Akkoord.

Maar wederom: Evolutie richting co-governance impliceert meer dan tevreden mogen zijn dat artsen in comités zetelen. Artsen worden in onze visie mede-bestuurders, dus opsplitsing beheer / artsen vervalt in deze nieuwe constellatie.

Voor investeringen in medische infrastructuur die thans nog gefinancierd worden via afdrachten op honoraria, kan na de vooropgestelde herziening van de financiering (en integratie in het ziekenhuisbudget) gewerkt worden aan een formule van een paritair beheerd **fonds**, waarbij in gezamenlijk overleg tussen de directie, hoofddarts en artsen-diensthooft en een delegatie van de medische raad beslist wordt over de noodzakelijke investeringen in apparatuur en technologie.

Integratie in het ziekenhuisbudget is voor ons onbespreekbaar. Het betreft hier een honorariummassa - die nu ook al dient om het ziekenhuis operationeel te runnen - die verschoven wordt en dus onder strikt co-beheer van artsen en co-beheerders moet komen. Dus we hebben BFM, pure intellectuele honoraria en kostendekkende honoraria (deze laatste opgesplitst in honoraria voor directe en indirecte kosten en paritair beheerd buiten het ziekenhuisbudget, vanuit de artsen door respectievelijk diensthooft en medische raad).

1.5. Positie van artsen in het bestuursorgaan

Het betrekken van medische expertise en ervaring in het bestuursorgaan is onontbeerlijk.

Herhaling: co-governance is niet mee praten, maar mee besturen.

De vertegenwoordiging in het bestuursorgaan van artsen die werkzaam zijn in het eigen ziekenhuis, is delicaat en kan tot belangenconflicten en gebrek aan onafhankelijkheid leiden. Daarom kan dit enkel gebeuren via externe bestuurders die voorgedragen kunnen worden door de artsen (via de medische raad of een vereniging van ziekenhuisartsen). Wij menen dat dit slechts wettelijk kan verplicht worden tot beloop van een vijfde van het aantal mandaten in het bestuursorgaan.

Akkoord met deontologische principes, niet met ratio: we vragen co-governance, dus 50%/50% verhouding.

Dit sluit niet uit dat artsen van het eigen ziekenhuis als waarnemer kunnen deelnemen aan de vergaderingen. Dit sluit ook niet uit dat ziekenhuizen vrijwillig een ruimere vertegenwoordiging voorzien of vrijwillig wel aanvaarden dat artsen die werkzaam zijn in het eigen ziekenhuis, als stemgerechtigd bestuurder worden voorgedragen.

We gaan akkoord dat bepaalde ziekenhuizen kiezen om artsen die werkzaam zijn in het eigen ziekenhuis uit te nodigen, doch niet met stemrecht. Dit om belangenvermenging te vermijden.

Ook met het specifiek statuut van Universitaire Ziekenhuizen moet rekening gehouden worden (gelet op de voorgeschreven vertegenwoordiging van (gesalarieerde) artsen) en het bijzonder stelsel van *pooling* van middelen).

Akkoord. Zie ook supra. Al blijft voor ons ook in de universitaire ziekenhuizen het principe van co-governance gelden met een 50%/50% vertegenwoordiging.

Ook voor psychiatrische ziekenhuizen en instellingen met een beperkt aantal artsen moeten aangepaste formules voorzien worden.

Idem, ook hier moet het principe van co-governance gelden met een 50%/50% vertegenwoordiging.

1.6. Meer stakeholders betrekken

Naast de ziekenhuisartsen is het essentieel dat alle andere medewerkers betrokken worden bij beleid en bestuur van het ziekenhuis, en dat maximaal rekening gehouden wordt met de patiënten en alle andere stakeholders.

Een vertegenwoordiging in het bestuursorgaan is daarvoor vaak niet het gepaste instrument en beantwoordt ook niet aan de vraag naar concrete betrokkenheid.

In de hervorming van de ziekenhuisorganisatie is het noodzakelijk om een plaats te geven aan breed stakeholdersoverleg (waarbij ook andere gezondheidszorginstellingen, zorggraden, huisartsen en andere ambulante zorgverstrekkers een rol moeten kunnen spelen).

Met respect voor de bevoegdheden van ondernemingsraad en syndicale delegatie en zonder te complexe structuren te creëren kan het gepast zijn om een adviesraad van de diverse zorgverstrekkers te onderzoeken.

Voor de betrokkenheid van patiënten is het aangewezen om te werken aan de ontwikkeling van organen zoals een zorgraad of een patiëntenraad.

Daar zijn we het dan over eens, deze belangrijke stakeholders zijn volgens ons reeds voldoende betrokken en/of vertegenwoordigd, rechtstreeks of onrechtstreeks in de bestuursorganen.

Het maakt ook de plaats van de artsen als een bijzondere groep duidelijk en is dus een argument pro een 50%/50% verhouding in RvB