



Governancemodel voor de ziekenhuizen

Visie van de Vlaamse Vereniging voor Hoofddartsen & Zorgnet-Icuro



Contactpersonen:

Margot Cloet en dr. Katrien Bervoets

2025©Zorgnet-Icuro vzw

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be

Governancemodel voor de ziekenhuizen

Visie van de Vlaamse Vereniging
voor Hoofddartsen & Zorgnet-Icuro

INHOUD

INLEIDING.....	5
BASISPRINCIPES	6
BELEIDSORGANEN.....	7
1. DE ALGEMENE VERGADERING	8
2. HET BESTUURSORGAAN	8
3. HET DIRECTIECOMITÉ	11
ADVISEREND ORGAAN: MEDISCHE RAAD	13
1. ALGEMEEN.....	13
2. PARTICIPATIE AAN HET MEDISCH BELEID	13
3. PARTICIPATIE AAN HET ALGEMEEN BELEID.....	13
4. POSITIE MEDISCHE RAAD: PROFESSIONELE BELANGENBEHARTIGING.....	14
5. SAMENSTELLING.....	14
6. BEVOEGDHEDEN	14
ORGANISATIE VAN HET MEDISCH DEPARTEMENT	15
1. HOOFDARTS.....	15
2. RAAD VAN ARTSEN-DIENSTHOOFDEN	16
3. MEDISCH COMITÉ	17

INLEIDING

Ziekenhuizen hebben een belangrijke maatschappelijke opdracht, een complexe organisatiestructuur en ontvangen heel wat publieke middelen. Een professionele “good governance” is daarom essentieel voor een verantwoorde werking van een ziekenhuis.

Corporate governance of deugdelijk bestuur omvat **structuren en processen** die ervoor zorgen dat de onderneming op een goede en transparante manier wordt bestuurd, geleid en gecontroleerd. Hierbij staat de **wisselwerking** centraal tussen de aandeelhouders, het bestuur, het management, andere stakeholders van de onderneming en de samenleving als geheel (Code Buyse IV).

Co-governance betekent dat de geëngageerde partijen met een gelijke verdeling van rechten en plichten (inspraak en verantwoordelijkheid) in samenspraak eenzelfde maatschappelijk doel nastreven.

De overheid bevestigt in het regeerakkoord 2025-2029 het ambitieuze plan om het **ziekenhuislandschap** grondig te hervormen, zowel de financiering als de organisatie van de ziekenhuizen. Het is logisch dat er een aanpassing van de governance-structuur zal volgen.

Momenteel worden concrete stappen gezet naar een nieuw **financieringsmodel** voor ziekenhuizen. Dit model voorziet in een opsplitsing van het artsenhonorarium in een intellectueel deel en een kostendekkend deel. Dat laatste zal rechtstreeks toekomen aan de ziekenhuizen en zou de afdrachtenregeling die nu onderhandeld wordt tussen het ziekenhuisbeheer en de medische raad, vervangen. Zorgnet-Icuro en de Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen willen samen met deze financiële hervorming de rol van de artsen in een co-governance-model van het ziekenhuis verankeren. Artsen nemen immers nu al een significante rol op in het ziekenhuis, zowel zorginhoudelijk als financieel.

Het **co-governance-model** moet rekening houden met de verschillen tussen ziekenhuizen. We denken hierbij aan historische verschillen, de verschillen tussen algemene (universitaire), psychiatrische en revalidatieziekenhuizen, het feit dat er publieke, private en gemengde voorzieningen zijn, en dat er ruimte moet zijn voor een governance die aansluit bij de cultuur van het ziekenhuis. Om het met een boutade te zeggen: *one size does NOT fit all*. De aangepaste wetgeving mag geen strikt keurslijf opleggen maar moet erop gericht zijn om de noodzakelijke en algemene basisstructuur met bijhorende rollen helder te stellen.

In deze nota doen de Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen en Zorgnet-Icuro een voorstel voor governance op het niveau van het ziekenhuis; niet voor een governance-structuur op een hoger niveau van geïntegreerde zorg.

BASISPRINCIPES

De aanpassing van de governance-structuur van ziekenhuizen moet rekening houden met de bepalingen vastgelegd in het Wetboek Vennootschappen en Verenigingen (WVV), het decreet lokaal bestuur (DLB) en het specifieke statuut van de universitaire ziekenhuizen. Aanpassingen in de ziekenhuiswet (ZHW) zijn hieraan complementair. De Vlaamse ziekenhuizen opteren ervoor om de wettelijke wijzigingen minimaal te houden en te beperken tot de ziekenhuiswet. Het spreekt voor zich dat er geen aanpassingen worden voorgesteld aan het WVV noch aan het DLB. Een toetsing van de voorgestelde wijzigingen aan de ziekenhuiswet ten opzichte van het DLB toont geen conflicten (DLB titel 1, hfdst.2&3 en titel 4, hfdst.1&2). Aanvullend worden bijkomende adviezen over bestuur opgesomd. Die kunnen verwerkt worden in een door de sector gedragen charter of code.

Het advies bevat enerzijds voorstellen tot aanpassing van de ziekenhuiswet en anderzijds aanbevelingen over deugdelijk en hedendaags ziekenhuisbestuur, onderschreven door de sector en aanvullend op de wetgeving. Met deze combinatie geven we uitvoering aan het principe *one size does not fit all* zodat de eigenheden van elk ziekenhuis een plaats kunnen krijgen.

In deze nota bespreken we de volgende 5 governance-organen in het ziekenhuis:

- **de algemene vergadering**
- **het bestuursorgaan (BO), of raad van bestuur (RvB)**
- **het directiecomité (DC), onder leiding van de algemeen directeur (AD)**
algemeen directeur (AD) of Chief Executive Officer (CEO) of afgevaardigd bestuurder (AB)
- **de medische raad (MR)**
- **de raad artsen diensthoofden (RAD) en het medisch comité (MC)**
onder leiding van de hoofdarts (HA)
hoofdarts (HA) of Chief Medical Officer (CMO) of medisch directeur

De veranderingen in de governance zullen een overgangstermijn vereisen. Voor de wettelijke aanpassingen zal de betrokken wetgeving dit voorzien. Voor de overige advieselementen kunnen scharniermomenten zoals een herziening van de samenstelling van het BO gebruikt worden.

De veranderingen in de ziekenhuisgovernance zijn gekoppeld aan andere lopende dossiers zoals de herziening van de ziekenhuisfinanciering, meer specifiek de nomenclatuurhervorming, en ook de erkenningen in cascade (van ziekenhuizen). Er moet dan ook worden gewaakt over een onderling adequate timing van implementatie.

BELEIDSORGANEN

Ziekenhuizen zijn geëvolueerd tot complexere ondernemingen, met heel specifieke uitdagingen op het vlak van governance. Zo is er de financiering die overwegend met overheidsmiddelen gebeurt (ziekteverzekering) en ook gebonden is aan de activiteitsgraad van de artsen. Hierdoor is er een natuurlijke wisselwerking tussen ziekenhuis en artsen, maar evengoed een wederzijdse afhankelijkheid. Daarnaast is er de steeds intensievere samenwerking tussen ziekenhuizen onderling (binnen en buiten de netwerken) en – in het kader van geïntegreerde zorg – met andere zorgverstrekkers.

Er is een modernisering nodig van de governance en structuren, met aandacht voor de basisprincipes van de governance tripod volgens het WVV. Het moet ook rekening houden met de specifieke rol en plaats van de artsen, zowel vanuit historisch perspectief (ziekenhuiswet) als met het oog op hun toekomstige rol (cf. de herijking van de nomenclatuur en honoraria, en de invoering van co-governance).

Niettegenstaande bijkomende organen wettelijk en inhoudelijk nuttig en nodig zijn, focussen we op de verplichte organen in elke onderneming volgens het WVV (tripod: algemene vergadering (AV), bestuursorgaan (BO/RvB) en dagelijks bestuur/directiecomité (DC)) met daarnaast de medische raad als bijkomend (adviserend) orgaan voorzien in de ziekenhuiswet. Investeren in professioneel overleg en onderling vertrouwen tussen de diverse organen, is een kritische succesfactor voor een goede governance van het ziekenhuis.

Volgens de ziekenhuiswet (Titel I hoofdstuk 2) bestaat het beheer van het ziekenhuis (art.15) enkel uit de beheerder (art.16) en de directeur (art. 17). Die worden best herbeschreven als het “bestuursorgaan” en het “directiecomité”. Titel IV van de ziekenhuiswet over de “specifieke bepalingen betreffende het beheer van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisarts” zal in de toekomstige herziening mee opgenomen moeten worden.

1. De algemene vergadering

We nemen de algemene vergadering mee voor de volledigheid. We stellen geen aanpassingen voor aan de werking van de algemene vergadering en erkennen de exclusieve bevoegdheden waaronder de benoeming en kwijting van de bestuurders. Bestuurders kunnen voorgedragen worden, zowel uit eigen rangen als onafhankelijke bestuurders, maar kunnen enkel benoemd worden door de algemene vergadering.

Het kan zijn dat artsen een eigen vereniging of vennootschap hebben opgericht, waarbij die organisatie een lid is van de algemene vergadering van het ziekenhuis. Via dat lid zullen de artsen ook vertegenwoordigers voor het bestuursorgaan kunnen voordragen aan de algemene vergadering.

2. Het bestuursorgaan

Het ziekenhuis wordt bestuurd door een collegiaal bestuursorgaan (BO) dat de centrale spil is in de governance van elke organisatie. De samenstelling, bevoegdheid en werkwijze moet in lijn zijn met het WVV en voor publieke ziekenhuizen ook met het decreet lokaal bestuur. Universitaire ziekenhuizen moeten rekening houden met hun specifieke statuut.

Het doel van het bestuur is te komen tot een efficiënte besluitvorming in het belang van de hele organisatie om haar maatschappelijke missie en doelstelling te realiseren. Elke bestuurder moet – bij wet verplicht – het organisatiebelang vooropstellen, en de deelbelangen die hij zou vertegenwoordigen, overstijgen. Het BO is verantwoordelijk voor de beslissingen van de organisatie en draagt bestuurdersaansprakelijkheid.

Taken van het bestuursorgaan

De klassieke governance-taken van een BO zijn samengevat in drie essentiële opdrachten:

- een leiderschapsrol
- een strategische rol
- een monitoringrol

Het BO heeft een residuaire bevoegdheid op grond van het WVV; de governance-code licht de specifieke bestuurstaken binnen een ziekenhuis verder toe en vult die aan.

Om de strategische rol van het BO helder te stellen ten opzichte van de operationele rol van de directie stellen we voor (de titel van) de volgende taken als minimale bevoegdheden van het ziekenhuisbestuur in de ziekenhuiswet op te nemen:

1. Uittekenen van het strategisch beleid

Dit betreft de strategie inzake zorg en financiën met bijzondere aandacht voor de uitbouw van zorgactiviteiten in de zorgregio, in overleg met alle aanwezige zorg- en welzijnsactoren waarmee het ziekenhuis een samenwerking heeft (eerste lijn, andere ziekenhuizen, OZ en GGZ, lokaal bestuur).

2. Strategische leiding over de organisatie

Dit houdt onder meer in:

- Het bepalen van een aanwervings- en HR-beleid zowel voor het personeel (zorg en niet-zorg) als voor de artsen (benoemingsprocedures) en de validatie van afwijkingen hiervan.

- Het bepalen van het optimale artsencontingent (streefcijfers per discipline, in lijn met de ziekenhuisstrategie) conform het door het BO (in overleg met de directie/hoofddarts en de artsen/MR) goedgekeurde HR-beleid voor artsen.
- De benoeming van een effectieve leiding, bestaande uit een algemeen directeur, een hoofddarts en de andere leden van het directiecomité of het orgaan van dagelijks bestuur.
- De benoeming van de artsen-diensthouders (zoals het BO ook de leden van het DC benoemt).
- Het bepalen van de vergoeding en de jaarlijkse evaluatie van de werking van het directieteam en het bestuursorgaan.

3. Monitoring van de werking van het ziekenhuis

Dit betekent onder andere:

- op duurzame wijze de kwaliteit en de veiligheid van de zorg bewaken en faciliteren;
- controle op financiële stromen en financiële gezondheid van het ziekenhuis;
- conformiteit met bestaande regelgeving.

Samenstelling van het bestuursorgaan

Zoals voorzien in het WVV telt het BO minstens drie bestuurders die natuurlijke of rechtspersonen zijn. De bestuurders worden door de algemene vergadering van leden (of deelgenoten) benoemd en zijn aan hen verantwoording verschuldigd. Een maximum is niet bij wet bepaald maar om tot een efficiënte besluitvorming te kunnen komen is het aantal bestuurders veeleer beperkt. De samenstelling is heel afhankelijk van de situatie en de context van het ziekenhuis. In het bijzonder moeten ziekenhuizen met een publiek karakter rekening houden met de voorschriften uit

het DLB. Het is dan ook niet zinvol om een verplichte samenstelling van het BO in de ziekenhuiswet op te nemen.

We bevelen wel aan te streven naar een professionele en diverse samenstelling, met een gepaste combinatie van de noodzakelijke expertise. Concreet betekent dat een evenwichtige samenstelling op het gebied van gender, leeftijd, ervaring en expertise in medisch beleid, organisatie van de gezondheidszorg, financiële analyse en beleid, personeelsbeleid...

In functie van het organisatiebelang bevelen we aan om geen eigen artsen van het ziekenhuis in het bestuursorgaan op te nemen, maar om te werken met kandidaturen van (ziekenhuis)artsen of andere experts van buiten het ziekenhuis. Voor zover het artsenkorps niet vertegenwoordigd is door leden of deelgenoten uit de algemene vergadering kan de medische raad een voordrachtrecht krijgen om kandidaat bestuurders voor te dragen. Elk ziekenhuis kan dit voordrachtrecht concreet vormgeven (wanneer en hoe uit te oefenen) en eventueel beperken tot een maximum. De effectieve benoeming blijft een exclusieve bevoegdheid van de algemene vergadering.

Alle kandidaat-bestuurders dienen door het benoemings- en remuneratiecomité kritisch gescreend te worden op hun kennis en ervaring over bestuur en leiderschap teneinde eigen/deelbelangen te overstijgen en een consensus te bereiken in het belang van de hele organisatie.

Co-governance op strategisch niveau: vertegenwoordiging van artsen in het bestuursorgaan gebeurt via door hen voorgedragen kandidaten (eventueel ten belope van een bepaald maximum aantal bestuursmandaten).

Voorstel: aanpassing artikel 16 en opsplitsing naar art 16/1:

Afdeling 2 de-beheerder-Het bestuursorgaan**

Art. 16 De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de-beheerder-het bestuursorgaan. De-beheerder-bepaalt-het-algemeen-beleid-van-het-ziekenhuis; hij-neemt-de-beheersbeslissingen-met-inachtneming-van-de-specifieke-bepalingen-en-procedures-voorzien-in-Titel-IV. Het bestuursorgaan tekent het strategisch-beleid-uit-in-lijn-met-de-zorgnoden-in-de-regio. Het bestuursorgaan heeft de strategische leiding over de organisatie en monitort de werking van het ziekenhuis.

Art 16/1:

[¹ In het kader van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, draagt de-beheerder-het bestuursorgaan van het ziekenhuis op operationeel vlak de verantwoordelijkheid voor volgende punten:

1° in uitvoering van de strategie,

bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van het medisch aanbod van het ziekenhuis met de andere ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het vertalen en uitvoeren op ziekenhuisniveau van de strategische beslissingen die worden genomen door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, in het bijzonder het verwijz- en terugverwijzbeleid;

3° het garanderen dat voor supraregionale zorgopdrachten de patiënt verwezen en terugverwezen zal worden overeenkomstig de afspraken gemaakt binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, doch met respect voor de vrije keuze van de patiënt.

Indien het ziekenhuis voor een supraregionale zorgopdracht functioneert als referentiepunt, maakt de beheerder de nodige afspraken met het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk dat op het ziekenhuis een beroep doet voor de supraregionale zorgopdracht.]¹

*** uiteraard zal doorheen de ganse wet het woord “beheerder” vervangen moeten worden door “bestuursorgaan” zoals in art 8 (begripsomschrijving)*

3. Het directiecomité (DC)

Het directiecomité is de tactische schakel tussen het operationele niveau, de werkvloer, en het bestuursorgaan van het ziekenhuis. Het DC staat bijgevolg in voor de uitvoering van de strategische beleidskeuzes die het BO maakt, maar bereidt die strategische keuzes ook voor.

Het tactisch-uitvoerende en het strategisch niveau zijn niet altijd afgelijnd van elkaar te onderscheiden. Daarom is investeren in professioneel overleg en onderling vertrouwen tussen de diverse organen een kritische succesfactor voor een goede governance van een ziekenhuis.

Adviserende comités kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. In deze comités dienen ook artsen te zetelen, enerzijds vanuit de raad artsen-diensthoofden (cf. infra) en anderzijds vanuit de medische raad. Zo kunnen de artsen effectief participeren aan het beleid.

In lijn met de bepalingen van de WVV is het zinvol om de rol van een DC uit te werken in de ziekenhuiswetgeving.

Taken van het DC

- De taken van het DC omvatten minstens de taken van dagelijks bestuur zoals omschreven in het WVV, aangevuld met: voorbereiding van, en (na beslissing door het BO) uitvoering van het strategisch beleid.
- Coördinatie van de verschillende beleidsniveaus en -organen in het ziekenhuis (medisch, zorg, financieel, technisch, informatica, personeel...).

De leden van het DC werken collegiaal samen onder leiding van de **algemeen directeur** (AD). De algemeen directeur is voorzitter van het directiecomité en draagt de eindverantwoordelijkheid over de beleidsbeslissingen van de verschillende departementen van het ziekenhuis. Hij neemt de algemene operationele leiding op zich over het ziekenhuis. De algemeen directeur legt verantwoording af aan het bestuursorgaan. Hij wordt daarvoor permanent uitgenodigd op het BO.

De **hoofddarts** (HA) leidt het medisch departement, is bevoegd en verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en het medisch beleid, en zorgt voor de geïntegreerde samenwerking tussen de ziekenhuisartsen. Om de zorgcomponent voldoende te profileren in het algemeen beleid is een sterke tandem tussen hoofddarts en directeur verpleeg- en/of zorgdepartement vereist.

De HA wordt permanent uitgenodigd op het BO, zoals vandaag al bepaald in de wet.

Het medisch beleid, uitgewerkt door de HA en overeenkomstig de strategische beleidskeuzes van het BO, wordt in het DC goedgekeurd in het licht van, en rekening houdend met de niet-zorggerelateerde bevoegdheden binnen het DC. De AD draagt de algemene verantwoordelijkheid van de beleidsbeslissingen van het DC en rapporteert hierover aan het BO. De HA rapporteert aan het BO over het medisch beleid, als onderdeel van en tegen de achtergrond van de algemene beleidsbeslissingen die door de AD toegelicht worden.

Samenstelling van het DC

De ziekenhuiswet regelt momenteel enkel de centrale positie van “de directeur” en voorziet niet in een directiecomité. De ziekenhuizen stellen voor om dit aan te passen. Concreet moet de “directeur” in de ziekenhuiswet vervangen worden door een “**directiecomité**”. Een verdere samenstelling moet niet bij wet worden bepaald. We gaan ervan uit dat een DC **minimaal samengesteld** is uit de algemeen directeur, de hoofddarts en een directeur verpleeg- en/of zorgdepartement. Gezien de grote **heterogeniteit** tussen ziekenhuizen laten we ook de verdere samenstelling van het DC best open. We adviseren een vertegenwoordiging – direct of indirect – van de nodige **expertise** in het DC, bijvoorbeeld financieel, HR, IT en facilitaire disciplines.

Voorstel aanpassing Art. 17:

In elk ziekenhuis is er een directeur. Hij is rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk tegenover de beheerder, directiecomité.

Het directiecomité wordt voorgezeten door de algemeen directeur, die eindverantwoordelijkheid heeft en de samenwerking tussen de verschillende departementen in het ziekenhuis coördineert. De algemeen directeur legt verantwoording af aan het bestuursorgaan. De algemeen directeur neemt permanent deel aan het BO (als waarnemer of adviseur, zonder beslissende stem). De directeur werkt nauw samen met de [1 hoofdarts]¹, het hoofd van het verpleegkundig departement, van de paramedische, van de administratief-financiële en van de technische diensten en met de ziekenhuisapotheker.

HOOFDSTUK III. - Structurering van de medische activiteit (H3).

Art. 18. In ieder ziekenhuis moet de medische activiteit gestructureerd zijn.

In ieder ziekenhuis is er :

1° een hoofdarts, die verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het medisch departement; hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder;

2° een arts-diensthofd voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement; hij wordt benoemd en/of aangewezen door de beheerder;

3° een medische staf gevormd door alle ziekenhuisartsen.

De koning bepaalt de minimumtaken welke aan de hoofdarts en de artsen-diensthofd worden opgedragen; deze taken hebben betrekking op de organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis.

De functie van hoofdarts is onverenigbaar met het voorzitterschap van de medische raad.

In afwijking van het tweede lid, 2°, kunnen apothekers of licentiaten/masters in de scheikundige wetenschappen die overeenkomstig artikel 23, § 2, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten, worden benoemd of aangewezen tot diensthofd van een laboratorium voor klinische biologie.

De hoofdarts wordt uitgenodigd en kan met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van het orgaan dat volgens het juridisch statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van de uitbating van het ziekenhuis.

Het zesde lid is niet van toepassing wanneer de besprekingen betrekking hebben op aangelegenheden waarbij de [5 hoofdarts]⁵ persoonlijk en rechtstreeks betrokken is.]²

ADVISEREND ORGAAN: MEDISCHE RAAD

1. Algemeen

In lijn met de veranderingen in de ziekenhuisfinanciering en de vergoeding van de artsen, zal ook de rol van de medische raad (MR) veranderen. Momenteel zijn de meeste ziekenhuizen financieel afhankelijk van de inbreng van de artsen. Daardoor heeft de medische raad een machtspositie die zij als hefboom in het ziekenhuisbeleid kan gebruiken en waardoor professionele belangen vermengd kunnen raken met het algemeen medisch beleid in het ziekenhuis.

De geplande hervorming van de ziekenhuisfinanciering wil dit systeem aanpassen. Gefaseerd, in functie van de mate van hervorming, zal het accent verschuiven van een financiële impact van de artsen op de beleidsvoering in het ziekenhuis naar een inhoudelijke impact op het medische beleid. De bevoegdheid inzake medisch beleid kan op die manier losgekoppeld worden van de financiële tussenkomsten. Het zal ook leiden tot een ontubbeling van de rol van de artsen in het ziekenhuis met een duidelijke bevoegdheidsverdeling tussen de actoren.

Eenzijds zal de medische raad de belangen van het professioneel statuut van de artsen behartigen, en inspraak hebben in de financiële tussenkomsten en financiële regeling van de artsen. Anderzijds zullen artsen inspraak hebben in het medisch beleid van het ziekenhuis via de organisatie van het medisch departement (zie verder). Voor de ziekenhuisartsen blijft een deelname aan het medisch beleid én de deelname aan het algemeen ziekenhuisbeleid gewaarborgd.

2. Participatie aan het medisch beleid

Het medisch beleid wordt vormgegeven door de medische staf via de diensthoofden. Een **raad van artsen-diensthoofden** onder leiding van de hoofdarts stelt een medisch beleidsplan voor dat past in de ziekenhuisbrede strategie. De opstelling van dit medisch beleidsplan kan in overleg gebeuren en/of afgetoetst worden met de medische raad.

3. Participatie aan het algemeen beleid

Participatie aan het algemeen beleid kan via een of meerdere gestructureerde **paritaire overlegorganen die ziekenhuisbrede doelstellingen** mee voorbereiden en/of opvolgen. Bestaande voorbeelden zijn het Permanent Overlegcomité, de financiële commissie, een strategische beleidscel... (organisatie en benaming te kiezen). De voornaamste opdracht van deze overlegstructuur is het bilateraal bespreken van de operationele opdrachten, alsook het strategisch voorbereidend werk naar het bestuursorgaan toe. Een alternatief is het hieronder voorgestelde medisch comité waarin ook een vertegenwoordiging van de medische raad wordt opgenomen.

4. Positie medische raad: professionele belangenbehartiging

De medische raad fungeert als **vertegenwoordigend collectief orgaan** van de ziekenhuisartsen naar het ziekenhuisbeheer toe met eigen onderscheiden bevoegdheden.

5. Samenstelling

De medische raad is samengesteld uit leden **verkozen** door de medische staf. Wat representativiteit betreft stellen we voor dat er minimale afspraken gemaakt worden zodat de verschillende artsengroepen een vertegenwoordiging kennen en zodat de verkozen artsen een **afspiegeling** zijn van het artsenkorps binnen het ziekenhuis.

Het mandaat van de leden van een medische raad wordt opgetrokken naar een periode van **5 jaar**, om continuïteit enerzijds en voldoende nieuwe inbreng anderzijds te bewerkstelligen.

6. Bevoegdheden

De medische raad heeft een adviesbevoegdheid die aangepast is aan de nieuwe governance-positie. De medische raad speelt een **adviserende** rol inzake algemene aanstellingsvoorwaarden van artsen en een **verzwaarde rol** inzake de financiële tussenkomsten van de artsenbijdragen, rekening houdend met de situatie en projecten in het betrokken ziekenhuis.

De huidige 18 adviesbevoegdheden (art.137 ziekenhuiswet) zullen moeten worden herzien om overlappende bevoegdheden met het medisch departement te vermijden en opdat de professionele belangenbehartiging niet conflicteert met de ziekenhuisbrede medische belangen.

ORGANISATIE VAN HET MEDISCH DEPARTEMENT

Operationeel is het essentieel dat artsen actief en constructief deelnemen aan enerzijds de voorbereiding en anderzijds de uitvoering van het strategisch medisch beleid. Daarvoor moet de organisatie van het medisch departement een heldere structuur krijgen met duidelijk onderscheiden bevoegdheden.

De leidinggevende rol van de hoofddarts is bepalend voor de verdere invulling van taken van het medisch departement. De bevindingen van de leerstoel over de hoofddarts (door UAntwerpen) zullen dit kunnen concretiseren. Daarnaast moet ook de rol van arts-diensthoofd erkend en formeel verankerd worden. Ten slotte moet er overleg gefaciliteerd en gegarandeerd worden tussen de hoofddarts en de diensthoofden enerzijds, en met betrokken stakeholders in het ziekenhuis anderzijds.

Dat vereist een aanpassing van het KB 15 december 1987 houdende uitvoering van de artikels 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987. Het betreft de artikelen 18 tot 22 van de huidige gecoördineerde ziekenhuiswet.

We stellen voor dat het medisch departement gevormd wordt rond de hoofddarts, de diensthoofden, een overlegplatform tussen beide en een overlegplatform met andere stakeholders van het ziekenhuis.

1. Hoofddarts

De rol van de hoofddarts is aan verduidelijking toe. De omschrijving in de huidige wetgeving is weinig specifiek en achterhaald, gezien de complexiteit van het huidige takenpakket van een hoofddarts.

Het uitgangspunt is dat de hoofddarts het aanspreekpunt is op **strategisch en operationeel** vlak voor het uittekenen en uitwerken van het **medisch beleid** van de komende jaren als corebusiness van het ziekenhuis. Naast het medisch beleid is de hoofddarts ook bevoegd en verantwoordelijk voor de **kwaliteit van de zorg**. Zowel het medisch als het kwaliteitsbeleid komen tot stand na afstemming en in overleg met de andere leden van het directiecomité.

De algemeen directeur, die binnen het directiecomité instaat voor de algemene coördinatie, draagt de algemene eindverantwoordelijkheid en rapporteert hierover aan het bestuursorgaan. De hoofddarts rapporteert aan het **bestuursorgaan** over de uitvoering van het medisch beleid en het kwaliteitsbeleid (zie art 18, 6° lid ziekenhuiswet).

De hoofddarts neemt permanent deel aan het bestuursorgaan (als waarnemer of adviseur, zonder beslissende stem). De hoofddarts leidt het medisch departement. De **leidinggevende rol van de hoofddarts moet bij wet versterkt worden. In dat kader beschikt hij over een volwaardig sanctie- en instructierecht ten aanzien van de ziekenhuisartsen en kan hij zijn beslissingen ten aanzien van hen afdwingen.**

Als leidinggevende en eindverantwoordelijke organiseert de hoofddarts systematisch overleg met de artsen-diensthooftden. De hoofddarts is voorzitter van de raad artsen-diensthooftden. De artsen-diensthooftden werken actief samen met de hoofddarts, en krijgen op hun beurt ook medewerking van hun stafleden.

2. Raad van artsen-diensthooftden

Voor een breed draagvlak wordt het medisch beleid vormgegeven door de medische staf via de diensthooftden. Een raad van artsen-diensthooftden (RAD) onder leiding van de hoofddarts staat in voor de voorbereiding en (na goedkeuring door het BO) de uitvoering van de ziekenhuisbrede medische strategie. Zo geven artsen het medisch beleid mee vorm. In overleg met de andere departementen (ICT, HR...) werken ze het beleid uit.

Taken van de raad van artsen-diensthooftden

De medische diensten leggen hun medisch beleidsplan op dienstniveau ter goedkeuring voor aan de raad van artsen-diensthooftden. De medische diensten stellen hun beleidsplan zo op dat het past in het **ziekenhuisbrede medisch beleidsplan** van de RAD. Dat vereist een versterking van de functie van de artsen-diensthooftden en een professionalisering mét een aangepaste remuneratie voor de nieuwe rol.

Binnen de raad worden **artsenzaken** besproken en wordt draagvlak gevormd voor de besluiten en het beleid van het medisch departement onder leiding van de hoofddarts. Dit houdt onder andere procedures in over evaluatie en sancties binnen het artsenkorps. De raad heeft een adviserende rol bij het medisch beleid en het waarborgen van de kwaliteit van de medische diensten. De raad bereidt het overleg van het medisch comité voor, waar het medisch beleid verder afgestemd wordt met andere stakeholders en pijlers van het ziekenhuis.

Samenstelling van de raad van artsen-diensthooftden

De raad van artsen-diensthooftden bestaat uit alle artsen-diensthooftden, tenzij de raad daardoor te omvangrijk zou zijn en onwerkbaar zou worden. In dat geval kan de RAD bestaan uit een verkozen delegatie van en uit de **artsen-diensthooftden**. Gezien de grote heterogeniteit tussen ziekenhuizen laten we die verdere specifieke samenstelling best open.

De algemeen directeur en directeur verpleegkundig en/of zorgdepartement worden uitgenodigd voor de raad van artsen-diensthooftden.

3. Medisch comité

Op termijn en rekening houdend met de snelheid in elk ziekenhuis wordt er een medisch comité (MC) opgericht. Dat wordt **voorgezeten door de hoofddarts** en bestaat van rechtswege uit de afgevaardigden uit de raad van **artsen-diensthoofden**, aangevuld met de **algemeen directeur** en **directeur verpleeg- en/of zorgdepartement**, een vertegenwoordiging uit de **medische raad** en afgevaardigden uit het **verpleegkundig-/zorgdepartement**.

Zij vormen één medisch comité met **één gezamenlijk belang: de kwaliteit van zorg**, zonder concurrerende bevoegdheden. Dat vereist dat de rol van de leden van het medisch comité (hoofddarts en leden) helder gesteld is (aanpassing KB 15 december 1987 en check van de wet 13 november 2023 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, m.n. art 21 ziekenhuiswet Hoofddarts).

Dit orgaan (MC) stemt af met andere pijlers uit de ziekenhuisstructuur om tot een medisch beleid te komen dat (in de overgangsfase ter advies voorgelegd wordt aan de medische raad, en) ter goedkeuring voorgelegd wordt aan algemene directie en het bestuur.

