

Interview: Ronnie van Diemen-Steenvoorde
Integriteit is kijken naar de
essentie waarvoor je iets doet

Compliancepraktijk
Compliance screening



**ZORG &
COMPLIANCE**

Colofon

De Compliance Officer is het vakblad voor compliance officers en andere betrokkenen bij het compliance-proces. De doelgroep bestaat uit compliance officers, bestuurders, toezichthouders, secretarissen van de vennootschap en bedrijfsjuristen die betrokken zijn bij het uitvoeren van compliance-taken.

Redactie:

Sharon Karsten (bureauredactie) en Cora Wielenga (eindredactie)
Tel 088 99 88 100 E-mail:
redactie@complianceofficer.nl

Aan deze editie werkten

verder mee: Luuk Arends, Fenna van Dijk, Arie de Graaf, Bert Jager, Sharon Karsten, Joost Montens, Hans Slaman, Cora Wielenga

Fotografie: Wilco van Dijen

Vormgeving: Tangram Studio

Druk: Platform P, Rotterdam

Uitgever: Nederlands Compliance Instituut, Postbus 5111, Capelle aan den IJssel

Advertenties: Diane Bakker

Tel 088 99 88 100 E-mail:
bakker@compliance-instituut.nl

Nieuwsfeiten, ingezonden artikelen en personeelsmutaties kunt u per e-mail doorgeven aan redactie@complianceofficer.nl.

Het abonnement is gratis voor de doelgroep. Abonnees buiten de doelgroep: € 50 (bij 4 edities).

Oplage 3.800 exemplaren
ISSN 1878-7991

www.complianceofficer.nl



Inhoud

- 3 Van de redactie**
- 4 Interview** Ronnie van Diemen-Steenvoorde
- 9 Compliancecolumn**
US healthcare: the good, the bad and the ugly
- 10 Compliance-thema**
Het patiëntendossier op de schop
- 14 Speakers' Corner**
De nieuwe Governancecode Zorg toegelicht
- 18 Compliancepraktijk**
Compliance screening: overzicht in de warboel aan regels
- 22 Interview** Petra Verdult
- 27 Speakers' Corner**
De vergewisplicht versus pre-, employmentscreening
- 30 Complianceverhaal**
De compliance officer als relatiebeheerder
- 32 Compliancepraktijk**
Compliancestatuut: de vastlegging van de inrichting van de compliancefunctie
- 36 Compliance-thema**
Horizontaal toezicht in de zorg

Ode aan compliance in de zorg



Zorginstellingen die compliancefuncties hebben ingericht verdienen een pluim. In de financiële sector werden financiële ondernemingen geholpen, of belast, net hoe je het bekijkt, met de wettelijke verplichting tot het inrichten van een compliancefunctie. In de zorgsector leek er ook even sprake te zijn van een verplichting voor het inrichten van een compliancefunctie. Maar het kwam niet verder dan een verplichting vanuit een branchevereniging. In 2011 stelde Actiz, de branchevereniging voor de verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en de thuiszorg, het verplicht voor haar leden om een compliancefunctie in te richten. Geen algemene compliancefunctie, maar een compliancefunctie die specifiek gericht was op mededinging. Sindsdien heeft een aantal instellingen in de VVT-sector een compliance officer aangesteld. Overigens gebeurde dit niet alleen in de VVT-sector, maar ook bij ziekenhuizen, GGZ-instellingen, huisartsenpraktijken en in de gehandicaptenzorg. De verplichting tot het aanstellen van een compliance officer vanuit Actiz heeft niet lang stand gehouden. Het wordt nu niet meer verplicht gesteld voor de Actiz-leden. Evenmin vanuit de wetgever dan wel vanuit de zorgbrede governancecode wordt er een verplichting tot het inrichten van een compliancefunctie afgedwongen.

Toch zien we de afgelopen jaren in toenemende mate meer en meer dat er compliance officers benoemd worden bij zorginstellingen. En dat terwijl er geen enkele 'dwang' meer is van buitenaf. Dit zijn dus zorginstellingen die eigenstandig de compliancefunctie omarmen. Mooier kan haast niet. Want dan heb je als compliance officer werkelijk je bestuur en wellicht ook je raad van toezicht mee. Dat is een gunstig startpunt als compliance officer.

De praktijk is echter wat weerbarstiger. Door de beperkte budgetten wordt er nu nog onvoldoende tijd en budget vrijgemaakt voor het goed kunnen uitvoeren van de functie. De meeste compliance officers in de zorg 'doen compliance erbij'. In de financiële sector is in de tijd voor de crisis door een aantal instellingen de verhouding van 1 compliance officer tot 100 andere medewerkers gehanteerd. Hoewel dit kengetal in mijn ogen altijd discutabel is geweest, geeft het wel een aardige indicatie. Dit kengetal zal overigens inmiddels zijn gedaald tot 1 op de 200 of wellicht wel tot 1 op de 300 medewerkers. In de zorgsector is deze verhouding ondenkbaar; daar komt het eerder voor dat er een parttime compliance officer wordt aangesteld bij een instelling van meer dan vijfduizend mensen. Dat zou mogelijk geen probleem zijn wanneer het werkveld overzichtelijker is dan die van de financiële sector. Niets is minder waar. Het werkveld in de zorg is complexer, zowel qua wetgeving als qua diversiteit aan toezichthouders. Daarnaast veranderen de regels aanzienlijk sneller in de zorg in vergelijking met de financiële sector.

De compliance officers in de zorgsector hebben het dus niet gemakkelijk. Te meer omdat zij de functie vaak alleen uitoefenen. Daarnaast zijn er nog maar weinig zorginstellingen waar de compliancefunctie volledig is ingericht die als voorbeeld kunnen dienen. Met als gevolg dat er daardoor minder overlegd kan worden met compliancecollega's. Veel compliance officers in de zorg staan er daarom alleen voor. Ik vind het daarom dan ook erg prettig dat sinds 2013 de Vereniging voor Compliance in de Zorg is opgericht. Deze vereniging faciliteert bijeenkomsten voor compliance officers in de zorg, waardoor het mogelijk wordt om met elkaar kennis en ervaring uit te wisselen. Dat is voor de compliance officers in de zorgsector waardevol.

Mocht u werkzaam zijn in de financiële sector, dan nodig ik u vooral uit om deze editie te lezen. De zorgsector is vanuit de financiële sector bezien een complexe en boeiende sector. Daarnaast zorgen de beperkte budgetten in de zorg er juist ook weer voor dat we op een andere manier naar compliance zijn gaan kijken. We hebben geleerd hoe je compliance 'in het klein' kunt neerzetten en tegelijkertijd toch effectief kunt zijn.

Cora Wielenga

A portrait of Ronnie van Diemen-Steenvoorde, a woman with short, light brown hair, wearing black-rimmed glasses, a red zip-up top, and a dark blazer. She is looking slightly to the right with a subtle smile. The background is a dark, gradient purple.

Ronnie van Diemen-Steenvoorde:

**‘Integriteit is kijken
naar de essentie
waarvoor je iets
doet’**

Eind februari, op de dag dat er een storm over Nederland raast, is Sharon Karsten te gast bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de toezichthouder op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De IGZ is gevestigd naast het centraal station van Utrecht, in een multifunctioneel gebouw. Vanaf de etages waar de IGZ gevestigd is, heb je een prachtig uitzicht over de stad Utrecht. De wind buldert tegen de ramen als Sharon in gesprek gaat met de inspecteur-generaal voor de gezondheidszorg, *dr. Ronnie van Diemen-Steenvoorde*.

Compliance is het versterken van de integriteit van de organisatie, haar cliënten, haar medewerkers en haar data. Wat is uw visie/de visie van de IGZ op compliance binnen de zorgsector? "Ik heb compliance zelf altijd vertaald naar 'goed bestuur'. Het gaat uiteindelijk om de overeenstemming in het verhaal van de bestuurders, van het management, van de medewerkers, gericht op datgene waarvoor je staat: goede zorg leveren. Voor mij geldt in de kern dat het gaat om die ene vraag die steeds gesteld moet worden: 'is dit de zorg die jij jouw eigen familie en naasten gunt'. Daarop zou alles gericht moeten zijn.

Integriteit is integraal kijken naar de essentie waarvoor je iets doet en eensluidend zijn in je verhaal. Vanuit het toezicht kijken we of de afstemming tussen de raad van toezicht, de raad van bestuur en alle andere betrokkenen binnen de organisatie klopt. Compliance in verbinding tot integriteit gaat over de ware bedoeling van de organisatie; dat die uitlegbaar is en dat iedereen binnen de organisatie ook snapt wat de bedoeling is. Als je dat voor elkaar hebt, dan heb je een goede basis voor het vertrouwen dat iedere patiënt of cliënt moet kunnen stellen in de zorgverlening."

Intern toezicht houden wordt in de financiële sector belegd bij compliance officers; een functie die in de zorg voor zover bekend (nog) niet of nauwelijks bestaat. Wie ziet de IGZ als interne toezichthouder en waarom? "Als externe toezichthouder kijken we met name naar goed bestuur en of het met elkaar goed geregeld is. Het interne toezicht op zorg kan wat ons betreft op verschillende manieren geregeld

zijn en hoeft niet per se bij een compliance officer belegd te zijn. We kijken niet zozeer naar de functie, maar meer naar de wijze waarop het versterken van en toezien op integriteit bij elkaar komt. Belangrijk is dat een bestuurder daar duidelijk zicht op heeft. En dat onafhankelijkheid en voldoende feedbackloops zijn ingebouwd om compliance te waarborgen. Of intern toezicht moet worden belegd bij een persoon of binnen een functie, daarover doen we als toezichthouder geen uitspraak. We kijken of het geregeld is en of het werkt."

In het meerjarenbeleidsplan 2016-2019 staat de mooie uitspraak: 'Waar angst regeert, wordt niet geleerd.' Vertaald naar het toezicht betekent dit: het vinden van de juiste balans tussen vertrouwen geven en sanctioneren. Wat verstaat de IGZ precies onder de 'juiste balans'? Wie bepaalt uiteindelijk waar die 'juiste balans' ligt of moet komen te liggen? "Zorg is niet zwart-wit en toezicht evenmin. Het vinden van de juiste balans voelt als toezichthouder vaak als koorddans op een slap koord en vraagt professionaliteit van onze medewerkers. Zij wegen genuanceerd de beschikbare informatie af en stellen vast of het lerend vermogen en de cultuur van een organisatie daadwerkelijk gericht zijn op continue verbetering. Mocht de zorg of de sturing van een organisatie onvoldoende zijn, dan moet de inspectie optreden. In alle eenvoud gaat het dus om de professionaliteit van de inspecteurs, die in samenspraak in een multidisciplinair team een weging maken over wat we als inspectie doen. We zijn er vooral op gericht om de organisaties hun eigen spiegelbeelden terug te geven, gericht op het lerend vermogen van de organisatie. We zien dat de meeste zorginstellingen daar

goed op reageren. Sommige hebben er meer moeite mee en dan zijn passende maatregelen van de inspectie nodig. Slechts bij een zeer kleine groep is sprake van fraude of bewust roekeloos gedrag. In die laatste groep is het minder moeilijk om de juiste afweging te maken en grijpen we scherp in."

In het meerjarenbeleidsplan staat ook te lezen dat de IGZ een katalyserende rol gaat spelen en wil bijdragen aan het verder ontwikkelen van een rechtvaardige cultuur in de gezondheidszorg. En dat jullie methoden ontwikkelen om de cultuur binnen een zorginstelling zo goed mogelijk te objectiveren, waarbij ook gekeken wordt naar jullie eigen effect op die cultuur.

Hoe werkt dat precies; wat kunnen zorgaanbieders op dit gebied van de IGZ verwachten? "Het objectiveren van cultuur is een vraagstuk waar we volop mee bezig zijn en wat een enorme uitdaging is. Het is veel makkelijker om toe te zien op de naleving van wetten en normen uit de – door de zorg zelf opgestelde – richtlijnen, dan het toezien op cultuur en integriteit. Voor ons is de wezenlijke vraag hoe een bestuurder de organisatiecultuur aan ons zou kunnen laten zien. Het is voor de inspectie moeilijk om cultuur van een zorginstelling echt te doorgronden, als een organisatie het niet wil laten zien. Als die geslotenheid er is, dan moeten we het in eerste instantie van de systemen hebben en daarmee komen we onvoldoende tot de kern. We willen als inspectie mogelijkheden creëren om organisatiecultuur beter te kunnen begrijpen. DNB heeft daar al ervaring mee, wij nog beperkt. Daarom zijn we nu met hen, en met andere partijen, in gesprek om te kijken op welke punten we van elkaar kunnen leren.

Een van die leerpunten is dat ze bij DNB werken met gedragspsychologen om een beeld te vormen over de cultuur binnen de leiding. Die aanpak kennen wij nog niet. Het vergt ook andere vaardigheden en kwaliteiten, waar een deel van onze inspecteurs voor wordt opgeleid. In de afgelopen decennia zijn er in de zorg veel systemen gebouwd om zicht te hebben op processen en uitkomsten van zorg, daarin zijn we nu doorgeschoten. We denken vaak dat we met systemen het gedrag van mensen kunnen veranderen. Maar dat is slechts een deel van de gehele waarheid: het gaat meer over de

wijze waarop het organisatieklimaat is gevormd en de mate waarin men bereid is om te leren en om elkaar feedback te vragen en te geven. In het verleden keken we vooral vanuit een theoretische achtergrond of de systemen goed gebouwd waren, of deze goed toegepast werden en of de richtlijnen goed nageleefd werden. We gaan ons nu minder op de details van die systemen richten en veel meer op de onderlinge verhoudingen, op professioneel gedrag, op openheid over wat goed gaat en wat niet."

Hoe heeft u het opstapelen van de systemen in de periode dat u kinderarts was zelf ervaren? "Als je er middenin zit, dan zie je niet dat systemen zich opstapelen. Daarbij zit het ook wel in onze samenleving om systemen te bouwen t.b.v. verbeteringen en daaraan heb ik net zo hard meegedaan. Met het bouwen van een systeem of het opstellen van een richtlijn dacht je dat het daarmee georganiseerd was. Niets bleek minder waar, want pas daarna begint de daadwerkelijke ontwikkeling; dan moet je elkaar gaan aanspreken, wil je uiteindelijk iets gerealiseerd krijgen. Ik heb vaak genoeg mijn neus gestoten hoor, dan zag ik dat wat ik had bedacht en ontwikkeld helemaal niet werkte. De echte beïnvloeding bereik je ook niet met een systeem alleen. Verandering kost soms jaren, dat heb ik zelf ervaren.

Het echte doorschieten in systemen heb ik leren zien vanuit mijn vorige baan als bestuurder en vanuit mijn huidige functie. Mede omdat ik nu veel meer zicht heb op het totaalperspectief van de gezondheidszorg. We zijn geneigd voor alles – of het nu een nieuwe wet of een reactie op een gebeurtenis is – een uitbreiding van het systeem of nieuwe richtlijn op te tuigen, in plaats van dat we inzien dat



We kijken naar goed bestuur en of het met elkaar goed geregeld is

delen van een systeem ook losgelaten kunnen worden op het moment dat de goede beweging is ingezet, dat het goede gedrag wordt getoond."

In de financiële sector bestaat de InnovationHub; een gezamenlijk initiatief van AFM en DNB met de bedoeling om partijen met een innovatief concept te ondersteunen bij vragen over regulering. Is een dergelijk rol ook voor de IGZ weggelegd? "In de zorg wordt veel geïnnoveerd. Als je met vernieuwing te maken krijgt, dan is het van belang dat je met elkaar – het ministerie van VWS, de IGZ, de brancheorganisaties, de zorgkantoren – afspraken maakt onder welke voorwaarden men kan experimenteren. We hebben in de langdurige zorg een traject gedaan met 'regelarme instellingen'. Een prachtig traject waarin we de ruimte hebben geboden om met elkaar te bekijken wat echt zinnig is om te registreren in relatie tot patiëntenzorg. We hebben die regelarme instellingen bezocht en bekeken of het ook echt werkte, zonder dat we direct maatregelen oplegden als het niet goed functioneerde. Dit heeft instellingen doen inzien dat ze het overgrote deel aan normen zelf opstellen, deels ingegeven door de angst dat de toezichthouder dat zou eisen. Op het moment dat we bij ons toezicht teveel in de details schieten, leidt dat tot verkramping binnen een organisatie. Het ligt dus niet alleen aan de instellingen, maar ook aan ons als toezichthouder. Het heeft ons geleerd dat we minder naar details moeten kijken en meer naar goed bestuur. Naar hoe zij het met elkaar geregeld hebben om goede zorg te leveren. Minder inzoomen op de details door de toezichthouder geeft meer vermogen aan zorginstellingen en medewerkers om die cultuur te scheppen waarin geleerd en verbeterd kan worden. Dat leren en verbeteren gaat met vallen en opstaan, dan mag er geen angst zijn."

Is het imago van de inspectie de afgelopen vijf jaar veranderd? "Uit de onderzoeken die we doen, zie je dat er vertrouwen is vanuit de burgers in de toezichthouder. Enkele jaren geleden is er veel discussie geweest over het functioneren van onze inspectie. In de praktijk en uit onderzoek blijkt dat de rol van de inspectie onveranderd belangrijk is voor burgers en zorgverleners. Als je aan zorgverleners de vraag stelt: 'wie is belangrijk bij het behoud van kwaliteit van zorg?', dan zullen zij hoog inzetten op de inspectie. Het is voor structurele verbetering van de zorg belangrijk dat zorgverleners en hun bestuurders de meerwaarde willen ervaren van de rol van de inspectie. Iedereen socialiseert in zijn eigen organisatie, dat is logisch. Dan wordt een objectieve blik van de toezichthouder nuttig om scherp te zijn om wat er goed gaat en wat beter moet."

De IGZ werkt samen met toezichthouders in binnen- en buitenland. Hoe verloopt deze samenwerking? Wat is de toegevoegde waarde van deze samenwerking voor de Nederlandse gezondheidszorg? "Onze internationale samenwerking richt zich op een drietal aspecten. Het eerste is dat we ons gezamenlijk richten op alle wetgeving voor de farmaceutische bedrijven. Hiervoor voeren we met elkaar internationale inspecties uit. Het tweede richt zich op de medische technologie. Alle hulpmaterialen die worden gebruikt binnen de gezondheidszorg, van pleisters tot operatie-robots, moeten aan internationale wetgeving voldoen. Ook daarbij werken we internationaal samen. Het derde aspect is dat we ons willen blijven ontwikkelen op het gebied van sturen op kwaliteit en veiligheid van zorg. Op dit vlak werken we samen met andere Europese toezichthouders, omdat we van elkaar kunnen leren. Daarvoor bezoeken we elkaar of ontmoeten we elkaar tijdens internationale bijeenkomsten, waarbij het altijd gaat over praktische onderwerpen binnen het toezicht. Het is echt heel leerzaam om de verscheidenheid tussen de landen te zien en om te zien dat elk land zijn eigen issues heeft. Toezien op cultuur is een onderwerp dat wij heel belangrijk vinden, maar wat nog niet speelt bij de andere Europese toezichthouders. Daarin lopen wij dan ook voorop."

Nationaal gezien hebben we een samenwerkingsverband met de inspecties van SZW, Onderwijs, Jeugdzorg en Veiligheid & Justitie. Ook werken we steeds meer samen met de NZa, het CBG, de ACM, het Zorginstituut, de

In de kern gaat het om die ene vraag: 'is dit de zorg die jij jouw eigen familie en naasten gunt?'

NVWA en het OM. We voeren bestuurlijke overleggen met elkaar en weten steeds beter van elkaar wie wat doet bij een bepaald thema. Met als resultaat dat er beter zicht ontstaat op het totale zorgplaatje. Uiteindelijk draait alles om de patiënten: voor hen willen we de zorg steeds beter maken. Je bent wat mij betreft ook pas als toezichthouder geslaagd als je gezaghebbend de beweging tot leren en verbeteren ook bij elkaar tot stand weet te brengen."

Heeft deze andere aanpak van toezicht gevolgen voor de beschikbare capaciteit binnen de IGZ?

"Ik ben een warm voorstander van een goede, sterke inspectie, maar in verhouding tot het zorgveld blijft het een relatief kleine inspectie. Meer inspecteurs toevoegen leidt op zichzelf niet tot betere zorg. Wel denk ik dat in de toekomst de samenstelling van de toezichtteams gaat veranderen. Er zullen meer gedragspsychologen en data-analisten komen. Data-analyses zullen steeds belangrijker worden bij het maken van onze keuzes. Big data staat nog in de kinderschoenen. In de zorg is een grote hoeveelheid data beschikbaar, en de vraag is vooral 'hoe kun je die met elkaar delen?' En: 'hoe maak je die data waardevol voor het toezicht?' Koppelen van data kan helpen om een meer volledig en dieper zicht te krijgen op een organisatie. Ik denk dat deze belangrijke ontwikkeling de komende tien jaar een vlucht neemt. Zonder precies te weten hoe de weg gaat lopen, bereiden we ons wel alvast voor op die ontwikkeling."

U heeft een mooie loopbaan doorlopen: van kinderarts, opleider en afdelingshoofd Kinder-geneeskunde, hoogleraar-directeur van het Instituut voor onderwijs en opleiden van het

VUmc tot voorzitter van de raad van bestuur van GGZ Oost Brabant, vice-voorzitter van de raad van toezicht van het West Fries Gasthuis (en nog veel meer). Nu bent u inspecteur-generaal. Welke ambities heeft u nog? "Mijn ambitie is altijd geweest om de zorg beter te maken; dat iedereen de zorg ontvangt die je jouw familie en naasten gunt. Daar kan ik als inspecteur-generaal op een prachtige wijze aan bijdragen. Je mag maximaal zeven jaar deze functie uitoefenen. Wat ik hierna ga doen? Ik zie wel wat er op mijn pad komt. Een ding is zeker: de rode draad in mijn werk zal altijd blijven om de zorg te verbeteren."

'Wie ophoudt beter te worden, houdt op goed te zijn.' Wat betekent dit voor u persoonlijk? "Ik geniet ervan dat elke dag anders is; dat ik het vermogen heb om de grenzen op te zoeken en te kijken waar nog mogelijkheden zitten. Niet weten wat de uitkomst is. Ik ben niet van de borging in ieder geval, dat laat ik liever aan anderen over."

Prachtige herinneringen heb ik aan mijn tijd als kinderarts. Dan bedacht ik van alles. Mijn collega riep dan regelmatig: 'Ronnie, kun je nou eens een paar weken genieten van hetgeen je hebt opgetuigd en van het feit dat het goed loopt?' Dat kon ik best, alleen was ik dan toch alweer met tien nieuwe dingen bezig. Nooit stilzitten dus. In dat opzicht ben ik niet veranderd, alleen de functie is veranderd."

Welke boodschap wilt u meegeven aan (toekomstige) compliance officers in de zorg?

"Compliance is een kreet die veraf ligt van de gemiddelde zorgverlener. Probeer de taal te spreken van de zorgverlener als je het hebt over de bedoeling en waar de organisatie voor staat."

Als je er middenin zit, dan zie je niet dat systemen zich opstapelen

US healthcare: the good, the bad and the ugly

Terwijl ik op mijn kamer lag, kon ik van 's ochtends zeven tot 's avonds negen uur onbeperkt roomservice bellen voor eten en drinken. De uitgebreide menukaart bevatte de gebruikelijke items van soepen, broodjes, pizza's tot vorstelijke maaltijden. En ik kon kiezen uit maar liefst zeven verschillende hamburgers. De keuze was reuze. Deze service doet u vast denken aan een vijfsterrenhotel, maar niets is minder waar: ik was toch echt in een Amerikaans ziekenhuisbed beland.

Dit is Amerika ten voete uit. Als er een sector is waarin mijn gastland zich typeert, dan is het wel in de zorgsector. Je ziet er 'the good, the bad and the ugly'. De meest geavanceerde technologieën en baanbrekende therapieën komen meestal hier vandaan. Er is ook een keerzijde. Terwijl Amerika meer geld aan zorg uitgeeft dan welk ander land in de wereld, scoren zorgkwaliteit en algehele levensverwachting er middelmatig.¹ Ernstiger is misschien nog wel dat het aantal sterfgevallen door medische missers aanzienlijk hoger wordt geschat (circa 3,7 keer) dan bijvoorbeeld in Nederland.²

Amerikanen houden van keuzes en de vrijheid om te kiezen. Wie weleens in Amerika tv kijkt, herinnert zich wellicht de vele reclames voor geneesmiddelen. Op Nieuw-Zeeland na is Amerika het enige land ter wereld waar fabrikanten hun prescriptie medicijnen direct aan het publiek mogen aanprijzen. Voor mij persoonlijk mag de relatie tussen patiënt en arts zo min mogelijk beïnvloed worden door zorgbestuurders, zorgverzekeraars of farmaceuten. Maar goed, al eerder schreef ik over de Amerikaanse interpretatie van vrijheid van meningsuiting, die ook op commercieel vlak verder gaat dan ik in ieder geval gewend was.

Farmaceutische bedrijven – ook de mijne – spelen in het zorgveld een belangrijke rol. De overheid, politiek, media en andere belanghebbenden houden daarom de industrie nauwlettend in de gaten. Dat is prima en ook terecht. Het

1 Bron: 2015 OECD statistics on total health expenditure as GDP percentage: US (16,9%) and the Netherlands (10,8%) and life expectancy total population US (78,8 yr) versus Netherlands (81,8 yr).
2 Bron: BMJ 2016;353:i2139 "Medical error—the third leading cause of death in the US" and information found on the website of Instituut Nivel.



gaat tenslotte om onze gezondheid. Wellicht dat ik over de compliance-aspecten een wat uitgebreider artikel kan schrijven. De ruimte in een column is daarvoor te beperkt. Temeer omdat het een vrij technisch verhaal is, want als ik een ander verschil tussen Amerika en Nederland mag noemen, is dat zaken in de zorg hier erg snel gecompliceerd liggen.

Na twee dagen mocht ik weer naar huis, waarna ik volledig herstelde. De nota van deze ervaring bedroeg bijna US\$ 18.000,-. Gelukkig werd dit door mijn zorgverzekering vergoed. Het is lastig om vergelijkbare data te vinden, maar ik meen dat een soortgelijke behandeling in Nederland ongeveer € 7.600,- zou hebben gekost. Amerikanen houden er niet van om veel belasting te betalen, maar de veel hogere verzekeringspremies (US\$ 18.000 versus € 3.600,- voor een doorsnee gezin) vinden ze minder bezwaarlijk. Je krijgt er hier dan wel een hamburger bij.

Groetjes,

Joost

Joost Montens werkt voor AstraZeneca, een innovatief biofarmaceutisch bedrijf. Sinds februari 2015 woont en werkt hij in de Verenigde Staten. In deze column bericht hij over zijn compliance-ervaringen en bevindingen.

Het patiëntendossier op de schop

Wat betekent nieuwe nationale en Europese regelgeving voor het zorgdossier?

Luuk Arends

Vóór 1994 hadden we in de zorg geen speciale wetgeving over de geheimhoudingsplicht van artsen of over het aanleggen van zorgdossier en het vastleggen het bewaren van patiëntgegevens in die dossiers. Wel kenden we toen een strafrechtelijke bepaling die ook op het beroepsgeheim van artsen zag. Ook was destijds de Wet persoonsregistraties net vijf jaar in werking. Deze wet stelde voor het eerst uitgewerkte regels over privacy. Sinds die tijd is er een hoop veranderd.

In 1994 trad de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) in werking. Die wet verplicht artsen en andere zorgverleners om geen informatie van de patiënt aan anderen te verstrekken zonder dat hij daarvoor toestemming heeft gegeven. Ook schrijft deze wet voor dat er een zorgdossier moet worden ingericht ten behoeve van de zorgverlening aan patiënten. In 2000 werd bovendien de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geïntroduceerd, die de wet persoonsregistraties verving. Dit was het gevolg van een Europese richtlijn die de Europese Unie had ingevoerd. Die richtlijn beoogde wetgeving in de lidstaten op het gebied van privacy te uniformeren en ervoor te zorgen dat er een minimumbeschermingsniveau van privacy in alle lidstaten kwam. De Wbp is beter dan zijn voorganger toegesneden op de toenemende digitalisering in de samenleving. De Wet bescherming persoonsgegevens stelt onder meer strengere voorschriften voor bijzondere persoonsgegevens, zeg maar gevoelige gegevens over personen. Informatie over godsdienst, seksualiteit, ras of gezondheid zijn daarvan voorbeelden. Dergelijke gegevens mogen niet worden gekopieerd, gelezen, doorgestuurd of wat dan ook, tenzij de Wet bescherming persoonsgegevens zegt dat het wel mag. Deze wet heeft een hoop veranderd.

Maar ondertussen heeft de verdere ontwikkeling van het privacyrecht niet stilgestaan.

Autoriteit persoonsgegevens

De Autoriteit Persoonsgegevens (AP, voorheen het CBP) controleert of zorginstellingen juist met gezondheidsgegevens omgaan. Deze toezichthouder adviseert bovendien de wetgever als er nieuwe wetten in de zorg worden gemaakt. Als gevolg hiervan bevatten zorgwetten steeds meer bepalingen over het verwerken van gezondheidsgegevens van patiënten. Zo schrijft de Zorgverzekeringswet voor welke gezondheidsgegevens wel en niet door zorgverzekeraars mogen worden verwerkt, bepaalt de Wet langdurige zorg welke gezondheidsinformatie door zorgkantoren vastgelegd mogen worden en stellen de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 welke gegevens gemeenten over de gezondheid van personen mogen gebruiken.

Volgens de Autoriteit Persoonsgegevens moeten de wetten precies voorschrijven dat gezondheidsgegevens van mensen in een bepaalde situatie mogen worden gebruikt (expliciete grondslag) en ook welke gegevens dan verwerkt mogen

worden (specifieke grondslag). Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is sinds de inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) bij het verwerken van patiëntgegevens aan strengere regels gebonden. Zo schrijven de Wkkgz en het bijbehorende Uitvoeringsbesluit precies voor welke gegevens door de inspectie mogen worden opgevraagd en verwerkt als er een melding is gedaan van een calamiteit.

Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg

In 2017 wordt het wetgevingspalet in de zorg op het gebied van privacy verder uitgebreid als de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wvpz) in werking treedt. Omdat zorginstellingen in toenemende mate elektronisch patiëntgegevens met elkaar uitwisselen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, was het noodzakelijk dat er regels kwamen die bepalen of er gegevens mogen worden uitgewisseld tussen zorgaanbieders en zorgverleners en hoe dit moet gebeuren. De Wvpz zorgt daarvoor.

Inhoud Wvpz

Gespecificeerde toestemming

Een zorgaanbieder mag zijn digitale patiëntgegevens slechts aan andere zorgaanbieders beschikbaar stellen als hij daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft van de patiënt. De patiënt kan zijn toestemming gespecificeerd geven, dat wil zeggen dat hij kan bepalen of de zorgaanbieder alle of slechts bepaalde gegevens mag uitwisselen. Ook kan de patiënt kenbaar maken of hij bepaalde gegevens (bijvoorbeeld alleen medicatiegegevens) of met slechts één of meer specifieke zorgaanbieders (bijvoorbeeld oogarts Jansen), of met bepaalde categorieën (bijvoorbeeld chirurgen, huisartsen, apothekers) wil laten delen door de zorgaanbieder. Als een patiënt een wettelijke vertegenwoordiger heeft (minderjarigen tot 16 jaar en personen die een door de rechter aangewezen vertegenwoordiger hebben), wordt de toestemming gegeven door deze wettelijke vertegenwoordiger. Als een minderjarige tussen 12 en 16 jaar is, geldt de Wgbo-regel. Dat wil zeggen dat zowel de ouders met gezag als het kind dan toestemming geven. Minderjarigen van 16 jaar en ouder mogen zelfstandig beslissen.

De wet bevat ook een bepaling dat een andere zorgaanbieder vervolgens alleen gegevens mag raadplegen bij de zorgaanbieder die deze beschikbaar heeft gesteld, als deze daarvoor toestemming heeft gekregen van de patiënt.

De minister van VWS heeft echter te kennen gegeven dat zij deze bepaling niet zal invoeren. Volgens haar is de patiënt al voldoende beschermd door andere wetgeving (bijvoorbeeld de Wgbo) en is het niet nodig ook nog eens apart toestemming te vragen voor het raadplegen, als de patiënt ook al toestemming heeft gegeven voor het beschikbaar stellen van zijn gegevens.

Informatieplichten

De patiënt kan zijn toestemming voor het beschikbaar stellen van zijn gegevens alleen maar geven als hij daarover voldoende geïnformeerd is. Hij moet weten wat het allemaal inhoudt. De Wvpz schrijft daarom voor dat de zorgaanbieder de patiënt informatie moet geven over zijn rechten bij elektronisch gegevensuitwisseling, de wijze waarop hij zijn rechten kan uitoefenen en over de werking van het elektronisch uitwisselingsstelsel dat voor de gegevensuitwisseling kan worden gebruikt. Als er nieuwe categorieën van zorgaanbieders bij het stelsel aansluiten of de werking van het elektronisch uitwisselingsstelsel substantieel wordt gewijzigd, moet de zorgaanbieder de patiënt daarover eveneens informeren. Op die manier kan de patiënt ervoor kiezen of hij zijn toestemming voor de uitwisselingsmogelijkheden handhaaft, uitbreidt of intrekt.

Inzagerecht

De Wvpz verleent de patiënt een recht op elektronische inzage en afschrift in zijn dossier. Zorgaanbieders moeten patiënten die daarom vragen in het vervolg elektronisch inzage bieden respectievelijk een elektronisch afschrift bieden. Zij mogen daarvoor geen geld vragen. Voor medicatiegegevens bij de apotheker gelden aanvullende voorschriften. De apotheker moet patiënten namelijk direct op elektronische wijze inzage in zijn medicatiegegevens bieden en ook dient hij op verzoek door de patiënt verstrekte gegevens over het gebruik van zelfmedicatie beschikbaar te stellen via het elektronisch uitwisselingsstelsel. Patiënten hebben daarnaast inzage in gegevens die duidelijk maken wie bepaalde informatie op welke datum via het elektronisch uitwisselingsstelsel beschikbaar heeft gesteld en wie bepaalde informatie op welke datum heeft ingezien of opgevraagd.

Voordeel van dit inzage- en afschriftrecht is dat patiëntgegevens in de toekomst snel en zonder meer (elektronisch) beschikbaar komen voor patiënten. Nadeel ervan is dat zodra dit gebeurt, zorgaanbieders er geen vat meer op hebben in wiens bezit ze zullen komen. Patiënten zullen zich ervan bewust moeten worden dat het thuis

bewaren van patiëntgegevens kwetsbaar kan zijn, omdat ze daardoor mogelijk ook voor anderen toegankelijk zijn. En de vraag is of commerciële partijen in de toekomst niet gemakkelijker patiëntgegevens van patiënten zullen gaan verlangen, als zij weten dat de patiënt daar zonder meer toegang toe heeft. Daardoor kan de privacy van patiënten ondanks de strengere regelgeving toch onder druk komen te staan. Zorgaanbieders zullen patiënten op deze risico's moeten wijzen wanneer zij om inzage en afschrift van hun gegevens verzoeken.

Uitvoeringsbesluit

De Wvpz kent ook een uitvoeringsbesluit, die het Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders (Begz) gaat heten. Dit besluit stelt aanvullende verplichtingen aan zorgaanbieders, waaronder de plicht om aan NEN 7510,7512 en 7513 te voldoen. Verder moeten rechtspersonen die geen zorgaanbieder zijn, maar wel een elektronisch uitwisselingssysteem in stand houden (zoals bijvoorbeeld de Vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie) aan een aantal voorwaarden voldoen. Zorgaanbieders die kwalificeren als instelling in de zin van de Wkkgz en rechtspersonen die een elektronisch uitwisselingssysteem in stand houden moeten ook een functionaris voor de gegevensbescherming (FG) gaan aanstellen. Een instelling in de zin van de Wkkgz is een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen en natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg doen verlenen. Onder dit begrip vallen zorgverleners daardoor al vrij snel.

Geen toegang voor zorgverzekeraars, bedrijfs- en keuringsartsen

Zorgverzekeraars worden expliciet uitgesloten. Zij mogen geen toegang hebben tot elektronische uitwisselingssystemen van zorgaanbieders. Doen zij dit toch, dan moet dit gemeld worden aan de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze kan in dat geval aan de zorgverzekeraar een bestuurlijke boete opleggen van maximaal € 500.000,- of 10% van de jaaromzet van de zorgverzekeraar. Een patiënt die hierover wordt ingelicht, kan dan vervolgens binnen zes weken zijn zorgverzekering opzeggen.

Tegen deze achtergrond is het van belang dat zorgverzekeraars niet zonder meer via de achterdeur patiëntgegevens moeten mogen op vragen bij de patiënt zelf. Zeker niet als de patiënt zijn toestemming niet geheel in vrijheid kan geven, bijvoorbeeld omdat het beschikbaar stellen van de gegevens afhankelijk wordt gesteld van de vergoeding van de zorg.

Buiten zorgverzekeraars hebben ook bedrijfsartsen, verzekeringsartsen of keuringsartsen geen toegang tot elektronische uitwisselingssystemen. Voor hen heeft de wetgever ook nadrukkelijk vastgelegd dat zij geen gegevens uit elektronische uitwisselingssystemen mogen verwerken.

Strafbepaling

Zoals ik aan het begin van dit artikel al opmerkte, bestond er altijd al een bepaling die maakte dat een zorgverlener die zijn geheimhoudingsplicht schendt strafbaar is. Een zorgverlener of zorgaanbieder die zich toegang verschafft tot een gegevensuitwisselingssysteem van een andere zorgverlener zonder dat hij daartoe bevoegd is, maakt zich schuldig aan computervrederebreuk, een gedraging die het Wetboek van strafrecht tegenwoordig ook als een misdrijf beschouwt. De Wvpz voegt aan deze strafbare gedragingen toe dat een zorgverlener, die deze feiten begaat met betrekking tot patiëntgegevens, uit de uitoefening van zijn beroep kan worden ontzet. Dit hoeft niet om een Big-geregistreerd beroep, zoals arts, tandarts, apotheker, gz-psycholoog of verpleegkundige te gaan. Ook andere zorgverleners, zoals triageassistenten of een verpleeghulp kunnen van een strafrechter een verbod op het uitoefenen van hun beroep krijgen.

Algemene verordening gegevensbescherming en de Uitvoeringswet

Vorig jaar heeft de Europese Unie besloten tot de invoering van een Algemene verordening gegevensbescherming (Avgb) per 25 mei 2018. Deze verordening treedt in de plaats van de Wbp, die dan komt te vervallen. Met het oog hierop heeft de minister van Veiligheid en Justitie op 16 december 2016 een consultatieversie van een voorontwerp Uitvoeringswet algemene verordening gegevens bescherming (Uitvoeringswet Avgb) op internet geplaatst. Met de inwerkingtreding van deze wet zal de Wbp worden ingetrokken en zullen aanvullende regels op de verordening worden gesteld.

Een van de eerste zaken die de wet zal regelen is de introductie van de instantie die toezicht houdt op de naleving van de verordening in Nederland (Autoriteit Persoonsgegevens). Deze zal in vergelijking met het College Bescherming Persoonsgegevens (want zo heet de Autoriteit Persoonsgegevens in de wet nog steeds officieel) meer bevoegdheden krijgen om op te treden en bovendien veel hogere boetes op kunnen leggen tot wel € 20 miljoen of 4% van de jaaromzet als die hoger is.

Voor de zorg verandert er op zichzelf weinig voor wat betreft de grondslagen voor gegevensverwerking. Voor zover de verordening voor bijzondere persoonsgegevens al afwijkende regels stelt, vult de Uitvoeringswet die in zoverre aan dat het huidige artikel 21 Wbp hierin vrijwel onveranderd wordt overgenomen. Omdat in de zorg bijzondere persoonsgegevens worden verwerkt, moeten zorginstellingen en zorgverleners wel aan de strengste voorschriften voldoen. Zo moeten zij een functionaris voor de gegevensbescherming (FG) gaan instellen die moet gaan optreden als een interne toezichthouder voor het naleven van de privacyregels. Hij dient ook samen te werken met de Autoriteit Persoonsgegevens en krijgt arbeidsrechtelijk een zelfstandige positie binnen de organisatie. Zorginstellingen en zorgverleners moeten ook een gegevensbeschermings-effectbeoordeling (ook wel privacy impact assessment of PIA genoemd) doen, omdat zij bijzondere persoonsgegevens verwerken. De Avg bevat voorschriften voor de uitvoering van de PIA voorafgaand aan een (nieuwe) verwerking. De Autoriteit Persoonsgegevens zal lijsten moeten gaan publiceren wanneer een PIA in ieder geval noodzakelijk is. Verwerkingsverantwoordelijken moeten ook een register gaan bijhouden van verwerkingsactiviteiten. De meldplicht voor datalekken aan de Autoriteit Persoonsgegevens en de betrokkenen wordt verder aangescherpt. De meldplicht voor nieuwe verwerkingen komt te vervallen.

Ook de voorschriften voor het beveiligen van persoonsgegevens worden opnieuw strenger. Daarbij is opvallend dat ook gepseudonimiseerde gegevens (het anoniem(er) maken van persoonsgegevens door ze te ontdoen van een direct herleidbare koppeling naar een persoon, bijvoorbeeld door de naam te wijzigen in een code) in de verordening als persoonsgegevens worden beschouwd. Pseudonimisering en versleuteling van persoonsgegevens worden zelfs als beveiligingsvoorschriften beschouwd. Tot slot worden er striktere eisen aan verwerkersovereenkomsten gesteld.

Beschouwing

De inwerkingtreding van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg, het Begz, de Avg en de Uitvoeringswet Avg confronteren de zorg opnieuw met (veel) nieuwe regels op het gebied van privacyrecht (in de zorg). Enerzijds beogen deze regels een betere beveiliging van de privacy te bewerkstelligen, anderzijds zijn ze gericht op het toegankelijker maken van die gegevens voor betrokkenen en voor andere zorgaanbieders, om de kwaliteit van zorgverlening te verbeteren en de betrokkenen in de zorg meer inspraak en inzage te geven over wat er over hem wordt vastgelegd. Dit levert een spanningsveld op, omdat meer toegankelijkheid ook ten koste kan gaan van de beveiliging.

De veranderingen zullen waarschijnlijk meebrengen dat de wijze waarop zorgverleners nu dossiers inrichten ook ingrijpend moet veranderen. Die zijn immers nog niet gericht op inzage door derden en zullen zowel voor andere zorgverleners als voor patiënten begrijpelijk moeten worden, niet alleen qua inhoud maar ook qua indeling. Daardoor zullen de wijzigingen voor zorginstellingen niet eens zo zeer merkbaar zijn omdat er juridisch zoveel verandert, maar vooral omdat de organisatie en beveiliging van (elektronische) patiëntendossiers ingrijpend moet worden aangepast. Zorgaanbieders zullen de komende tijd hard aan de slag moeten.

Mr. dr. L.A.P. (Luuk) Arends is advocaat-vennoot en hoofd van de sectie gezondheidszorg bij Dirkzwager advocaten & notarissen en gespecialiseerd in onder meer privacy- en kwaliteitswetgeving in de zorg.



Speakers' Corner: Fenna van Dijk

De nieuwe Governancecode Zorg toegelicht



Op 1 januari 2017 is voor een groot aantal zorgaanbieders in Nederland de nieuwe Governancecode Zorg in werking getreden. De Governancecode Zorg vervangt de Zorgbrede Governancecode 2010. Wat zijn de belangrijkste wijzigingen? Wat betekent de code voor u als compliance officer? En op welke wijze kan uw zorgorganisatie de nieuwe code implementeren? In dit artikel geven wij tips en adviezen voor de implementatie van de Governancecode Zorg in uw zorgorganisatie.

Zorgbrede Governancecode 2010 geheel herzien

Sinds het lanceren van de Zorgbrede Governancecode in 2010 is er veel veranderd in de gezondheidszorg in Nederland. Er waren de stelselwijzigingen waarvan de gevolgen nog dagelijks merkbaar zijn, wordt er op grote schaal gefuseerd of samengewerkt, is er veel aandacht voor innovaties en is er een continue druk op de beschikbare middelen. Bovendien is het denken over goed bestuur en toezicht – mede vanwege de misstanden die zich hebben voorgedaan – verder ontwikkeld. Zo publiceerde de Commissie Behoorlijk Bestuur in 2013 het adviesrapport 'Een lastig gesprek'¹. Ook minister Schippers roerde zich in de discussie, maar trok haar voornemen om een wet voor goed bestuur en toezicht in de zorg op te stellen later in en legde de bal om verandering teweeg te brengen bij de sector zelf.²

Deze veranderingen waren voor de Brancheorganisaties in de Zorg (BoZ), waarin Actiz, GGZ Nederland, NFU, NVZ en VGN verenigd zijn, reden om de code geheel te herzien. De code is ingrijpend gewijzigd. De Zorgbrede Governancecode uit 2010 was ingericht naar de diverse organen van de zorginstelling: raad van bestuur, raad van toezicht, algemene vergadering, aangevuld met twee hoofdstukken: werking en verantwoording. De Governancecode Zorg is gebaseerd op principes en is daarmee een geheel ander soort code. Dat betekent niet dat alle inzichten uit de oude code overboord zijn gegooid. Maar wel dat de insteek van de code een andere is. BoZ wil bestuurders en interne toezichthouders van een zorgaanbieder, samen met de direct belanghebbenden, aanzetten tot een goed gesprek over wat governance voor die zorgaanbieder inhoudt. BoZ: *“De code biedt de sector een instrument om de governance zo in te richten dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, aan het realiseren van haar maatschappelijke doelstelling en daarmee aan het maatschappelijk vertrouwen.”*³

1 www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/09/11/een-lastig-gesprek-advies-commissie-behoorlijk-bestuur

2 Wel is er een wetsvoorstel ingediend dat (onafhankelijk van de sector) de taak en aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders bij stichtingen en verenigingen beter moet regelen: www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/06/13/van-der-steur-bestuur-en-toezicht-bij-verenigingen-en-stichtingen-versterken.

3 Meer toelichting over de doelstelling van de Governancecode Zorg kunt u lezen op de in december 2016 gelanceerde website www.governancecodezorg.nl/ waarop ook de zeven principes van de code zijn opgenomen.

Wegblijven van afvinken

BoZ beoogt met de Governancecode Zorg dus vooral het initiëren van een brede discussie over goed bestuur en toezicht. De leden van BoZ zijn er namelijk van overtuigd dat governance meer is dan het afvinken van lijstjes: *“afvinkgedrag betekent aan de regels voldoen omwille van die regels, waarbij de bedoeling uit beeld is geraakt”*. De governance moet binnen een zorgorganisatie zo zijn ingericht dat die bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg en aan het realiseren van haar maatschappelijke doelstelling.

Zeven principes

Dit zijn de zeven principes die in de Governancecode Zorg verankerd liggen:

1. De maatschappelijke doelstelling en legitimatie van de zorgorganisatie is het bieden van goede zorg aan cliënten.
2. De raad van bestuur en raad van toezicht hanteren waarden en normen die passen bij de maatschappelijke positie van de zorgorganisatie.
3. De zorgorganisatie schept randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden.
4. De raad van bestuur en raad van toezicht zijn ieder vanuit hun eigen rol verantwoordelijk voor de governance van de zorgorganisatie.
5. De raad van bestuur bestuurt de zorgorganisatie gericht op haar maatschappelijke doelstelling.
6. De raad van toezicht houdt toezicht vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie.
7. De raad van bestuur en raad van toezicht ontwikkelen permanent hun professionaliteit en deskundigheid.

De principes zijn uitgewerkt in bepalingen of gedragsregels die de concrete toepassing van het principe beschrijven, soms voorafgegaan door een korte introductie. Deze principes gelden voor alle rechtsvormen. Een aanvullend hoofdstuk geeft regels voor specifieke, afwijkende situaties, zoals voor umc's of zorgaanbieders in de vorm van een coöperatie of bv (dus met een algemene vergadering).

'Pas-toe-of-leg-uit-beginsel'

Toepassing van de principes is niet vrijblijvend. De Zorgbrede Governancecode 2010 gaf zorginstellingen de mogelijkheid om, als een regel niet passend was voor de zorginstelling, de regel niet toe te passen en te kiezen voor een beter alternatief zolang de zorginstelling dit

uitlegde in het jaarverslag. BoZ wil op een vernieuwender en actueler manier omgaan met dit beginsel: *“Soms is bij toepassing juist uitleg nodig (pas toe en leg uit). Soms kan afwijking niet aan de orde zijn (pas toe!)”*. De zorgaanbieder bepaalt in dialoog welke bepalingen en gedragsregels zij volgt en in welke gevallen een (beter) alternatief passender is. Hierover is de zorgaanbieder transparant en legt zij verantwoording af. In zoverre wijkt dit niet af van de code uit 2010. Uit eerste reacties op de Governancecode Zorg blijkt dat zorgaanbieders nog wel moeite hebben bij de uitleg van de principes en de uitwerking daarvan in hun eigen zorgorganisatie. Anders dan BoZ in de inleiding stelt, is het onderscheid tussen open geformuleerde en gesloten geformuleerde bepalingen niet altijd duidelijk. Mijn advies is om – daar waar de principes of bepalingen niet duidelijk zijn – de afwegingen en keuzes die de zorgorganisatie maakt (in samenspraak met de stakeholders) duidelijk te omschrijven, zodat later kan worden uitgelegd waarom de zorgorganisatie tot een bepaalde keuze is gekomen.

Voor wie geldt de Governancecode Zorg?

De Governancecode Zorg geldt voor de leden van de bij BoZ aangesloten brancheorganisaties. Door lid te zijn, verplicht een zorgaanbieder zich de Governancecode Zorg na te leven. Indien een zorgaanbieder niet aan de code voldoet en gesprekken tussen de raad van bestuur met brancheleden, belanghebbenden of diens raad van toezicht niet leiden tot naleving van de code, dan is schorsing of roeyement van het lidmaatschap een uiterst remedium. Ook kunnen externe toezichthouders, zoals de IGZ, de governance binnen een zorgorganisatie aan de orde stellen tijdens hun werkbezoeken.

Ook als zorginstellingen niet lid zijn van een bij BoZ aangesloten brancheorganisatie kan de Governancecode Zorg op hen van toepassing zijn, doordat de (onverkorte) naleving verplicht wordt gesteld door zorgverzekeraars, zorgkantoren of gemeenten. Ook hebben de IGZ en de NZa in hun gezamenlijke 'Toezicht op Goed Bestuur'⁴ aangegeven dat zij de Zorgbrede Governancecode 2010 aanmerken als veldnorm die zij gebruiken bij het toezicht. Wij verwachten dat zij de Governancecode Zorg ook als veldnorm zullen aanmerken.

⁴ www.nza.nl/1048076/1048181/Toezicht_op_goed_bestuur_IGZ_NZa_2016.pdf

Voor kleine zorgaanbieders (die niet verplicht zijn om een ondernemingsraad in te stellen) geldt dat zij niet alle principes hoeven na te leven. De Governancecode Zorg beveelt aan dat kleine zorgaanbieders de principes en praktische bepalingen van de code zoveel mogelijk hanteren bij de inrichting van hun governance.⁵

Invoeringstermijn

Voor leden van de betrokken brancheorganisaties geldt een invoeringstermijn van één jaar om in zijn geheel aan de nieuwe code te voldoen. Voor de eventuele aanpassing van de statuten van een zorgorganisatie geldt dat deze bij de eerstvolgende statutenwijziging, doch uiterlijk binnen twee jaar, moet zijn doorgevoerd. Het betreft met name de artikelen:

- 5.2.2 (goedkeuring van besluiten – de lijst is t.o.v. de code 2010 aangepast);
- 6.2.2 (omvang raad van toezicht en procedure voor (her)benoeming, schorsing en ontslag van een lid van de raad van toezicht);
- A.1.3 (procedure schorsing en ontslag leden raad van commissarissen);

voor zover zorgorganisaties dat al niet in hun statuten geregeld hebben.

Het lijkt ons dat voor zorgorganisaties voor wie de Governancecode Zorg niet geldt vanuit een lidmaatschapsverplichting, een identieke invoeringstermijn zou moeten worden gehanteerd door zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en de IGZ/NZa.

Wat betekent de Governancecode Zorg voor de compliance officer?

BoZ is duidelijk: het gaat om *“reflectie op en het gesprek over het functioneren van bestuurder en toezichthouders en hun onderlinge verhouding”*. Voor de compliance officer is het implementeren van de nieuwe code dan ook geen eenvoudige klus. Er kan volgens BoZ niet worden volstaan met het actualiseren van reglementen en interne beleidsdocumenten. Alhoewel niemand zal ontkennen dat het op orde hebben van je 'huishouden' belangrijk is, is dit niet voldoende. Het implementeren van de nieuwe code zal ook niet voldoende zijn. Het onderwerp governance zal – zo is de wens van BoZ – minimaal jaarlijks moeten terugkomen in gesprekken tussen bestuurders, toezichthouders

en stakeholders waarbij men elkaar de vragen zal moeten stellen: 'hoe functioneren wij en hoe verhouden wij – bestuurders en toezichthouders – ons tot elkaar, en hoe vinden onze stakeholders dat wij het doen?'. Wij adviseren de compliance officer dan ook om – naast het zorgen voor geactualiseerde documentatie – vooral het bestuur en de interne toezichthouders te stimuleren tot het voeren van gesprekken over goed bestuur en toezicht, wat dit binnen uw zorginstelling betekent en wat hiervoor nodig is.

Wij willen u graag op weg helpen bij de implementatie van de Governancecode Zorg. Dit zijn onze tips voor de eerste stappen die uw zorgorganisatie hierin kan zetten:

1. Voer in 2017 de discussie over governance en wat dit voor uw zorgorganisatie betekent.
2. Doe dit breed en betrek hierbij de diverse organen en interne stakeholders binnen uw zorgorganisatie.
3. Formuleer een visie op wat governance voor uw zorgorganisatie betekent.
4. Vraag de raad van toezicht om zijn visie te formuleren over de wijze waarop hij het toezicht uitvoert.
5. Deel deze visies met uw externe stakeholders en ga met hen gericht de dialoog aan.

Stap 1: discussie over governance

Met de Governancecode Zorg beoogt BoZ een discussie binnen de organen van zorgorganisaties en tussen zorgorganisaties en diens belanghebbenden op gang te brengen over het goed functioneren van bestuur en toezicht binnen de zorgorganisatie. Wij adviseren raden van bestuur dan ook om de Governancecode Zorg en het onderwerp governance in 2017 te bespreken met:

- de raad van bestuur;
- de raad van toezicht;
- de raad van toezicht en de raad van bestuur in een gezamenlijk overleg;
- de cliëntenraad, inclusief een gezamenlijk overleg met de raad van bestuur (waarbij een delegatie van de raad van toezicht wordt uitgenodigd);
- de ondernemingsraad, inclusief een gezamenlijk overleg met de raad van bestuur (waarbij een delegatie van de raad van toezicht wordt uitgenodigd);
- (delen van) de organisatie; denk hierbij aan de verpleegkundige adviesraad, de medische staf maar ook aan afdelingen van zorgprofessionals en ondersteuning.

⁵ Zie hoofdstuk B. Kleine Organisaties van de Governancecode Zorg: www.governancecodezorg.nl/specifieke-situaties.

Afvinkgedrag betekent aan de regels voldoen omwille van die regels, waarbij de bedoeling uit beeld is geraakt

Stap 2: agenda voor het overleg

Wij adviseren de raad van bestuur om te beginnen met de volgende onderwerpen:

- Wat zijn de waarden en normen die voor onze zorgorganisatie gelden, passend bij diens maatschappelijke positie (principe 2.1.1)?
- Welke veranderingen zijn er in onze organisatie nodig om te komen tot een open aanspreekcultuur en een cultuur waarin wij leren van eigen en andermans fouten (principes 2.2 en 2.3)?
- Functioneren de 'checks and balances' in onze zorgorganisatie naar behoren? Hoe hebben wij tegenspraak georganiseerd en benutten wij deze mogelijkheid voldoende (principe 2.4)?
- Welke inrichting van governance hebben wij voor ogen binnen de zorgorganisatie en hoe zorgen wij ervoor dat die inrichting en de werking ervan voldoet aan de Governancecode Zorg (principe 4.1)?
- Met de raad van toezicht: wat is de visie van de raad van toezicht op de wijze waarop hij het toezicht uitvoert (principe 6.4.2)?
- Met de ondernemingsraad: op welke wijze geven wij, raad van bestuur, ruimte en vertrouwen aan de zorgprofessional en diens professionele oordeel binnen onze zorgorganisatie (principe 1.4)?
- Met de cliëntenraad: op welke wijze zorgen wij, raad van bestuur, ervoor dat cliënten en hun verwanten invloed kunnen uitoefenen op de zorg, dienstverlening en de koers van de zorgorganisatie (principe 3.1)?

Vanzelfsprekend wordt met deze gesprekken slechts een start gemaakt met het voeren van een goed gesprek over bestuur en toezicht. Net als dat de waarden en normen binnen een zorgorganisatie kunnen veranderen door verloop van tijd en gebeurtenissen, zo kan er ook een andere inrichting van de governance benodigd zijn. Het is een proces dat nooit klaar is en daarom is het van belang om het gesprek hierover continue te blijven voeren.

Stap 3: terugkoppeling aan externe stakeholders

Alle bovengenoemde gesprekken zullen met de tijd kunnen bijdragen aan de binnen de zorgorganisatie breed gedragen waarden en normen, en aan een visie op de wijze waarop bestuur en toezicht optimaal kunnen functioneren, als ook welke invloed belanghebbenden hierop kunnen uitoefenen. Wij adviseren u de waarden en de visie op de inrichting van de governance terug te koppelen aan uw belangrijkste externe stakeholders. Denk hierbij aan de gemeente(n), de zorgverzekeraar, het zorgkantoor, verwijzers, vrijwilligers, de IGZ, patiëntenorganisaties, belangrijke samenwerkingspartners. De raad van bestuur geeft hiermee invulling aan bepaling 3.2.1 van de Governancecode Zorg: *"de raad van bestuur gaat in dialoog met andere belanghebbenden van de zorgorganisatie"*. Ook dit is een dialoog die voortdurend gevoerd zal worden.

Met het doorlopen van deze stappen zult u een goed begin hebben gemaakt met de implementatie van de Governancecode Zorg. Zoals gezegd is, bent u er hiermee niet. Goed bestuur en toezicht vereist een continue alertheid, een open gesprek en aanspreekbaarheid op gedrag. Graag wil ik daarom afsluiten met een zinvolle aanbeveling in het adviesrapport 'Een lastig gesprek': *"Semipublieke instellingen zijn gebaat bij constante reflectie op hun maatschappelijke taak en een code kan daarbij heel bruikbaar zijn. Maar hij kan verstorend en zelfs contraproductief werken als hij verwordt tot een extern geweten en het nadenken niet bevordert maar vervangt. Gedragsregels formuleren heeft alleen zin als het leidt tot herleving van het gesprek over de maatschappelijke taak en de eigen rol en verantwoordelijkheid daarbij; het heeft geen zin als er meer dan voldoende regels bestaan, maar gedrag niet verandert. Behoorlijk bestuur is per slot van rekening geen resultaat van procedures of protocollen, maar van het feitelijk handelen van mensen."*

Fenna van Dijk is advocaat ondernemingsrecht en partner bij Kennedy Van der Laan en is Hoofd Team Gezondheidszorg.

Compliance screening: overzicht in de warboel aan regels

Sharon Karsten en Cora Wielenga

Regelmatig krijgen we de vraag wat je als compliance officer als eerste zou moeten doen wanneer je de compliancefunctie mag gaan inrichten bij een zorginstelling. Als antwoord op die vraag geven we tweeledig advies: 1) zorg dat er een compliancestatuut wordt opgesteld, zodat je de juiste bevoegdheden verkrijgt om te kunnen starten en 2) zorg dat je weet waar je als organisatie staat als het gaat om compliance, om vervolgens je koers te kunnen bepalen. In dit artikel nemen we je graag mee in de wijze waarop je kunt beoordelen waar de organisatie staat als het om compliance gaat. We gebruiken daar een nulmeting voor: een compliance screening. Het opzetten van een compliancestatuut behandelen we in een afzonderlijk artikel in deze editie.

Voordat we kunnen starten met de uitleg over de compliance screening, is het goed om stil te staan bij de termen compliance & integriteit.

Compliance betekent letterlijk 'naleving' en is heel lang gedefinieerd als *"het bevorderen van en het doen toezien op de naleving van externe en interne regels die relevant zijn voor de integriteit van de organisatie. Regels en normen die de organisatie zelf stelt, horen daar uitdrukkelijk bij."*¹ De laatste jaren verschuift compliance steeds meer van 'toezien op naleving van regels' naar 'bevorderen van integriteit'. Voor steeds meer organisaties is de volgende definitie van compliance daarom meer passend: *"compliance is het versterken van de integriteit van de organisatie, haar bestuur, haar medewerkers, de markt en haar data"*.²

Bij het woord integriteit heeft iedereen wel een beeld, maar het kan voor iedereen wat anders betekenen. We gebruiken voor de term integriteit graag de definitie die Edgar Karssing hanteert: integriteit is zorgvuldig, uitlegbaar en standvastig handelen.³

- Zorgvuldig handelen betekent dat medewerkers steeds opnieuw kritisch en systematisch reflecteren op hun kernverantwoordelijkheden en zich voortdurend vragen stellen als: Hoe doe ik mijn werk goed? Doe ik recht aan de situatie? Houd ik in voldoende mate rekening met de rechten, belangen en het welzijn van alle belanghebbenden?
- Uitlegbaar betekent dat medewerkers kunnen aangeven hoe hun handelen past bij hun kernverantwoordelijkheden en kerntaken, bij de kernwaarden, regels, richtlijnen, wetten en andere bindende voorschriften van hun organisatie.

1 Definitie is afgeleid van de inmiddels vervallen Regeling Organisatie en Beheersing (ROB) van DNB.

2 Nederlands Compliance Instituut, *Handboek Compliance Professional 2016-2017*, Capelle aan den IJssel: Nederlands Compliance Instituut 2016.

3 E.D. Karssing, *De oplossing is het probleem niet! Reflecties op ethiek, integriteit en compliance*, Capelle aan den IJssel: Nederlands Compliance Instituut 2011.

- Standvastig betekent dat medewerkers hun rug recht houden bij weerstanden en verleidingen; dat ze niet onverantwoord handelen omdat dit de weg van de minste weerstand is.⁴

Om te kunnen beoordelen waar je organisatie staat als het om compliance gaat, is het niet alleen goed om te weten wat er onder compliance en integriteit verstaan wordt, maar ook om inzichtelijk te hebben welke onderwerpen er onder de compliancefunctie vallen, oftewel welke reikwijdte de functie heeft.

Welke onderwerpen er onder de reikwijdte van de compliancefunctie vallen, is afhankelijk van:

- de diensten die een zorginstelling aanbiedt;
- type cliënten;
- de interne organisatie van stafafdelingen.

Wanneer de reikwijdte is bepaald, dan kunnen op basis daarvan de normen worden vastgesteld waaraan de zorginstelling moet voldoen. Deze normen kunnen afgeleid worden van ondermeer wet- en regelgeving, richtlijnen, visiedocumenten van de toezichthouder, inkoopcontracten en trends in de sector. Ook de normen die de instelling zelf heeft geformuleerd komen onder de reikwijdte te vallen.

Reikwijdte van compliance

Het lijkt niet eenvoudig om vanuit die warboel van wetten, interne en externe regels de reikwijdte te moeten bepalen. Een manier om het geheel wat meer overzichtelijk te krijgen, is om te werken vanuit integriteitthema's.

We werken bewust met integriteitthema's, omdat integriteit wat ons betreft verder gaat dan wet- en regelgeving. Je kunt immers voldoen aan wetgeving en tegelijkertijd niet-integer handelen. Daarnaast is het zo dat wetgeving vaak niet meer strookt met de mores van dat moment. Dat komt omdat wetgeving doorgaans volgend is aan de ontwikkelingen in de samenleving en omdat de totstandkoming van wetgeving vaak lange tijd nodig heeft.

Om de reikwijdte expliciet te maken, werken we bij zorginstellingen met vier integriteitthema's:

1. Cliënt-keten-integriteit

Met cliënt-integriteit wordt het integer gedrag naar de cliënten toe bedoeld. Met keten-integriteit wordt de integriteit van de keten bedoeld waarin de instelling opereert. Denk hierbij bijvoorbeeld aan samenwerkingsverbanden die de zorginstelling aangaat met andere instellingen.

2. Medewerkersintegriteit

Met medewerkersintegriteit bedoelen we de integriteit van het bestuur, de leden van de raad van toezicht en de interne en externe medewerkers van een organisatie.

3. Organisatie-integriteit

Organisatie-integriteit heeft betrekking op de integriteit van de organisatie.

4. Data-integriteit

Met data-integriteit bedoelen we de integriteit van de datahuishouding van de zorginstelling. Het thema data-integriteit is een relatief nieuw thema. Met de komst van de Algemene Verordening Gegevensbescherming⁵ zullen er meer privacyregels van toepassing worden op organisaties. Daarnaast zal er sprake zijn van hogere boetes dan dat nu het geval is. Om die reden wordt dit thema steeds vaker expliciet behandeld.

Deze vier hoofdthema's zijn niet specifiek voor de zorgsector. We gebruiken deze 'kapstok' evenzogoed voor andere sectoren, zoals in de financiële sector of bijvoorbeeld bij woningcorporaties.

De integriteitthema's kunnen elk worden onderverdeeld in verschillende onderwerpen. Een voorbeeld:

Thema: Cliënt-keten-integriteit

Onderwerp: Kwaliteit en veiligheid van zorg

Waaronder: Aanbieden van goede zorg; systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg; etc.

Andere onderwerpen die binnen het hoofdthema cliënt-keten-integriteit kunnen passen, zijn:

- Informatieverstrekking cliënten
- Klachtenregeling cliënten
- Melding incidenten cliënten
- Geneesmiddelen
- Declareren

⁴ Idem.

⁵ eur-lex.europa.eu/legal-content/nl/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN, laatst geraadpleegd op 25 januari 2016.



Onderwerpen die passen onder het hoofdthema medewerkersintegriteit, zijn:

- Pre-employment en in-employmentscreening
- Vakbekwaamheidseisen
- Belangenverstrengeling
- Klachtenregeling medewerkers
- Incidentenregeling medewerkers
- Regeling melding vermoeden misstand (ook wel aangeduid als klokkenluidersregeling)
- Veiligheid
- Hygiëne

Organisatie-integriteit kan onderverdeeld worden in de onderwerpen:

- Governance
- Mededinging
- Uitbesteding

Tot slot kan data-integriteit onderverdeeld worden in de onderwerpen:

- Privacy governance: alle systemen die je nodig hebt om een organisatie op een verantwoorde manier te laten voldoen aan privacyprincipes.
- Verwerken persoonsgegevens: met verwerken van persoonsgegevens wordt niet alleen het registreren van persoonsgegevens bedoeld, maar ook het bewaren en vernietigen van gegevens.
- Beveiliging privacy.
- Melden verwerkingen en datalekken.

Voor alle onderwerpen geldt dat ze verder kunnen worden vertaald naar relevante, specifieke normen.

Buiten de reikwijdte van compliance

Niet alle wetten en regels zullen binnen de reikwijdte van compliance vallen. Het zwaartepunt ligt veelal op toezichtswetgeving, maar daarmee is ook niet alles gezegd. Neem bijvoorbeeld de Arbowetgeving; zou ook belegd kunnen worden bij de afdeling PZ. Alhoewel dit binnen de zorgsector bijna altijd onder de compliancefunctie wordt

geschaard. Of neem het thema data-integriteit, dat bij de ene instelling onder compliance valt, terwijl dit bij een andere instelling wordt belegd bij een aparte functionaris gegevensbescherming. Hetzelfde geldt voor kwaliteit. Kwaliteit van dienstverlening is in de zorgsector een van de belangrijkste onderwerpen die binnen de reikwijdte vallen, terwijl dit in andere sectoren niet eens als afzonderlijk onderwerp wordt onderkend.

Het is verstandig om expliciet te maken welke onderwerpen en wetgevingsvraagstukken niet onder de compliancefunctie vallen. Hiermee kun je voorkomen dat onderwerpen dubbel of, erger nog, helemaal niet worden behandeld.

We hebben regelmatig discussie met zorginstellingen of de wetgeving over de financiële stromen in de zorgsector nu wel of niet onder compliance valt. In eerste instantie adviseerden we altijd om de wetgeving ten aanzien van financiële stromen in de zorg buiten de reikwijdte te laten vallen, analoog aan de inrichting van compliance in andere sectoren. Echter, we zien nu een trend dat steeds meer instellingen de financiële stromen ook onder de compliancefunctie laten vallen. Dit zal mede veroorzaakt zijn door het rapport⁶ dat de NZa daarover heeft uitgebracht. Vanwege deze trend scharen we bijvoorbeeld het declaratieproces nu ook onder compliance.

Normen vaststellen

Wanneer je de reikwijdte hebt vastgesteld en de hoofdthema's verder hebt opgesplitst in onderwerpen, kun je overgaan tot het formuleren van normen waar de instelling aan moet voldoen. Deze normen zijn af te leiden uit verplichtingen die de zorginstelling heeft op grond van wetgeving, maar kunnen ook gebaseerd zijn op regels die voortvloeien uit inkoopcontracten of eigen interne beleid.

6 NZa & Berenschot, 'Compliance registreren en declareren. Van erkend probleem tot gedeelde ambitie', NZa: februari 2016.

Bijvoorbeeld:

We nemen het thema Organisatie-integriteit, onderwerp Governance - Governance raad van bestuur. De norm die je vervolgens kunt formuleren is:

- De RvT benoemt de RvB en stelt daarbij de beloning en contractvorm vast. De zorginstelling is verplicht om beloningen van bestuurders te maximaleren tot de WNT-norm.⁷

Een ander onderwerp binnen dit thema kan zijn Governance - Goede taakvervulling en beschikbaarheid van de RvT- en RvB-leden. De norm die daarbij past is:

- Het aantal bestuurlijke of toezichthoudende functies van de leden van de RvT is zodanig beperkt, dat een goede taakvervulling door ieder van de leden van de raad gewaarborgd is.⁸ Bestuurders van grote nv's, bv's of stichtingen mogen slechts bij twee van dergelijke andere rechtspersonen lid zijn van de RvC/RvT of een ander toezichthoudend orgaan of als niet-uitvoerende bestuurder deel uitmaken van een one-tier board. Verder mogen ze geen voorzitter zijn van een RvC/RvT, een ander toezichthoudend orgaan of een one-tier board.⁹

Wanneer je werkt met de eerder genoemde vier integriteit-thema's kom je gemiddeld uit op ongeveer honderdvijftig normen.

Voldoet de zorginstelling aan alle normen?

Nadat alle normen zijn vastgesteld, kan per norm worden bekeken of de zorginstelling voldoet aan deze norm. Om dat te kunnen beoordelen is het belangrijk om beleid, procedures en regels door te nemen. Vervolgens kun je functionarissen die een rol hebben in de naleving van de norm interviewen over de wijze waarop de zorginstelling in de praktijk omgaat met de norm. Dit leidt tot bevindingen per norm. Meestal kun je op basis van de bevindingen constateren of het noodzakelijk is om verbetermaatregelen te treffen.

Hoe kunnen instellingen voor 100% voldoen aan de normen?

Er is een wijd verbreid misverstand over het einddoel van compliance: een organisatie zou aan alle normen moeten voldoen. Hoewel dit een mooi uitgangspunt is, wordt zo'n stelling al snel frustrerend, want er bestaat niet zoiets als 100%-naleving. Risicoloosheid zou de organisatie zoveel geld kosten, dat de continuïteit van de instelling in het gedrang komt. Het is dus belangrijk voor organisaties om de verbetermaatregelen te prioriteren naar risico's. En vervolgens zal het bestuur een keuze moeten maken welke verbetermaatregelen opgevolgd moeten worden en vooral welke risico's moeten worden geaccepteerd.

Concluderend

In dit artikel hebben we uitgelegd welke stappen je kunt zetten wanneer je binnen een zorginstelling een compliancefunctie mag inrichten. We hebben geadviseerd om eerst een compliancestatuut¹⁰ te laten vaststellen, zodat je als compliancefunctionaris de noodzakelijke bevoegdheden krijgt toegekend. Vervolgens is het belangrijk om de reikwijdte te bepalen: wat valt er wel en niet onder compliance? Wanneer je hebt bepaald welke onderwerpen onder compliance vallen, is het tijd om compliancenenormen te formuleren. Daarna kun je per norm kijken in hoeverre de organisatie voldoet. Je maakt als het ware een vergelijking tussen de 'ist' en de 'soll'. Uiteindelijk resulteert dit in een lijst met verbetermaatregelen. We adviseren je om niet de ideologie van 100% compliance na te streven, maar om je samen met de bestuurders te richten op die verbetermaatregelen die voor de organisatie het belangrijkste zijn. De uitkomsten van deze nulmeting op integriteit dient als een plan van aanpak voor de nadere invulling van de compliancefunctie. Met het uitvoeren van een integriteitsnulmeting en de inrichting van een compliancestatuut kan een compliance officer bij een zorginstelling een gedegen start maken met de uitvoering van de compliancefunctie bij de instelling.

Sharon Karsten is werkzaam als medewerker compliance en communicatie bij het Nederlands Compliance Instituut. Cora Wielenga is directeur van het Nederlands Compliance Instituut. Beiden geven les in de Leergang Compliance Officer in de zorg en adviseren zorginstellingen over de inrichting en uitvoering van de compliancefunctie.

⁷ Artikel 2.3 van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector.

⁸ Zorgbrede GovernanceCode.

⁹ Artikel 2:297a BW.

¹⁰ Zie daarvoor het artikel 'Compliancestatuut' in deze editie.

A close-up portrait of Petra Verdult, a woman with short, layered blonde hair and bangs. She is wearing black-rimmed glasses and has a slight smile. She is wearing a red top under a patterned jacket with red, black, and white tones. The background is a plain, light grey color.

Petra Verdult:

'Het 'vingertje
opsteken' helpt
niet, het gaat om
toegankelijk zijn
en om hulp geven'

Compliance is in de zorgsector een nog vrij onbekend begrip.

Wat niet betekent dat er binnen de sector helemaal geen aandacht is voor compliance, want er zijn wel degelijk zorginstellingen die invulling geven aan de compliancefunctie. Zo ook het Bravis ziekenhuis in Bergen op Zoom, alwaar *Petra Verdult*, secretaris raad van bestuur, compliance zich heeft 'toegeëigend'. Over de invulling van compliance binnen een fusieziekenhuis gaat Sharon Karsten met Petra in gesprek.

Je bent secretaris raad van bestuur; wat doe je precies? "Ik heb als secretaris raad van bestuur drie hoofdtaken: ik ben de rechterhand van de raad van bestuur bij de voorbereiding van belangrijke besluitvormingsprocessen in het ziekenhuis; ik geef leiding aan de stafdienst juridische en bestuursondersteuning, het JUBO; ik geef aandacht aan verschillende toegewezen aandachtsgebieden op strategisch en tactisch niveau, waaronder risicomangement, crisismanagement, governance. Compliance hoort daar ook bij, al heb ik die niet toegewezen gekregen, maar mijzelf toegeëigend."

Compliance toeëigenen; wat moet ik mij daarbij voorstellen? "Ik heb al lange tijd de neiging om steeds weer op zoek te gaan naar nieuwe uitdagingen, hetzij vanuit mijn persoonlijke interesse, hetzij gevoelsmatig. Hier in huis spelen nog wel eens issues die wel door de raad van bestuur of door het managementteam als belangrijk worden ervaren, maar die niet nadrukkelijk zijn belegd. Dat heeft mij ertoe gebracht om bewust te kiezen voor een aantal van die issues, die ik dan opneem in mijn eigen werkplan. Het werkplan stem ik af met de raad van bestuur. Ieder jaar toetsen we of we de acties uit het werkplan hebben kunnen uitvoeren en rollen er vervolgacties uit voort."

Wat is je achtergrond; hoe ben je in deze rol terecht gekomen? "Ik ben in 1981 begonnen als directiesecretaresse bij dit ziekenhuis. Ben er een tijdje tussenuit geweest toen de kinderen kwamen en ben in 1990 teruggekomen in dezelfde functie in een duobaan. Een hele leuke baan hoor, maar ik wilde toch meer. Toen ben ik deeltijd Nederlands recht gaan studeren en in 2007 afgestudeerd. Hoewel ik mijn rechtenstudie heel interessant en boeiend heb gevonden, merkte ik dat ik te

veel met alleen een juridische blik naar problemen keek. Dat vond ik te beperkt – ik vind juist generalisten hard nodig in ziekenhuizen en persoonlijk vind ik het ook heel leuk om vanuit een generalistische blik mensen met elkaar verbinden – en om mijn blik te verruimen, ben ik daarom een vervolgstudie gestart bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Tijdens mijn eerste studie ging het ziekenhuis verbouwen en zochten ze een schakel tussen de bouworganisatie en het ziekenhuis. Dat werd ik, in de rol van stafmedewerker. Vanuit deze positie ben ik uiteindelijk doorgegroeid naar secretaris raad van bestuur, een baan die ik eigenlijk al begin jaren negentig ambieerde."

Hoe is de compliancefunctie bij jullie ingericht?

"Formeel niet: ik heb het enkel als aandachtsgebied, waarmee ik de gelegenheid krijg en neem om het onderwerp aan de orde te stellen als ik dat nodig acht, met name in MT-verband en in bestuursvergaderingen. Daarbij is er een aantal natuurlijke momenten waarop dit onderwerp naar voren komt, bijvoorbeeld wanneer je in gesprek raakt over het melden van calamiteiten. Wat wij – de staffunctionaris juridische zaken en ik – proberen, is om de intermediairfunctie te vervullen tussen wat er in de wet staat en hoe wij dat in dit ziekenhuis interpreteren en toepassen. We gaan heel vaak voor de 80/20-regel: als door onze vertaling in beleid voortaan 80% collega's de regels goed kunnen toepassen, dan is dat al een heel mooie vooruitgang en zij we daar heel blij mee. Compliance is dus als dusdanig niet benoemd, maar bij een aantal onderwerpen hebben we wel mooie stappen gezet op dit vlak, door mensen bewust te maken van het feit dat er regels zijn en door de zin van die regels uit te leggen. Ik gebruik het woord compliance overigens zelden; het is toch een woord dat niet zo goed valt."

Meer bewustwording creëren en de geest van de wet toelichten: hoe hebben jullie dit aangepakt?

"Informatie-uitwisseling is daar een mooi voorbeeld van. Het Bravis ziekenhuis is ontstaan uit een fusie. Eén uitdaging bij een fusie is de harmonisatie van de regels. In 2015 zijn we gestart met een projectgroep die alle verschillende regelingen over informatie-uitwisseling heeft vergeleken. Dit heeft geleid tot een uitgebreid informatie-uitwisselingsbeleid en een privacyreglement, welke zijn opgenomen in ons digitaal kwaliteitsmanagementsysteem. Met het besef dat als het daarin staat, dit nog geen garantie is dat de medewerkers het toepassen. We hebben ervoor gekozen om het nieuwe beleid aan te kondigen via het intranet en per onderwerp een factsheet toe te voegen van hooguit een kantje.

Vervolgens zijn we aangeschoven bij werkoverleggen. Hierdoor ontstond een interactie met de mensen die het beleid moeten toepassen. Tot slot hebben we twee bijscholingsmomenten georganiseerd. Hiervoor was de belangstelling zo groot, dat we de bijscholing dit jaar continueren. Het resultaat van deze aanpak is dat er meer bewustwording is ontstaan. Het feit dat de medewerkers nu vragen 'hoe verder', is voor ons een teken dat het onderwerp leeft en dat er een verdiepingsslag gemaakt kan worden."

Het Bravis Ziekenhuis is ontstaan uit een fusie tussen het Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom en het Franciscus Ziekenhuis in Roosendaal. Welke rol heb jij en heeft compliance daarbij gespeeld?

"Nieuwe kwaliteit- en volumenormenten hebben beide ziekenhuizen doen inzien dat we alleen samen daaraan kunnen voldoen. In 2012 werd aan de eerste schets van het fusieziekenhuis gewerkt. De raden van bestuur zochten daarbij ondersteuning en op dat moment ben ik aangehaakt vanuit Lievensberg. Vanuit Roosendaal haakte eveneens iemand aan. In de zomer hebben de ziekenhuizen een gezamenlijk visiedocument geschreven. Dat stuk is naar alle adviesorganen en externe stakeholders gegaan en toen is het plan meer en meer gaan leven. Eind 2012 waren de plannen dermate helder dat we deze konden voorleggen aan de Nma (nu ACM). Ik had inmiddels een cursus Mededingingsrecht gevolgd, en die bewees zijn nut. Om per 1 januari 2014 bestuurlijk te mogen fuseren, moesten we de meldingsfase doorlopen en vervolgens een vergunning aanvragen. In dit traject botsten de mededingingseisen soms behoorlijk met de ziekenhuispraktijk. Zo verrasten we onze juridische

adviseurs én de ACM met het bericht dat we al sinds jaar en dag samenwerkten via o.a. drie dochterstichtingen en negen maatschappen van medisch specialisten. Verder mocht bepaalde bedrijfsinformatie in die fase niet onderling gedeeld worden, terwijl die daarna essentieel bleek voor het welslagen van de fusie. Bovendien startten we samen – vóór de vergunning werd verstrekt – de nieuwbouw van het moeder-kindcentrum, wat de ACM in verwarring bracht en tot extra juridische constructies leidde. Gelukkig kregen we de vergunning en werd een bezwaar daartegen door de rechter verworpen. Voor bestuurders, toezichthouders en managers die enthousiast verder wilden met de fusieplannen, was het ACM-traject met alle strikte regels een frustrerende ervaring. Als bewaker van dit compliancetraject kreeg ik dat geregeld te horen.

Vervolgens is de 'echte' fusie voor alle betrokkenen niet die bestuurlijke van 1 januari 2014 en ook niet de juridische van 1 januari 2015, maar de organisatorische integratie tot één ziekenhuisorganisatie vanaf 2015, inclusief de eerste verschuivingen van ziekenhuiszorg tussen de twee locaties. Alle drie de fusies, maar vooral die organisatorische, vragen heel veel overleg en formele adviestrajecten met de medezeggenschapsorganen. Je kunt je als raad van bestuur daar weinig fouten in veroorloven, omdat in die fase vertrouwen snel verloren kan gaan. En als er iets van belang is in een fusieproces, dan is dat vertrouwen in elkaar! In ons geval waren er de eerste jaren acht adviesorganen: de cliëntenraad, ondernemingsraad, vereniging medische staf en verpleegkundige adviesraad van elk ziekenhuis. Gelukkig hebben we in Bravis het fusietraject goed doorlopen en wordt de meerwaarde voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg steeds duidelijker zichtbaar.

De afgelopen jaren waren voor de top van de organisatie tropenjaren. Nu zie je dat de integratie plaatsvindt op de overige afdelingen. Ik begrijp heel goed wat de medewerkers daar nu meemaken, welke drukte en spanning dit teweeg brengt. Wat ik daarover kan zeggen is: hou vol, deze fase gaat echt voorbij."

Hoe ging het samenvlechten van de twee organisaties? Lagen de culturen van de twee ziekenhuizen dicht bijeen? "We hebben bewust cultuuronderzoek laten uitvoeren binnen de twee huizen. De conclusie was dat de culturen heel veel op elkaar leken. Je wilt heel graag naar één Bravis-cultuur, maar je wilt ook het

verleden respecteren. Zolang je twee locaties hebt, zal er altijd cultuurverschil zijn. We hebben wel geprobeerd het verschil te verkleinen door mensen samen te brengen. Eerst in een gezamenlijk project voor een nieuw elektronisch patiëntendossier, daarna onder aansturing van een kernteam fusie – ik was een van de vier leden – in tweeënvijftig verschillende projecten. Cultuur was daar een van. En soms word je geholpen door het toeval. Door brand op de spoedeisende hulp ontstond er een niet gepland, intensief samenwerkingsmoment en moest de patiëntenzorg, inclusief de medewerkers, voor weken worden verplaatst naar Roosendaal. We waren blij dat we toen al aan de vooravond van de organisatorische fusie stonden, zodat dit heel soepel verliep. Desondanks is er op een aantal afdelingen nog best wat weerstand tegen integratie met de andere zijde, we zijn er ook nog niet."

Het Bravis ziekenhuis kent vier kernwaarden: deskundig, verbindend, lef en vrij zijn. Hoe vertaal je dit naar compliance? "We hebben waarden gezocht die aanduiden wat we als Bravis willen zijn en – voor zover we dat nog niet zijn – hoe we dat willen worden. We hebben de kernwaarden met een grote groep medewerkers bepaald. Over de waarden deskundig en verbindend waren we het snel eens. In Roosendaal zijn we sterk in het samenwerken met externe partners, in transmurale projecten; in Bergen op Zoom zijn we sterk in het onderling samenwerken en in het verbeteren van processen. Deze twee sterkten geven als vanzelf al invulling aan de waarden deskundig en verbindend. In Roosendaal zijn de mensen sterk in het elkaar aanspreken, daar komt de waarde 'vrij zijn' vandaan. Vanuit de gedachte dat je vrij kunt zijn om te zeggen wat je denkt, zonder dat hiërarchie leidend wordt in de dagelijkse contacten. 'Vrij' bereiken vergt lef, onze vierde kernwaarde. Het lef om je hoofd boven het maaiveld uit te steken, om dingen op een andere manier aan te pakken, om soms bewust af te wijken van protocollen. Deze kernwaarden verbinden met compliance is iets wat ik nu probeer door meer aandacht te vragen voor integriteit en ethiek. Ethiek, integriteit en compliance hangen nauw met elkaar samen wat mij betreft. Daarom ben ik toegetreden tot de commissie ethiek."

Hoe doe je dat precies, die verbinding maken via o.a. de commissie ethiek? "Hierbij fungeert mijn functie als verbindende factor; enerzijds ben ik lid van deze commissie waar over ethische vraagstukken advies wordt geformuleerd, anderzijds ben ik MT-lid waar die

vraagstukken vanuit beleidsmatig oogpunt op tafel komen. Verder heb ik elke twee weken overleg met de staffunctionaris juridische zaken en met de beleidsmedewerker/jurist van de medische staf, onder andere over medisch-ethische kwesties. Samen hebben we al verschillende stappen gezet op compliancegebied, bijvoorbeeld een nieuw document medische staf, een procedure voor het professioneel functioneren van leden medische staf en beleid voor het maken van beeld- en geluidsopnamen in het ziekenhuis. Binnenkort gaan we vanuit de commissie ethiek actief aan de slag met het beschrijven van het ethisch beleid van het ziekenhuis en stem ik dat proces in het tweewekelijks overleg af op het medisch-ethisch beleid voor de medische staf."

Even terug naar aanspreken of bespreekbaar maken; dat vergt een veilige omgeving. Hoe creëer je een omgeving waarin mensen zich veilig genoeg voelen om zaken bespreekbaar te maken of te melden? "Dat is een punt waar we in deze fase mee worstelen, want door alle veranderingen voelen mensen zich minder veilig. Het is op dit moment ook heel druk in het ziekenhuis, iets wat het gevoel van veiligheid evenmin bevordert. Om de bespreekbaarheid toch te bevorderen heeft de commissie ethiek het 'Bravis-ethiekbekje' rondgebracht (zie foto). Het ethiekbekje opent het gesprek over de zorgverlening en biedt gelegenheid tot reflectie en het geven van feedback."



Door persoonlijk het ethiekbekje te bezorgen op afdelingen zijn we die goede gesprekken gestart. We zijn blij dat we dit gedaan hebben; mensen hebben het gebaar gewaardeerd en voelden zich ook gewaardeerd door de organisatie. We gaan hiermee door om het gevoel van veiligheid en bespreekbaarheid van lastige kwesties te bevorderen.

We hebben dit moment tevens aangegrepen om de commissie ethiek te presenteren en kenbaar te maken dat we steun willen bieden bij verschillende vraagstukken. Ook dat heeft effect gehad; er hebben zich bijna twintig kandidaten gemeld voor de laatste twee vacatures in de commissie en er komen steeds meer vragen binnen voor ondersteuning bij de bespreking van morele dilemma's als 'naar welke patiënt ga je als verpleegkundige het eerst: de meest zieke of degene die het eerst heeft gebeld', en 'welke patiënt krijgt de enige vrije eenpersoonskamer op de afdeling?'"

Vorig jaar heeft het Bravis Ziekenhuis als eerste ziekenhuis publiekelijk verantwoording afgelegd over haar beleid en functioneren; resultaten, toekomstige plannen en dilemma's waarmee het ziekenhuis geconfronteerd wordt, werden daarbij gedeeld. Hoe hebben jullie dit aangepakt en waarom hebben jullie dit gedaan? "We zijn intussen de grootste werkgever binnen de regio en hechten veel waarde aan transparantie en zichtbaarheid in de maatschappij. Om onze zichtbaarheid te vergroten en om onze transparantie onder de aandacht te brengen, hebben de raad van toezicht en de raad van bestuur besloten om de tien gemeenteraden en colleges B&W uit te nodigen. Met hen wilden we de discussie aangaan over de positie van het ziekenhuis, over wat wij doen en over waar hun zorgen zitten. Ook de pers was uitgenodigd. Het is een goede bijeenkomst geweest, al viel de opkomst mij wat tegen. Dit initiatief past goed bij de nieuwe Governancecode Zorg. We zijn nog zoekende hoe we dit gaan voortzetten; daarover overleggen we binnenkort."

Het Bravis heeft het BravE Innovatieteam opgericht. Het innovatieteam gaat actief met e-health aan de slag. Kun je uitleggen welke rol compliance hierbij heeft? "Kenmerkend aan innovatie is dat het niet altijd past binnen de huidige wet- en regelgeving. BravE richt zich voornamelijk op kleinschalige initiatieven, om die een kans te geven en om meer ervaring op te doen met

Er komen steeds meer vragen binnen voor ondersteuning bij de bespreking van morele dilemma's als 'naar welke patiënt ga je als verpleegkundige het eerst: de meest zieke of degene die het eerst heeft gebeld?'

het invoeren van technische innovaties. Het innovatieteam kan mij over juridische of beleidsmatige zaken om advies vragen. Mijn belangrijkste beoordelingscriteria zijn 'kwalitatief verantwoord' en 'veilig voor patiënt en/of medewerker'. Als in de praktijk blijkt dat een initiatief volgens die criteria kan worden uitgevoerd, maar dat dit buiten de bestaande regelgeving valt, dan zal ik de laatste zijn die daar moeilijk over doet. Ik beschouw de regelgeving dan als richtlijn; je wordt geacht je eraan te houden, maar soms is het beter om beargumenteerd en gedocumenteerd af te wijken. Voor die argumentatie en documentatie zorg ik dan."

Wat is de belangrijkste les die je de afgelopen jaren hebt geleerd en welk advies zou je willen meegeven aan beginnende compliance officers in de zorg? "Mijn belangrijkste les is dat het helpt om jezelf kwetsbaar op te stellen; het zorgt ervoor dat je in gesprek raakt met mensen en draagt bij aan wederzijds vertrouwen. Het 'vingertje opsteken' helpt niet, het gaat om toegankelijk zijn en om hulp geven. En: levenservaring is een pre."

Speakers' Corner: Hans Slaman

De vergewisplicht versus pre-, employmentscreening



Per 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) van kracht geworden, waarmee de wetgever het leveren van veilige zorg en betere kwaliteit beoogt. Onderdeel van deze wet is dat zorgverleners verplicht zijn tot het doen van onderzoek naar het arbeidsverleden bij het aannemen van nieuwe zorgmedewerkers. Deze wettelijke verplichting wordt ook wel genoemd: 'de vergewisplicht'. In dit artikel wordt ingegaan op de waarde van de vergewisplicht in relatie tot risico's als gevolg waarvan zorgverleners (reputatie-)schade zouden kunnen leiden.

Algemeen

Bij het doen van onderzoek naar het arbeidsverleden kan worden gedacht aan een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG), het beoordelen van de vakbekwaamheid aan de hand van diploma's en gesprekken met referenten over de werkervaringen, het doen van navraag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en een check in het waar-schuivingsregister Zorg & Welzijn en een controle op de bevoegdheden van de zorgverlener door een check hierop in het BIG-register.

Invoering van de vergewisplicht is een goede zaak, omdat werkgevers hiermee een instrument in handen gekregen hebben op basis waarvan zij gerechtigd zijn tot het doen van onderzoek naar het arbeidsverleden en de vak-bekwaamheid van de toekomstig zorgmedewerker.

De waarde van de vergewisplicht in het veranderde zorglandschap

In de afgelopen jaren is als gevolg van wetswijzigingen het zorglandschap ingrijpend veranderd. Dit heeft o.a. geleid tot een forse verschuiving van intramurale naar extramurale zorgverlening. Een van de gevolgen van deze verschuiving is dat zorgbehoevenden zo lang mogelijk zelfstandig

moeten blijven wonen en de zorgverlening naar behoefte bij hun thuis moet plaatsvinden.

Door deze verschuiving is de extramurale zorgverlener meer op afstand komen te staan van de werkgever. Hierdoor is het voor de werkgever moeilijker geworden om toezicht te houden op wat zich om en nabij die zorgverlening in het privé-domein van de cliënt afspeelt. Waardoor het beheersen en voorkomen van risico's een lastige zaak geworden is.

Veilige en goede zorg

Om de risico's die een veilige en goede zorg in de weg staan zoveel als mogelijk te voorkomen en te beheersen, zijn er in de zorg tal van protocollen op dit gebied gekomen waardoor achteraf controle kan plaatsvinden.

Hoe anders is het met de risico's zoals diefstal en/of oplichting¹.

1 Bij oplichting wordt iemand door listige kunstgrepen (list/bedrog) bewogen tot afgifte van enig goed (bijvoorbeeld het overboeken van gelden).

Voor een volledig beeld van een toekomstig medewerker is pre-employment-screening het meest geschikte instrument

Uit een pre-employment-screening kwam naar voren dat de kandidaat loonbeslag had waarover bij indienst-treding afspraken zijn gemaakt.

Vanuit onze forensische onderzoekspraktijk weten we dat dergelijke risico's veelal het gevolg zijn van iemands persoonlijke levensomstandigheden.

Het nut van de vergewisplicht

De vergewisplicht als beschreven in de Wkkgz beperkt zich tot het arbeidsverleden en de vakbekwaamheid en laat de persoonlijke levensomstandigheden buiten beschouwing.

Onderzoek naar ouderenmishandeling bracht aan het licht dat de pleegster door de stress van haar slechte financiële situatie snel geïrriteerd raakte bij haar werk en daardoor haar cliënten zeer ruw behandelde die daardoor letsel opliepen.

Dit betekent dat met de vergewisplicht de werkgever niet altijd een compleet beeld krijgt van de toekomstig medewerker en derhalve geen volledig beeld heeft over potentiële risico's bij het aangaan van een dienstverband.

Indien u als werkgever een volledig beeld wenst van een toekomstig medewerker is pre-employment-screening daarvoor het meest geschikte instrument.

Tijdens een pre-employment-screening bleek dat de kandidaat uitkeringsfraude had gepleegd.

Het verschil tussen pre-employment-screening en de vergewisplicht is dat bij pre-employment-screening met name wordt gekeken naar de persoonlijke leefomstandigheden.

Googelen - screenen

We zien nog wel eens in onze praktijk dat door recruitment- en/of HR-medewerkers, met behulp van internet-zoekmachines zoals Google, kandidaat-medewerkers worden 'gescreend' en dat deze personen hierover niet geïnformeerd worden.

Het op deze wijze 'screenen' van kandidaat-medewerkers is weinig zorgvuldig en niet geheel zonder risico. Zo stelt de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) eisen aan de verwerking, opslag en beveiliging² van de naar personen herleidbare informatie, en het hiermee in strijd handelen levert een strafbaar feit op.

Het komt geregeld voor dat kandidaten informatie aan hun cv toevoegen en/of weglaten.

Bovendien is het zo dat er niet zonder meer vertrouwd kan worden op de informatie die u op het internet vindt. Om hiervan zeker te zijn is daarvoor nader verificatie-onderzoek noodzakelijk.

Tot slot is deze handelwijze strijdig met de algemeen geaccepteerde sollicitatiecode³.

Het screenen van personen (pre-, employment-screening) kan heel goed zonder al deze risico's wanneer u zich aan een aantal spelregels houdt.

2 De regelgeving omtrent datalekken is hierop onverkort van kracht.

3 De NVP Sollicitatiecode bevat basisregels die arbeidsorganisaties (bedrijven en instellingen die arbeidsrelaties aangaan) en sollicitanten naar het oordeel van de Nederlandse Vereniging voor Personeelsmanagement & Organisatieontwikkeling (NVP) in acht behoren te nemen bij de werving en selectie ter vervulling van vacatures.



Pre-employmentscreening

Bij pre-employmentscreening is er juridisch gesproken sprake van een 'persoonsgericht onderzoek'. Dit betekent dat bij het doen van een dergelijk onderzoek er voldaan moet worden aan de vereisten zoals die staan vermeld in de Wbp. Hierbij moet u denken aan vereisten over hoe de screening in zijn werk gaat, welke informatiebronnen worden geraadpleegd en hoe welke verkregen informatie wordt opgeslagen.

Toestemming/risico

Door de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) is bepaald dat het doen van een pre-, employmentscreening louter en alleen op basis van een toestemmingsverklaring ontoelaatbaar is. Naar hun oordeel dient de pre-, employmentscreening gebaseerd te zijn op een risicoanalyse. De hierbij gehanteerde overweging is dat de sollicitant zich veelal 'gedwongen' voelt om toestemming te verlenen, omdat de screening een vast onderdeel van de sollicitatieprocedure is. Het weigeren van toestemming zou dan betekenen dat de sollicitant niet verder komt in de sollicitatieprocedure.

De AP is van mening dat screening voor de werkgever een instrument is waarmee hij vooraf een inschatting kan maken van de risico's bij het in dienst nemen van een nieuwe medewerk(st)er. Hierbij kan gedacht worden aan risico's van bijvoorbeeld fraude, diefstal, oplichting, corruptie, belangenverstrengeling, misbruik van (patiënten) informatie en verminderde kwaliteit van zorg. De oorzaken van deze risico's zijn vaak het gevolg van omstandigheden

in de persoonlijke levenssituatie. Te denken valt bijvoorbeeld aan een zwakke financiële positie, het sociale netwerk en de gedragingen daarin, een stressvolle thuissituatie en opvattingen over waarden en normen.

Hoe pre-, employmentscreening in te voeren

Ons advies is om bij de invoering van pre-, employmentscreening te starten met het maken van beleid hieromtrent, zodat het een integraal onderdeel van uw personeelsmanagement wordt. Bij de totstandkoming van het beleid hoort een risicoanalyse naar activiteiten en functies. Wanneer de risico's in kaart gebracht zijn, kan bepaald worden hoe voor de afzonderlijke functies de pre-, employmentscreening moet zijn opgebouwd. Dit leidt er in de praktijk toe dat pre-, employmentscreening per functie van zwaarte kan verschillen.

Waarom pre-, employmentscreening

Invoering van pre-, employmentscreening kent vaak meerdere redenen, zoals het voldoen aan wet- en regelgeving (compliance), het versterken van het imago (borging van veilige en betrouwbare zorg) en om risico's inzichtelijk te maken voor bij het aangaan van een dienstverband. Met pre-, employmentscreening kunt u uw cliënten behoeden voor financiële- en emotionele schade en kunt u uw organisatie behoeden voor grote financiële- en reputatieschade.

Hans Slaman is directeur van International Security Partners te Lelystad.

De compliance officer als relatiebeheerder

Arie de Graaf

Dat was me nogal wat, vonden sommige collega's; een paar jaar geleden besloot ik mijn managementrol te verruilen voor de functie van compliance officer. Ik had vijf jaar leiding gegeven aan een stafafdeling binnen een financiële instelling. Nu wilde ik graag weer de inhoud in. Ja, ik moest een positie in het managementteam opgeven. En ja, ik zat niet meer automatisch bij belangrijke vergaderingen. Maar ik zag het als een kans om in het hart van het bedrijf te bewegen, mij bezig te houden met de primaire processen van de instelling. En mijn visie op de functie was om mijn bevindingen op basis van waarnemingen en controles te gebruiken als startpunt van een goed gesprek. Een gesprek om de uitvoering van een proces aan de voorkant te verbeteren. Dat leek mij een nuttige en dankbare rol.

De invulling van die beoogde rol ging mij goed af. Ik moest weliswaar mijn kennisniveau omhoog brengen – een opleiding, enkele cursussen en bestudering van interne documentatie waren daarvoor nodig – maar toen ik mijn kennis had aangevuld, ging het als vanzelf.

Dat het mij goed afging, had vooral te maken met mijn bekendheid met de relaties binnen de organisatie. Ik kende de meeste collega's en afdelingen door en door, wist waar het goed ging en waar mogelijke knelpunten zaten, en ik wist hoe verhoudingen lagen op bepaalde echelons. Bovendien meende ik dat ik een goede antenne had voor mindset en onderstromen. Het was niet moeilijk om ambassadeurs te vinden voor compliance. Mensen die het belang van 'compliant zijn' onderstreepten en dit ook wilden uitdragen. Niet onbelangrijk: de directievoorzitter was daar één van. Ik hoefde mij eigenlijk alleen maar druk te maken om de thema's en de actuele ontwikkelingen binnen het vakgebied. Bijblijven, tijdig signaleren, adviseren en daarna monitoren, daar zaten met name mijn uitdagingen. Na verloop van tijd had ik hierin een ritme te pakken en overzag ik het speelveld. En daarmee had ik het gevoel dat ik de functie van compliance officer goed invulde en volledig beheerste.

Vrij onverwacht, ingegeven door interne ontwikkelingen, kwam er een nieuwe uitdaging voorbij, passend bij mijn

ambities. Ik kreeg binnen de organisatie de kans om als compliance officer in een andere regio in het land aan de slag te gaan. Met mijn ervaring zag ik deze functieswitch met plezier en vol vertrouwen tegemoet.

Tegen de tijd dat ik zou starten, begon de nieuwe uitdaging tot mij door te dringen; het werd meer een hoofdbreker dan ik zelf wilde toegeven. Ik kende in dit rayon namelijk niemand. Omdat de regio groter was, moest ik bovendien mijn aandacht gaan verdelen. Ik zou daarmee meer op afstand van de organisatie komen te staan dan ik gewend was. 'Ik moet gaan investeren in de relatie', bedacht ik. De inhoud zou vanzelf wel volgen. Waarmee ik de aanname deed dat niemand het belang van het voldoen aan wet- en regelgeving zou betwisten. En ik moest zien uit te vinden wie mijn belangrijkste stakeholders en sponsors waren. Dus ik knoopte zo snel mogelijk gesprekken aan met de directieleden, managers, de fraudecoördinator en de controllers. Ik was vooral benieuwd of de directievoorzitter, als eindverantwoordelijke, het belang van compliance inzag en draagvlak wilde creëren.

In deze gesprekken maakte ik kennis en wisselde visie, taken en verantwoordelijkheden uit. Ik was nieuwsgierig naar de context van het bedrijf in dit marktgebied. Welke doelstellingen en uitdagingen kende de organisatie in deze streek? En hoe zag die markt eruit? Zaken die op zichzelf

genomen niet direct iets met compliance te maken hadden. Maar die voor mij belangrijk waren om de rol, de positie en de impact van compliance binnen het bedrijf te kunnen duiden.

Aan deze gesprekken probeerde ik repeterende tweegesprekken over te houden. Of uitgenodigd te worden voor bijeenkomsten die wellicht ook een haakje boden om compliancethema's aan op te hangen. En dat lukte vrij aardig.

Dat kwam misschien wel omdat ik in de kennismakingsgesprekken niet alleen interesse toonde in de organisatie en haar omgeving, maar ook in het individu. In de functie, maar ook in de persoonlijke omstandigheden. Wat deed mijn gesprekspartner op het bedrijf en thuis? Vooral als we in het privé domein belandden, kwam regelmatig de tong los. Over een hobby of een bepaalde gezinssituatie. Of over een specifieke gebeurtenis die emoties oproep. In deze momenten van enthousiasme, openheid en kwetsbaarheid werden ook overeenkomsten herkend. Ik deelde de passie voor dat automerk, ik begreep de uitdaging in de privésituatie en ik snapte min of meer het ongenoegen over de interactie tussen collega's of afdelingen. Het werden ook de momenten waarin een 'klik' ontstond met de ander.

Wat ik nog meer deed was iedere keer op een andere afdeling gaan zitten. Natuurlijk bedoeld om een idee te krijgen over cultuur, gedrag en verhoudingen. Maar ook om compliance en de compliancefunctie letterlijk een gezicht te geven. En daarmee ervoor te zorgen dat medewerkers de drempel om contact met mij op te nemen zo laag mogelijk ervoeren. Belangrijk, vond ik, zeker in het geval van eventuele incidenten of calamiteiten.

Verder was mijn streven om vragen die mij via e-mail of chat werden gesteld live te beantwoorden, door de telefoon te pakken of de medewerker op te zoeken. In het laatste geval was 'de gratis bijvangst' dat andere collega's mij over de afdeling zagen rondlopen. Een manier om mijn bekendheid te vergroten. En eigenlijk mijn vorm van marketing. Want, zo was mijn opvatting, zoals ik compliance belangrijk vind, zo vindt de HR-manager human resources belangrijk, neemt de marketeer zichzelf erg serieus en gaat er volgens de manager facility niets boven een bedrijfscontinuïteitsplan. Ik had het idee dat ik in zekere zin moest concurreren.

Een laatste aspect waar ik veel belang aan hechtte, was het zo snel mogelijk reageren op adviesvragen. Daar waar een medewerker het thema compliance misschien

(onbewust) had gemarginaliseerd tot een separaat onderwerp ergens aan de zijlijn van de business, wilde ik op geen enkele manier dit beeld bevestigen. Door direct op de vraag in te gaan, hoopte ik een gevoel bij de medewerker te creëren dat ik hem of haar serieus nam. Feitelijk deelde ik daarmee impliciet een compliment uit voor bewustwording en alertheid. En waar nodig maakte ik de complimenten expliciet.

Mijn strategie van 'relation investment' leek te gaan werken. Steeds vaker werd ik actief benaderd – van directie tot medewerkers van de werkvloer – voor een vraag of advies binnen het vakgebied. Of voor een dilemma of een gewetenskwestie. Maar ook voor situaties die niet altijd direct compliance raakten, maar bij mij werden neergelegd vanuit mijn betrokkenheid bij het bedrijf en het individu. Men zocht mij op uit behoefte en omdat ik een natuurlijke verbinding had gelegd. Een band met medewerkers waarin, niet te vergeten, de humor ook een rol speelde.

Ooit ben ik relatiebeheerder in de zakelijke business geweest. Toen ik steeds meer de 'achterkant' van organisaties opzocht, heb ik mij wel eens afgevraagd wat ik met deze ervaring kon. Nu weet ik het.

Arie de Graaf is werkzaam als compliance officer bij een financiële organisatie. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.



Compliancestatuut: de vastlegging van de inrichting van de compliancefunctie

Sharon Karsten en Cora Wielenga

Voordat je als compliance officer aan de slag kunt gaan is het belangrijk om de inrichting van de compliancefunctie goed vast te leggen. Bij de meeste financiële ondernemingen is er vaak al iets vastgelegd over de compliancefunctie, bijvoorbeeld in een functieomschrijving of een compliancestatuut. Bij de meeste zorginstellingen is er nog geen beschrijving van de compliancefunctie, gewoonweg omdat er eerder nog geen compliance officer was aangesteld. Daarom staan we in dit artikel stil bij de vastlegging van de compliancefunctie.

Op zich is het opstellen van een compliancestatuut geen 'rocket science'. Toch willen we een paar tips meegeven voor wanneer je voor het eerst een compliancestatuut gaat opstellen. In dit artikel spreken we over de compliancefunctie en de compliance officer. De compliance officer is de persoon die de compliancefunctie uitvoert. De compliancefunctie kan door meerdere personen uitgevoerd worden. De compliancefunctie hoeft overigens niet door een compliance officer uitgevoerd te worden, dat mag ook een andere functionaris zijn.

Context

Een compliancestatuut maakt onderdeel uit van een complianceprogramma. Een complianceprogramma heeft als doel om de inrichting en de uitvoering van de compliancefunctie vast te leggen om de compliancerisico's van een organisatie te kunnen beheersen. Een complianceprogramma bestaat uit drie onderdelen:

1. Compliancestatuut
2. Compliance: operationele uitvoering
3. Compliancehandboek

In het statuut wordt het kader van de compliancefunctie vastgelegd. In compliance operationele uitvoering wordt beschreven op welke wijze de compliancefunctie wordt uitgevoerd. Dit is als het ware een werkplan voor de compliancefunctie. In het compliancehandboek zijn alle regelingen opgenomen die binnen de reikwijdte van de

compliancefunctie vallen. Doorgaans is dit overigens een document waarin vooral wordt verwezen naar de reeds bestaande regelingen.

Het moet geen doel op zich worden om een bijzonder compliancehandboek op te stellen. Het is echter wel te adviseren om een soort 'parapludocument' te maken waarin een opsomming is opgenomen van alle compliance-regels en -procedures, zodat duidelijk is waar de compliancefunctie op toeziet. De compliancefunctie is immers bedoeld om overzicht te bieden in alle regels waar je als zorginstelling mee te maken hebt.

De indeling van een complianceprogramma is in de figuur op de pagina hiernaast weergegeven.

We behandelen hierna alle acht onderdelen van het statuut.

Missie en visie van de compliancefunctie

Met een missie – en in het verlengde daarvan de visie – geef je het bestaansrecht van de functie aan. Idealiter zouden de missie en visie van compliance in het verlengde moet liggen van de missie en visie van de zorginstelling. Met andere woorden: compliance zou met haar missie en visie moeten bijdragen aan de missie en visie van de zorginstelling. De missie van compliance bij een zorginstelling zou als volgt kunnen luiden: *“Door het bevorderen van en het toezicht houden op de integriteit van onze cliënten, medewerkers, organisatie en data, zorgen we voor de beste zorg.”*

Doelstelling en definitie van compliance

De doelstelling van de compliancefunctie is, desgewenst, te koppelen aan de definitie van compliance. Een redelijk oude definitie van compliance luidt als volgt: *“Het uitoefenen van toezicht op de naleving van wet- en regelgeving, alsmede het werken volgens de normen en regels die een instelling zelf heeft opgesteld ter beheersing van compliance-risico’s.”*¹ Op zich is dit een mooie definitie. Toch werkt deze definitie niet meer goed voor een aantal instellingen, met name omdat deze vooral draait om wetten, regels en normen. Terwijl er sinds een aantal jaar een trend is dat compliance meer en meer om integriteit gaat. Wanneer je als organisatie stuurt op integriteit, zet je immers een stapje verder door niet meer alleen naar wet- en regelgeving te kijken. Daarom werkt voor steeds meer organisaties de volgende definitie beter: *“Compliance is het versterken van de integriteit van cliënten, de organisatie, haar bestuur, haar medewerkers en haar data.”* We adviseren om de laatste definitie te gebruiken, omdat deze ambitieuzer is dan alleen toezien op wet- en regelgeving. Daarnaast past de tweede definitie beter bij organisaties die waardengestuurd willen werken.

Is de compliancedefinitie – en daarmee de doelstelling – eenmaal bepaald, dan kun je ervoor kiezen om deze (overkoepelende) doelstelling te verbijzonderen in meer specifieke doelstellingen zoals bijvoorbeeld het versterken van de bewustwording ten aanzien van integriteit of het inzichtelijk maken van de compliancerisico’s.

Reikwijdte van compliance

Het is ontzettend belangrijk om de reikwijdte goed te beschrijven. Want wanneer je als compliance officer

niet goed vastlegt wat wel en wat juist niet onder de reikwijdte valt, dan kan het zo zijn dat wordt verondersteld dat bijvoorbeeld alles wat wetgeving raakt onder de compliancefunctie valt. We adviseren overigens om de reikwijdte in te delen naar integriteitthema's en deze vervolgens uit te werken in wetgeving, onderliggende regelingen, kwaliteitssystemen en bijvoorbeeld de inkoopcontracten. We verwijzen voor meer informatie en tips over de reikwijdte van de compliancefunctie naar het artikel over de compliance screening, elders in dit tijdschrift.

Er zijn maar weinig compliance officers in de zorg die volledig vrijgemaakt worden om zich te kunnen richten op compliance. Omdat de beschikbare tijd veelal te weinig is om de compliancefunctie in zijn geheel goed te kunnen uitoefenen, verdient de reikwijdte extra aandacht. Er zal een realistische reikwijdte van de compliancefunctie moeten worden vastgesteld. Mocht de reikwijdte te groot worden, dan adviseren we een deel 'terug te geven' aan het bestuur. Of met het bestuur afspraken te maken over de doorlooptijden van de implementatie. Het is geen wenselijke situatie, maar met beperkte capaciteit is dit soms de enige oplossing.

Taken, verantwoordelijkheid, bevoegdheden van de compliancefunctie

Net als de reikwijdte is dit onderdeel heel belangrijk. Eigenlijk moeten vooral de bevoegdheden van de compliancefunctie goed geregeld zijn voordat je als compliance officer je benoeming verstandig kunt aanvaarden. Je kunt nu eenmaal niet alle taken van de compliancefunctie goed uitoefenen wanneer je niet alle bevoegdheden toegewezen hebt gekregen. Dit is een open deur. We vermelden dit toch, omdat we in de praktijk zo vaak tegenkomen dat de functie al aanvaard is, voordat de bevoegdheden zijn toegekend.

1 Afgeleid uit de Regeling Organisatie en Beheersing van DNB, 2001.

Compliancestatuut	Compliance: operationele uitvoering	Compliancehandboek
1. Missie en visie van de compliancefunctie	9. Planning	13. Complianceregels en -procedures
2. Doelstelling en definitie van compliance	10. Monitoringprogramma	
3. Reikwijdte van compliance	11. Bewustwordingsprogramma	
4. Taken, verantwoordelijkheid en bevoegdheden van de compliancefunctie	12. Budget van de compliancefunctie	
5. Organisatorische inbedding van de compliancefunctie		
6. Overlegstructuren		
7. Rapportagelijnen		
8. Sanctiebeleid		

We adviseren om de onderstaande bevoegdheden te verkrijgen:

- toegang tot alle noodzakelijke informatie die noodzakelijk is voor de uitoefening van de compliancefunctie;
- (doen) instellen van een bijzonder onderzoek;
- interviewen van alle medewerkers, leden raad van bestuur en raad van toezicht;
- gevraagd en ongevraagd adviseren van de raad van bestuur, raad van toezicht en alle medewerkers;
- rapporteren aan de raad van bestuur en raad van toezicht.

Het verkrijgen van toegang tot alle informatie die noodzakelijk is voor een goede uitoefening van de functie, roept nogal eens vragen op. Is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat de compliancefunctie toegang verkrijgt tot personeelsdossiers? Dit is wat ons betreft standaard niet nodig; uitzonderingen daargelaten, zoals bijvoorbeeld bij een bijzonder onderzoek. De compliance officer moet in die gevallen zorgvuldig afwegen, beargumenteren en vastleggen welke informatie hij nodig heeft.

Met het instellen van een bijzonder onderzoek bedoelen we een persoonlijk onderzoek, bijvoorbeeld bij een vermoeden van niet-integer gedrag, zoals fraude. Het doen instellen van een bijzonder onderzoek is een vak apart. We voeren zelf bijvoorbeeld bij voorkeur geen bijzonder onderzoek uit. Daar zijn andere specialisten voor. Bij de meeste financiële ondernemingen is een speciale afdeling hiervoor ingericht: een afdeling veiligheidszaken. Eigenlijk is het niet wenselijk dat de compliance officer zelf bijzondere onderzoeken uitvoert, maar wanneer er geen andere functionaris daarvoor is opgeleid binnen de zorginstelling, zal de compliance officer het toch zelf moeten doen of zal er een gespecialiseerd bureau moeten worden ingehuurd.

Het is verstandig om in dit onderdeel van het statuut expliciet te maken dat de raad van bestuur verantwoordelijk is voor de borging van naleving van wet- en regelgeving van de organisatie. De compliancefunctie heeft de verantwoordelijkheid om het bestuur hierin te ondersteunen. Daarbij heeft de raad van toezicht de taak om toe te zien dat de raad van bestuur wet- en regelgeving naleeft. De compliance officer is vanwege deze taak van de raad van toezicht een belangrijke informatiebron voor de raad van toezicht.

Organisatorische inbedding van de compliancefunctie

De compliancefunctie is een onafhankelijke staffunctie die rechtstreeks rapporteert aan de raad van bestuur en de raad van toezicht.² Om de onafhankelijkheid te waarborgen zijn

er meerdere opties. Sommige compliance officers geven er de voorkeur aan om rechtsbescherming te verkrijgen zoals de OR die ook heeft. Een andere optie is om de compliancefunctie alleen te benoemen, te schorsen dan wel te ontslaan met medeweten dan wel instemming van de raad van toezicht. Onze voorkeur gaat uit naar de actieve betrokkenheid van de raad van toezicht, omdat dit wat ons betreft in de praktijk meer impact heeft dan de eerdergenoemde rechtsbescherming.

Bij zorginstellingen is de compliancefunctie vaak een samengestelde functie, die doorgaans gecombineerd wordt met één van de volgende functies:

- secretaris raad van bestuur en raad van toezicht;
- kwaliteitscoördinator;
- controller;
- risicomanager;
- functionaris PZ.

Bij elke functie zijn er voor- en tegenargumenten. Het voordeel is dat er overlappingen zijn in de genoemde combinaties van functies. Dit levert efficiency op. Het nadeel is dat de compliance officer eigenlijk een onafhankelijke staffunctie zou moeten zijn, die vanuit die hoedanigheid de andere staffuncties monitort. Bij elke combinatie van functies ontstaat op enig moment het risico dat 'de slager zijn eigen vlees keurt'. Wanneer het niet mogelijk is om een zelfstandige compliancefunctie in te richten, dan is het de vraag met welke functie de compliancefunctie het beste gecombineerd kan worden. Dit is afhankelijk van het soort organisatie en de manier waarop je compliance vorm wilt geven. Je kunt de compliancefunctie bij verschillende functionarissen beleggen. Echter, de compliancefunctie mag nimmer bij de raad van bestuur belegd worden.

Rapportagelijnen

De compliancefunctie rapporteert periodiek aan de raad van bestuur en de raad van toezicht. De periodiciteit is vaak nog jaarlijks. We adviseren echter een kwartaal- of halfjaar-rapportage, omdat we geloven dat je als bestuurder niet kunt sturen op basis van enkel een jaarrapportage.

Overlegstructuren

Compliance doe je niet alleen. Het is een coördinerende functie die veel samenwerkt met andere stafafdelingen en vanzelfsprekend met het management dat integraal verantwoordelijk is. In een compliancestatuut wordt vastgelegd met welke functionarissen de compliancefunctie periodiek overleg voert. Dit zou er als volgt uit kunnen zien:

- raad van bestuur: ieder kwartaal aan de hand van de compliancekwartaalrapportage en ad hoc in geval van

² Zie ook het onderdeel rapportagelijnen.

een vermoeden van een integriteitincident (anders dan de melding incidenten medewerkers en melding incidenten cliënten);

- raad van toezicht: minimaal eenmaal per jaar, buiten afwezigheid van de raad van bestuur en vaker op uitnodiging van de raad van toezicht;
- functionaris PZ: maandelijks over onderwerpen die vallen onder medewerkersintegriteit, bewustwording en organisatiecultuur;
- kwaliteitsfunctionaris: maandelijks over het kwaliteitssysteem indien kwaliteit binnen de reikwijdte van compliance valt. Wanneer ervoor wordt gekozen om kwaliteit niet onder compliance te laten vallen, vervalt dit overleg.
- secretaris raad van bestuur en raad van toezicht: ieder kwartaal over o.a. governance en mogelijk over mededinging;
- controller: ieder kwartaal over AO-IC;
- audit of interne controle: periodiek over de aan compliance gerelateerde uitkomsten van audits en over input vanuit compliance voor compliance-audits;
- risicofunctionaris: ieder kwartaal over de gevoerde risicoanalyses.

Bovenstaande overleggen zijn puur als voorbeeld bedoeld. Vanzelfsprekend is de exacte invulling per zorginstelling verschillend en afhankelijk van de volwassenheid van de compliancefunctie, de functionaris bij wie de functie belegd is, de ambitie van het bestuur etc.

Sanctiebeleid

Helaas werkt het nog steeds zo dat ondanks de inspanningen om alles in goede banen te leiden, er nog steeds dingen mis gaan. Wanneer dit moedwillig gebeurt, kan het aan de orde zijn dat mensen gesanctioneerd worden. Voordat dit mogelijk is, moet een organisatie een sanctiebeleid opstellen. In het sanctiebeleid is beschreven welke functionarissen een rol hebben bij het vaststellen van de overtreding en het opleggen van de sanctie. Doorgaans zijn de volgende functionarissen betrokken: functionaris PZ, jurist, compliance officer, de direct leidinggevende van de medewerker die de overtreding heeft begaan en een lid van de raad van bestuur. De raad van bestuur neemt het besluit over de op te leggen sanctie en de overige functionarissen hebben een adviserende bevoegdheid. In een sanctiebeleid is ook opgenomen welke sancties opgelegd mogen worden aan de medewerkers en aan tijdelijk ingehuurde krachten. Let erop dat de sanctiemaatregelen in lijn zijn met de CAO. Overigens moet het sanctiebeleid worden voorgelegd aan de OR.

Het is niet noodzakelijk om een sanctiebeleid in het compliancestatuut op te nemen. Het kan vanzelfsprekend ook in een afzonderlijk document opgenomen worden.

In dat geval volstaat een verwijzing vanuit het compliancestatuut naar het sanctiebeleid.

Vaststellen van het compliancestatuut

Wanneer het compliancestatuut is opgesteld en afgestemd moet het worden vastgesteld door de raad van bestuur. Door het vaststellen van het statuut verkrijgt de compliance officer de juiste bevoegdheden en kan hij aan de slag met het uitvoeren van de functie.

En dan?

Wanneer je als compliance officer de juiste bevoegdheden hebt verkregen, is het vaak het beste om te starten met het uitvoeren van een soort nulmeting van de compliance-situatie van je organisatie. We hebben dit beschreven in het artikel over de compliance screening, elders in deze editie. Op basis van de uitkomsten van je compliancenulmeting kun je de gewenste acties prioriteren, een plan opstellen en deze voorleggen aan de raad van bestuur. Op basis hiervan kun je het tweede en derde gedeelte van het complianceprogramma uitwerken: compliance operationele uitvoering en het compliancehandboek. Het compliancestatuut is, als het goed is, redelijk duurzaam. Het statuut zou om de paar jaar weer geëvalueerd kunnen worden. Compliance operationele uitvoering moet je jaarlijks actualiseren. Hierin werk je immers de jaarplanning, bewustwordingsmaatregelen en het monitoringplan uit. Het compliancehandboek wordt eigenlijk doorlopend aangepast; iedere keer wanneer er iets wijzigt aan wet- of regelgeving of er een interne wijziging is, moet bezien worden of dit gevolgen heeft voor het compliancehandboek. Dit is een doorlopende taak van de compliancefunctie.

Afsluitend

In dit artikel hebben we toegelicht op welke wijze je het compliancestatuut kunt maken. We adviseren startende compliance officers eerst een statuut op te stellen, dan een nulmeting uit te voeren en daarna de functie pas echt te gaan uitvoeren.

Sharon Karsten is werkzaam als medewerker compliance en communicatie bij het Nederlands Compliance Instituut. Cora Wielenga is directeur van het Nederlands Compliance Instituut. Beiden geven les in de Leergang Compliance Officer in de zorg en adviseren zorginstellingen over de inrichting en uitvoering van de compliancefunctie.

Horizontaal toezicht in de zorg

Bert Jager

In dit artikel ga ik in op horizontaal toezicht in de zorg met betrekking tot declaraties. Ik start met een korte schets over controles op declaraties door zorgverzekeraars. Ik sta daarbij stil bij een enkele jaren geleden geformuleerde visie op die controles. Vervolgens licht ik de procescertificering (het voorportaal voor horizontaal toezicht) toe.

Vanzelfsprekend volgt de huidige stand van zaken rond horizontaal toezicht in de zorg, inclusief de uitgangspunten. Daarbij sta ik stil bij de scope, het proces, de uitrol binnen een instelling en het control framework. En tot slot het einddoel van horizontaal toezicht. Dit alles naar de stand van zaken van dit moment, maart 2017, gegeven het feit dat het concept horizontaal-toezicht-in-de-zorg nog volop in ontwikkeling is.

Controles op declaraties door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars controleren, net als alle andere verzekeraars, de bij hen binnengekomen claims. Dat zijn in de praktijk vrijwel altijd declaraties van zorgaanbieders. Deze declaraties komen grotendeels elektronisch, volgens bepaalde standaarden, binnen bij de zorgverzekeraars. Eenmaal bij de zorgverzekeraar vinden twee soorten controles plaats, de formele en de materiële. De formele controle is een controle die op een individuele declaratie toegepast kan worden. Bij de formele controle wordt gecontroleerd of de behandelde persoon verzekerd is bij de zorgverzekeraar, of de behandeling vergoed mag worden volgens de Zorgverzekeringswet, of de behandelaar bevoegd is om de behandeling te verrichten, etc. Formele controles gebeuren direct bij binnenkomst bij de zorgverzekeraar. In slechts enkele seconden worden meer dan honderd controles door de computersystemen uitgevoerd. Materiële controles vergen een vergelijking met meerdere gegevens. Bij materiële controles wordt o.a. gekeken of er bovenmatig veel complexe behandelingen of veel dure medicijnen worden gedeclareerd. Daarnaast wordt de verzekerde vergeleken met andere verzekerden. In deze fase wordt ook gecontroleerd of de behandeling passend is voor de geconstateerde aandoening.

Er gaat veel werk zitten in de controles. Omdat zorgaanbieders meer dan een miljard declaratieregels per jaar indienen bij zorgverzekeraars (meer dan vier miljoen per werkdag), zou je als zorgverzekeraar ervan uit willen gaan dat de ontvangen declaraties goed zijn. Dat blijkt in de praktijk tegen te vallen. Gezien de complexiteit van wet- en regelgeving, alsmede de snelle veranderingen daarin, is het voor zorgaanbieders een waar kunstwerk om tijdig goede, betrouwbare declaraties te produceren. Daarbij duren, met name in de tweedelijnszorg¹, de behandelingen en de afrondingen van de declaraties ook nog eens erg lang. Voordat een 'databak' goed gevuld is, alle controles verricht zijn en de afwikkeling met de zorgaanbieders afgerond is,

1 Nuldelijnszorg is de zorg die gegeven wordt door mantelzorgers, vrijwilligers en familie. Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt. Denk aan huisartsen, maatschappelijk werk en spoedeisende hulp in ziekenhuizen. Tweedelijnszorg is de zorg waar een verwijzing voor nodig is. De hulp is meestal ambulante, wat betekent dat de patiënt niet wordt opgenomen in een instelling. Voorbeelden van tweedelijnszorg zijn behandelingen door medisch specialisten en behandelingen door het Riagg. Derdelijnszorg is alle zorg waarbij de cliënt wordt opgenomen in een instelling.

In slechts enkele seconden worden meer dan honderd controles door de computersystemen uitgevoerd

ben je zo een aantal jaren verder. Als een zorgaanbieder dan ook nog eens geconfronteerd wordt met controles van verschillende zorgverzekeraars op weer verschillende onderwerpen, dan is het begrijpelijk dat dit niet bevorderlijk is voor de onderlinge verstandhouding.

Visie op controles

In 2010 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een visie op controle² gepubliceerd, die over de waan van de dag probeerde heen te kijken. De geformuleerde doelstelling was om tot juiste, tijdige en volledige declaraties te komen, waarbij de controles zo vroeg mogelijk in de keten plaatsvinden. Ook zou meer systeemgericht in plaats van gegevensgericht gecontroleerd moeten worden om de alsmat uitdijende controlekosten, zowel bij zorgaanbieders als bij zorgverzekeraars, in toom te houden. Beoogd resultaat: zorgaanbieders declareren beter en controles van zorgverzekeraars leiden tot minder acties richting zorgaanbieders. Tevens werd een aantal andere doelstellingen geformuleerd, zoals eenduidigheid en vereenvoudiging van wet- en regelgeving.

Hierop volgend schafte de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 2012 de voor ziekenhuizen tot dan toe verplichte Kaderregeling AO/IC af. Deze regeling behelsde een opgave van de declaraties van ziekenhuizen, verricht in een bepaald jaar, en werd vergezeld van een accountantsverklaring. Deze accountantsverklaring was voor de zorgverzekeraars een keurmerk voor de kwaliteit van de ingediende declaraties. Tegelijkertijd was het bezwaar dat het alleen een positieve

verklaring was over de ingediende declaraties. Er was geen zicht op de declaraties óver dat jaar, die ná de jaarafsluiting nog moesten komen. Ook was er geen verantwoording per zorgverzekeraar, maar per zorgaanbieder. En hadden de accountants problemen met het verstrekken van twee, overlappende verklaringen (één bij de jaarrekening en één bij de kaderregeling). Het werd tijd om het proces over een andere boeg te gooien.

Bij het voorwerk voor de visie op controle vond onder meer een gesprek plaats bij het Erasmus UMC. Daar werd gewerkt met horizontaal toezicht (HT) van de Belastingdienst. Het HT-concept was daar ontwikkeld, met als geestelijk vader Theo Poolen. Het concept is gebaseerd op samenwerking, afspraken, korte communicatielijnen en is procesgericht.³ Hoe is dit concept te implementeren in de complexe zorgwereld?

Procescertificering

Revalidatie Nederland was de eerste die het roer om durfde te gooien. Deze relatief kleine branche durfde het aan om de eerste stap te zetten in de drie fasen (1) productieverantwoording (de verantwoording bij de kaderregeling AO/IC), (2) procescertificering en (3) horizontaal toezicht. Dit bleek moeilijker dan gedacht, want: hoe zien het normenkader (een gezamenlijk product van zorgverzekeraars en revalidatiecentra), het controleprotocol voor de accountants voor de benodigde assurance (uiteindelijk een COS 3000-verklaring) en het rapportagekader eruit?

Na een nulmeting en een meting op opzet en bestaan in het eerste kwartaal van 2015, vond in het vierde kwartaal van 2015 de eerste certificering plaats op opzet, bestaan en werking. 2016 is het eerste volledige certificeringsjaar. Het revalidatiecentrum scoort zelf en de accountant geeft daar vervolgens een verklaring bij; dit geheel vormt de certificering. Het resultaat is een rapport (dus ook met eventuele onvoldoendes), niet een diploma. Dat maakt het voor de zorgverzekeraars mogelijk om hun risicoanalyses en controles aan te passen: niet controleren wat niet nodig is, wel

² Visie op controles in de keten, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist 2010.

³ Overigens is de term Horizontaal Toezicht en de doelstelling weliswaar hetzelfde als bij de Belastingdienst, de uitwerking is totaal verschillend. Zo werd bij de Belastingdienst niet gewerkt met een gedefinieerd Control Framework, instapmodel, validatie van de risico's en de getrapte analyse daarvan. Ook was er niet een aantal keren per jaar contact met de wederpartij.

Horizontaal toezicht is geen wondermiddel waarmee in één klap alle controles uitgezet kunnen worden

controleren wat wel nodig is. Maar belangrijker nog: zorgverzekeraars kunnen het gesprek aangaan met de zorgaanbieders om te bezien wat de impact is van de scores en hoe die verbeterd kunnen worden. Van een repressieve naar een preventieve houding.

Horizontaal toezicht

Het werd tijd voor het échte horizontaal toezicht: twee individuele partijen, die op basis van gefundeerd vertrouwen en samenwerking tot gedetailleerde afspraken komen. Een aantal zorgverzekeraars begon met pilots met een aantal ziekenhuizen. Ook dit werd een proces van vallen en opstaan, dat feitelijk nog steeds gaande is. In het najaar van 2016 werden de bij de pilots betrokken partijen samengebracht, om een landelijk HT-raamwerk op te zetten.

Dit platform heeft een gezamenlijke visie, het startpunt van het HT-raamwerk, verwoord in tien principes:

1. **Gefundeerd wederzijds vertrouwen** - Vertrouwen moet groeien, beide partijen zetten zich hiervoor in. Het fundament hiervoor is transparantie, gezamenlijke aanpak en verantwoording.
2. **Betekenis voor de keten** - De toegevoegde waarde van horizontaal toezicht moet ook van toegevoegde waarde zijn voor de andere ketenpartijen, zoals de NZa, accountants van de zorgverzekeraars, etc.
3. **Representatie** - Zorgverzekeraars werken volgens representatie en steunen op elkaars werkzaamheden. Er is één aanspreekpunt voor de zorgaanbieder.
4. **Eén landelijk raamwerk** - Dit raamwerk bestaat uit een businesscase, een instapmodel en een control framework (CFW).
5. **Ruimte voor maatwerk** en daarmee ook voor risico-selectie per instelling.
6. **(Wettelijke) taken en verantwoordelijkheden** worden gerespecteerd.
7. **Eenduidige normering en interpretatie** van wet- en regelgeving wordt nagestreefd.
8. **Hard en soft controls** - Horizontaal toezicht gaat in op die aspecten zoals die onder andere gedefinieerd zijn door de NZa in haar kader voor compliant registreren en declareren. Cultuur en gedrag zijn belangrijke elementen in dat kader.
9. **Vastlegging aan de bron** - Juiste en tijdige registratie van rechtmatig geleverde zorg vindt zo vroeg mogelijk in de RSAD-keten⁴ plaats.
10. **Efficiënte en effectieve administratieve processen** in de keten.

Scope

Horizontaal toezicht richt zich op de rechtmatigheid van de zorguitgaven en daarmee op de correcte registratie en declaratie van de zorguitgaven (de formele en materiële controles), alsmede op de effectieve zorg en medische noodzaak (gepast gebruik). Het compliant registreren en declareren en het bijbehorende 7S-model van de NZa⁵ nemen daarbij een belangrijke plaats in. In de scope vallen niet de contractuele afspraken met de individuele zorgverzekeraars (die ook aspecten behelzen als kwaliteit, innovatie en efficiëntie) en (verzekerdens-)signalen en fraude.

Proces

De vormgeving van horizontaal-toezicht-in-de-zorg is het resultaat van intensief overleg tussen de betrokken ziekenhuizen en zorgverzekeraars via de respectievelijke brancheorganisaties Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire ziekenhuizen (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Dit proces is nog niet beëindigd; horizontaal toezicht is nog in ontwikkeling. Die ontwikkeling is te volgen op www.horizontaaltoezichtzorg.nl. Gedurende de ontwikkeling worden andere partijen, zoals accountants, toezichthouders,

4 RSAD: registratie, samenvatting, afleiding, declaratie.

5 Zie het rapport 'Compliant registreren en declareren' van Berenschot in opdracht van de NZa, februari 2016.

het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport regelmatig geïnformeerd. De implementatie van horizontaal toezicht in de zorg zal naar verwachting een aantal jaren duren en heeft veel impact op de ziekenhuisorganisaties. De eerste ziekenhuizen zullen in 2017 overstappen op horizontaal toezicht. Ook voor zorgverzekeraars heeft deze nieuwe manier van werken veel impact. Voor alle betrokken partijen geldt, dat er een leercurve doorlopen moet worden.

Uitrol binnen een instelling

Hoe verloopt de uitrol van horizontaal toezicht binnen een instelling? Daarvoor zijn twee vragen essentieel: 1) wil ik het? en 2) kan ik het? Om zorgaanbieders te helpen bij de afweging om al dan niet voorbereidingen te treffen voor invoering van horizontaal toezicht, wordt een landelijke businesscase ontwikkeld. Op basis daarvan kan een gefundeerde afweging gemaakt worden of de inzet van horizontaal toezicht voldoende voordelen biedt ten opzichte van de traditionele controles door zorgverzekeraars. Na deze stap is het van belang dat getoetst wordt of een zorgaanbieder geschikt is voor de invoering van horizontaal toezicht. Daarvoor is een zogeheten instapmodel ontwikkeld, aan de hand waarvan zorgaanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk toetsen of de zorgaanbieder geschikt is voor de invoering van horizontaal toezicht, door het aantoonbaar maken van de mate van governance, besturing en compliance rondom registreren en declareren. Het is een kwalitatieve toets op organisatie- en beleidsniveau.⁶

Control framework

Het control framework (CFW)⁷ is het beheersingskader dat het horizontaal toezicht faciliteert. Het is de basis voor de dialoog tussen zorgaanbieder en representerend zorgverzekeraar over de vraag of met de interne beheersing de onderkende beheersingsdoelstellingen voor het rechtmatig registreren en declareren van zorg in toereikende mate wordt gehaald.

Het CFW is opgebouwd uit diverse deelproducten die separaat worden beschreven:

- I. Proces gezamenlijke risico identificatie
- II. Richtlijn voor gezamenlijk risico's prioriteren
- III. Richtlijn voor gezamenlijk beheersen van risico's
- IV. Format voor vastlegging (risicomatrix)
- V. Verantwoordingsformat (verantwoording over punt I t/m III).

Einddoel

Horizontaal toezicht is geen wondermiddel waarmee in één klap alle controles uitgezet kunnen worden en alle huidige irritaties als sneeuw voor de zon verdwijnen. Horizontaal toezicht moet echter wel bijdragen aan verhoging van de registratie- en declaratiekwaliteit. Het zal meer vertrouwen tussen ketenpartijen bewerkstelligen en dus de mogelijkheid tot bijvoorbeeld een snellere afwikkeling van declaraties, passender bevoorschotting en contracteringsvoorwaarden. Het huidige gegevensgericht en achteraf controleren, zowel binnen het ziekenhuis als bij de zorgverzekeraar, zou de prullenbak in moeten. U vertrouwt de supermarkt op het produceren van een betrouwbare kassabon, zo moet ook de zorgverzekeraar kunnen vertrouwen op een betrouwbare declaratie. Daarmee zijn niet alleen de zorgverzekeraar en de zorginstelling zelf gediend, maar ook de andere betrokkenen bij de zorginstelling, zoals de medisch specialisten, accountants, toezichthouders en financiers. Uit dat traject kunnen in een vroegtijdig stadium ook signalen uitgaan naar wet- en regelgevers. Per saldo leidt dit tot verlaging van controle-activiteiten en dat is in het belang van degene waar het allemaal om begonnen was: de patiënt c.q. de verzekerde.

Bert Jager is als beleidsmedewerker werkzaam bij Zorgverzekeraars Nederland. Dit artikel is op persoonlijke titel geschreven.

⁶ Bij de ontwikkeling van het instapmodel is rekening gehouden met de rapporten 'Compliant registreren en declareren' van Berenschot in opdracht van de NZa, februari 2016 en 'Toezicht op goed bestuur' van de IGZ en de NZA, juli 2016.

⁷ Zie ook 'Head handreiking control framework' van de HEAD, Assen, juni 2015.



LEERGANG COMPLIANCE OFFICER IN DE ZORG

DÉ BASISOPLEIDING VOOR (AANKOMENDE)
COMPLIANCE OFFICERS IN DE ZORGSECTOR

MODULE 1
INTRODUCTIE
COMPLIANCE EN
RISICOMANAGEMENT
11 mei 2017

MODULE 2
COMPLIANCEPRAKTIJK
7 juni 2017

MODULE 3
JURIDISCH
COMPLIANCEKADER
21 september 2017

MODULE 4
EXTERNE
TOEZICHTHOUDERS
12 oktober 2017

MODULE 5
ETHIEK EN
COMMUNICATIE
16 november 2017

Meer informatie kunt
u vinden op [compliance-
instituut.nl/opleidingen](http://compliance-
instituut.nl/opleidingen)

DEZE OPLEIDING LEIDT OP TOT
CERTIFIED COMPLIANCE OFFICER
ZORG (CCOZ)