

Zorgbrede Governancecode en diversiteit van bestuur en toezicht ziekenhuizen

Boudewijn Janssen

SAMENVATTING Sinds 2005 kent Nederland een governancecode voor de zorgsector. Daarmee is het een van de weinige landen met zo'n code. Een van de doelstellingen van deze code is om te komen tot een verdere professionalisering van Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. In dit artikel wordt nagegaan in welke mate deze doelstelling bereikt is door (veranderingen in) de samenstelling van het bestuur en het toezicht van alle Nederlandse ziekenhuizen te onderzoeken. Uit de resultaten blijkt dat de Zorgbrede Governancecode goed wordt nageleefd maar dat veranderingen over tijd in het bestuur en toezicht ten aanzien van omvang, geslacht en leeftijd beperkt zijn.

RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK De laatste jaren is er een grote toename van governancecodes. Deze hebben veelal als doelstelling om bepaalde kwaliteitsaspecten van governance te verbeteren. In hoeverre dat daadwerkelijk gebeurt is de vraag. In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre de Zorgbrede Governancecode geleid heeft tot een aangepaste samenstelling van bestuur en toezicht van ziekenhuizen.

1 Inleiding

Tot 2006 werd de Nederlandse gezondheidszorg voornamelijk gefinancierd door middel van budgetten. Aan dit systeem waren volgens de overheid de nodige nadelen verbonden, zoals een gefragmenteerde zorgverzekeringsmarkt, dure gezondheidszorg, lange wachttijden voor bepaalde aandoeningen, enz. (Kamerstukken II, 2003-2004). Om deze nadelen aan te pakken is in 2006 een nieuw zorgstelsel ingevoerd. Doelstellingen van deze hervorming zijn onder andere: betere efficiency en minder toezicht door de overheid bij een betere toegankelijkheid van de zorg (Kamerstukken II, 2003-2004). De overheid wilde deze doelstellingen bereiken door het invoeren van onder andere gereguleerde concurrentie in de zorgmarkt, met name tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij de zorgverzekeraars de regierol hebben gekregen. Hierbij is de overheid zelf op afstand getreden.

Daarnaast is het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden opgeheven en vervangen door een verplichte basisverzekering voor alle inwoners van Nederland met een optionele aanvullende verzekering. Tevens zijn de vaste vergoedingen voor de zorgverleners in de loop der tijd steeds meer losgelaten en dienen deze nu grotendeels vastgesteld te worden door onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Door deze ingrijpende wijzigingen in de gezondheidszorg is het belang van governance bij de verschillende partijen in de zorgsector groter geworden. Dit blijkt ook uit de eerste editie van de Zorgbrede Governancecode die, tegelijkertijd met de grote zorghervorming, in 2006 van toepassing werd.

1.1 Aanleiding

Verschillende problemen op governancegebied hebben ertoe geleid dat governanceprincipes (o.a. OECD, 2004) en governancecodes (o.a. Nederlandse corporate governance code, 2008) zowel nationaal als internationaal zijn ontwikkeld. Soms hebben deze een verplicht karakter en soms een vrijwillig karakter. Wel zijn ze meestal van toepassing op organisaties in de private sector en niet op organisaties in de publieke sector zoals ziekenhuizen. In Nederland is, tegelijkertijd met de invoering van het nieuwe zorgstelsel, ook de eerste editie van de Zorgbrede Governancecode ingevoerd (Brancheorganisaties Zorg, 2005). In 2010 is een tweede editie van deze governancecode verschenen (Brancheorganisaties Zorg, 2010). Deze code is van toepassing op de meeste organisaties binnen de zorgsector, inclusief ziekenhuizen. De Zorgbrede Governancecode is opgesteld door Brancheorganisaties Zorg, een samenwerkingsverband van koepelorganisaties van zorgverleners. Alle leden van deze koepelorganisaties dienen deze code toe te passen middels het "comply or explain"-principe. Met andere woorden, zorgorganisaties dienen de code toe te passen. Voor die onderdelen waar ze dat niet doen, dienen ze uit te leggen waarom ze dat niet doen.

Volgens de inleiding zijn de doelstellingen van de Zorgbrede Governancecode onder meer (Brancheorganisaties Zorg, 2010, p. 9-10):

- verdere professionalisering van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht;
- het bieden van een benchmark voor interne reflectie, maar ook voor beoordeling door externe partijen;
- transparantie bieden over de governance;
- een bijdrage leveren aan goede prestaties.

Vooraf bij de eerste doelstelling is het interessant om na te gaan in hoeverre deze tot nu toe bereikt is, sinds de eerste editie van de Zorgbrede Governancecode van kracht werd in 2006. Immers, Raden van Bestuur en Raden van Toezicht van ziekenhuizen werden in het verleden gekenmerkt door een redelijk homogene samenstelling met betrekking tot onder andere leeftijd en geslacht (Visser, 2001), waarbij het met name mannen tussen de 40 en 70 jaar zijn die deze functies vervullen. Dit terwijl uit het onderzoek van de Commissie Behoorlijk Bestuur (2013) duidelijk het belang van diversiteit in bestuur en toezicht naar voren komt. In dit artikel wordt daarbij naar verschillende aspecten van diversiteit gekeken, namelijk omvang, geslacht en leeftijd.

1.2 Indeling van deze studie

In deze studie wordt onderzocht in welke mate de samenstelling van Raden van Bestuur en Raden van Toezicht van ziekenhuizen verandert na de invoering van de Zorgbrede Governancecode. Met samenstelling wordt hierbij de omvang, compositie qua geslacht en leeftijd bedoeld. In paragraaf 2 wordt eerst de literatuur op dit gebied besproken, vervolgens wordt in paragraaf 3 de methodologie besproken. De resultaten volgen in paragraaf 4 en in paragraaf 5 wordt de conclusie besproken.

2 Literatuuronderzoek

2.1 Internationaal onderzoek

In veel landen zijn er inmiddels governancecodes, maar in de meeste landen zijn er geen governancecodes voor ziekenhuizen. Naast Nederland zijn er twee andere uitzonderingen. In de Verenigde Staten dienen beursgenoteerde ziekenhuizen de Sarbanes Oxley-wetgeving te volgen. In het Verenigd Koninkrijk is er voor een beperkt aantal ziekenhuizen (NHS foundation trusts) de NHS foundation trust code of governance (Allen et. al, 2012). Hoewel het belang van governance voor de kwaliteit van zorg bij ziekenhuizen groot is (Jha & Epstein, 2010), is er door de afwezigheid van governancecodes weinig onderzoek gedaan naar de (effecten van) toepassing van governancecodes door ziekenhuizen en de relatie tussen governance en de kwaliteit van ziekenhuismanagement (Alexander & Weiner, 1998; Eecklo et. al, 2004; Weiner & Alexander, 1993). Zowel Alexander en Weiner (1998) en Eecklo et. al. (2004) hebben onderzoek gedaan naar de mate waarin corporate governancecodes die

worden gebruikt in de private sector bruikbaar zijn in de publieke sector en bij ziekenhuizen. Beide studies komen tot de conclusie dat dit niet goed mogelijk is zonder veel aanpassingen aan deze codes door te voeren. Deze bevindingen onderschrijven het belang van een eigen governancecode in de publieke sector.

2.2 Nederlands onderzoek

Nederlands onderzoek naar governance bij ziekenhuizen beperkt zich tot een evaluatie van de eerste zorgbrede governancecode (Governance support, 2008), die mede gebruikt is om de tweede versie van deze governancecode vorm te geven. Daarnaast zijn er twee wetenschappelijke studies uitgevoerd. Blank en Hulst (2011) onderzoeken enkele prestatie-aspecten in samenhang met operationele aspecten van Nederlandse ziekenhuizen. Daarbij onderzoeken zij met name (in) efficiënties van ziekenhuizen. Uit hun resultaten komt naar voren dat de hoogte van de beloning van de Raad van Bestuur en van de Raad van Toezicht niet samenhangt met de prestaties van het ziekenhuis. Dit kan erop duiden dat de principaal-agent-theorie minder relevant is bij ziekenhuizen. Een tweede wetenschappelijk onderzoek is dat van Cardinaels (2009) die met name heeft gekeken naar beloningsaspecten van de Zorgbrede Governancecode. Uit zijn resultaten komt naar voren dat leden van de Raad van Toezicht meer effectief zijn in het beperken van principaal-agent-problemen als deze leden meer expertise hebben, maar tegelijkertijd wordt deze effectiviteit beperkt als ze een hogere vergoeding voor hun werk krijgen. Deze bevinding kan erop duiden dat het belangrijk is om in de Raden van Toezicht ook een goede afspiegeling te hebben van geslacht en leeftijd van de leden die recht doet aan de samenstelling van ziekenhuismedewerkers.

Om de effectiviteit van Nederlandse governancecodes te onderzoeken, is in 2013 een commissie ingesteld. In tegenstelling tot de verwachtingen vooraf van de overheid en de commissie zelf, kwam de commissie niet tot de conclusie dat de governancecodes aangepast moesten worden, omdat deze codes volgens de commissie reeds afdoende zijn voor het afdekken van huidige governancevereisten. Wel stelde de commissie voor om fouten in het ontwerp van governancecodes van verschillende semi-publieke sectoren, zoals de zorg, te herstellen (Commissie Behoorlijk Bestuur, 2013). Op basis van dit onderzoek is het onwaarschijnlijk dat er belangrijke wijzigingen worden doorgevoerd in de huidige, tweede editie van de Zorgbrede Governancecode.

3 Methodologie

3.1 Algemene onderzoeksopzet

Om te onderzoeken in welke mate de omvang en compositie van Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht veranderen in samenhang met de invoering van de

Zorgbrede Governancecode wordt er een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd onder alle Nederlandse ziekenhuizen voor de jaren 2006 (het eerste jaar waarin de Zorgbrede Governancecode toegepast moest worden) en 2012 (het laatst beschikbare jaar).

3.2 Governancecode

Wanneer eigendom en management van organisaties niet in dezelfde hand liggen, kunnen zich conflicten voordoen (Smith, 1776). Jensen en Meckling (1976) hebben deze conflictsituatie gemodelleerd in de principaal-agenttheorie. Deze theorie ziet de principaal-agentkosten als een functie van de agenten (het management van een organisatie) en de principalen (de eigenaren van een organisatie). Deze functie komt ook terug bij governance, waar de perspectieven van agent en principaal vaak prominent terugkomen. Tot vrij recent was er weinig regelgeving over de governance van organisaties, zowel in de private als de publieke sector. Pas nadat zich verscheidene grote schandalen voordeden die leidden tot politieke druk, zijn er governancecodes opgezet. Deze codes zijn meestal gericht op beursgenoteerde ondernemingen in de private sector, waarbij de aandeelhouders centraal staan. De wettelijke status van zulke codes varieert. Zo zijn de Sarbanes Oxley Act in de Verenigde Staten en de Corporate Governance Code in Duitsland wettelijk verankerd, terwijl de Corporate Governance Code in het Verenigd Koninkrijk geen wettelijke status heeft, maar vereist wordt door professionele organisaties. In Nederland is de Corporate Governance Code ook wettelijk verankerd en opgesteld door de commissie Tabaksblat in opdracht van onder andere werkgevers, werknemers en effectenorganisaties. Voor niet-beursgenoteerde ondernemingen in de private sector zijn er weinig of geen governancecodes, alhoewel er soms wettelijke minimale eisen zijn met betrekking tot de samenstelling van de Raad van Commissarissen of de Ondernemingsraad.

Ook voor publieke organisaties is governance van belang (Benz & Frey, 2007), maar zijn er vaak geen externe aandeelhouders (afgezien van de overheid) en is de principaal-agenttheorie niet goed toepasbaar. In de publieke sector is er geen algemene ontwikkeling van governance codes, zoals deze er wel is in de private sector. Een groot deel van de publieke sector in Nederland is de gezondheidszorg. Daarbinnen zijn ziekenhuizen een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg met 24% van de gezondheidszorguitgaven (QHC, 2011).

In 2005 is in Nederland de eerste editie van de Zorgbrede Governancecode gepubliceerd. Deze is in 2010 opgevolgd door de tweede editie. Er zijn 14 verschillen tussen de eerste en tweede editie (Brancheorganisaties Zorg, 2010). De meeste daarvan zijn tekstuele wijzigin-

gen en verduidelijkingen. Nieuwe onderdelen in de tweede editie zijn de verplichting tot het opnemen van een klokkenluidersregeling en de toevoeging van hoofdstuk 5 over de Algemene Vergadering. Deze wijzigingen hebben geen gevolgen voor de eisen inzake samenstelling van de Raden van Bestuur en Raden van Toezicht.

3.3 Bestuur en toezicht

De tweede editie van de Zorgbrede Governancecode bestaat uit vijf onderdelen, waarvan er twee betrekking hebben op bestuur en toezicht, namelijk onderdeel 3 (Raad van Bestuur) en onderdeel 4 (Raad van Toezicht) (Brancheorganisaties Zorg, 2010). Onderdeel 3 bestaat uit drie subonderdelen:

- taak en werkwijze (5 punten)
- benoeming, ontslag en beloning (7 punten)
- belangenverstrengeling (4 punten)

Onderdeel 4 bestaat uit vijf subonderdelen:

- taak en werkwijze (8 punten)
- benoeming, ontslag, samenstelling en deskundigheid (9 punten)
- honorering (5 punten)
- onafhankelijkheid (5 punten)
- belangenverstrengeling (2 punten)

Opvallend hierbij is dat er aan de Raad van Toezicht meer eisen worden gesteld dan aan de Raad van Bestuur, zowel qua subonderdelen in de code als qua omvang van de eisen. De omvang van onderdeel 3 (Raad van Bestuur) is 2 pagina's, terwijl de omvang van onderdeel 4 (Raad van Toezicht) 4,5 pagina's is. Ter vergelijking, in de Nederlandse Corporate Governance Code is de omvang van sectie 2 (Raad van Bestuur) circa 7,5 pagina's en die van sectie 3 (Raad van Commissarissen) 9,5 pagina's (Nederlandse Corporate Governance Code, 2008). Dit duidt erop dat de Zorgbrede Governancecode minder omvangrijk is dan de Nederlandse Corporate Governance Code op deze onderdelen. Met deze verschillen in omvang en aantal eisen tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht is de verwachting dat de naleving op de Raad van Toezicht punten veeleisender is.

3.4 Dataverzameling

Om een hoge externe validiteit te bereiken, worden alle Nederlandse ziekenhuizen in het onderzoek meegenomen, dat zijn 89 ziekenhuizen. De ziekenhuizen zijn onder te verdelen in drie soorten: algemene ziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. Topklinische en academische ziekenhuizen bieden complexere zorg aan en hebben ook onderwijsverantwoordelijkheden. Academische ziekenhuizen moeten daarnaast ook academisch onderzoek uitvoeren. Er is voor gekozen om data uit twee jaren te verzamelen: 2006 en 2012. 2006 is het eerste jaar waarin de Zorgbrede Governancecode van toepassing is, 2012 is het laatste jaar waarover alle gegevens beschikbaar zijn. Door het vergelijken van de go-

vernance-informatie over deze jaren, kan nagegaan worden in hoeverre er samenhang is tussen de Zorgbrede Governancecode en de inrichting van Raad van Bestuur en Raad van Toezicht bij ziekenhuizen.

3.5 Selectie van data

Het totaal aantal ziekenhuizen in 2012 is 89, bestaande uit 8 academische ziekenhuizen, 28 topklinische en 53 algemene ziekenhuizen. Voor deze 89 ziekenhuizen zijn ook voor 2006 de jaarrekeningen beschikbaar. Op basis van de informatie in de jaarrekening wordt onderzocht in welke mate ziekenhuizen de Zorgbrede Governancecode toepassen. Indien zij aangeven dat ze de code volledig toepassen, dan wordt de governancevariabele met 1 gecodeerd. Bij niet-naleving wordt de code 0 gebruikt en wordt geïnventariseerd op welke hoofd- en subonderdelen de code niet nageleefd wordt. Hiertoe worden de volgende onderdelen onderscheiden (Brancheorganisaties Zorg, 2010):

1. werkingssfeer (welke organisaties en activiteiten vallen onder de werkingssfeer);
2. verantwoording (welke verantwoordelijkheden naar andere partijen);
3. Raad van Bestuur (verantwoordelijkheden en bemensing);
4. Raad van Toezicht (verantwoordelijkheden en bemensing);
5. Algemene Vergadering (verantwoordelijkheden en bevoegdheden).

Naast informatie over naleving van de code dient ook informatie verschaft te worden over de samenstelling van Raad van Bestuur en Raad van Toezicht, in het bijzonder het aantal leden en het geslacht van de leden. Voor de leden van de Raad van Toezicht dient ook de leeftijd vermeld te worden in de jaarrekening. Daarnaast dient informatie verschaft te worden over de reguliere werkkring van leden van de Raad van Toezicht (Brancheorganisaties Zorg, 2010: paragraaf 2.3.6).

3.6 Beperkingen van het onderzoek

Tot de beperkingen van dit onderzoek horen dat er twee jaren onderzocht zijn en dat de door ziekenhuizen zelf gerapporteerde governance-nakoming is gemeten. Daarnaast kunnen de veranderingen in governance-nakoming ook door andere oorzaken dan de Zorgbrede Governancecode veroorzaakt zijn. Door het onderzoek van twee jaren, 2006 en 2012, kunnen geen uitspraken over tussenliggende jaren worden gedaan. Door het gebruik van bijvoorbeeld benoemingstermijnen bij governance is het echter onwaarschijnlijk dat de governance-nakoming sterk zal verschillen in de tussenliggende jaren. De nakoming van governance wordt gemeten aan de hand van de door ziekenhuizen zelf weergegeven informatie hierover. Indien de daadwerkelijke governance hiervan afwijkt, wordt dit niet meegenomen in dit onderzoek.

4 Resultaten

4.1 Beschrijvende data

In tabel 1 worden beschrijvende statistieken weergegeven. Uit tabel 1 komt naar voren dat er relatief weinig spreiding is in de omvang van de Raden van Bestuur en Raden van Toezicht. Bij het geslacht valt op dat veruit de meeste leden mannelijk zijn. Tussen 2006 en 2012 zijn daar relatief weinig verschillen in. Daarnaast blijkt dat in 2006 23 ziekenhuizen geen informatie verstrekken over het opvolgen van de Zorgbrede governancecode, terwijl in 2012 alle ziekenhuizen hierover informatie verstrekken. In 2006 zijn er 51 ziekenhuizen die volledige nakoming van de code rapporteren, in 2012 is dit niveau gestegen naar 79 ziekenhuizen. Op welke onderdelen de Zorgbrede governancecode niet wordt nagekomen, wordt vermeld in tabel 2.

Elk kruis in tabel 2 geeft een punt van het niet-nakomen van de Zorgbrede Governancecode aan (zie paragraaf 3.3). Omdat elk (sub)onderdeel van de code uit meerdere punten bestaat, kunnen ziekenhuizen de code op meerdere punten niet nakomen, zoals uit tabel 2 blijkt.

4.2 Analyse nakoming Zorgbrede Governancecode

De informatie in tabel 2 geeft aan dat het belangrijkste punt uit de code dat niet wordt nagekomen in zowel 2006 als 2012 de zittingsduur van de leden van Raad van Toezicht is (sectie 4). Volgens de code kunnen deze leden enkel benoemd worden voor een periode van 4 jaar (die 1 keer verlengd kan worden). Ziekenhuizen die zich hier niet aan houden, hebben over het algemeen een benoemingsperiode van 6 jaar. Andere punten uit de code die niet worden nagekomen zijn:

Tabel 1 Beschrijvende statistieken van alle Nederlandse ziekenhuizen; de variabele Governance heeft betrekking op de gerapporteerde nakoming van de Zorgbrede Governancecode

	N	Min	Max	Gemiddelde	Standaardafwijking
Omvang RvB 2006	89	1	5	2,13	0,81
Omvang RvB 2012	89	1	5	2,31	0,92
Omvang RvT 2006	89	1	7	6,39	1,37
Omvang RvT 2012	89	3	9	6,06	1,27
Leeftijd RvT 2012	29	52	67	59,8	3,81
	N	% man	% vrouw		
Geslacht RvB 2006	89	91,7	8,3		
Geslacht RvB 2012	89	87,9	12,1		
Geslacht RvT 2006	89	80,8	19,2		
Geslacht RvT 2012	89	73,2	26,8		
	N	Aantal comply	% comply	Aantal explain	% explain
Governance 2006	66	51	77%	15	23%
Governance 2012	89	79	89%	10	11%

Tabel 2 Informatie over de niet-naleving van de governancecode; type: AZ = academisch ziekenhuis; TK = topklinisch ziekenhuis, A = algemeen ziekenhuis; kolommen: 1 = werkingssfeer; 2 = verantwoording; 3 = Raad van Bestuur; 4 = Raad van Toezicht; 5 = Algemene Vergadering

Ziekenhuis	Type	1 2006	1 2012	2 2006	2 2012	3 2006	3 2012	4 2006	4 2012	5 2006	5 2012
UMC St. Radboud	AZ	X		XX		X					
UMC Utrecht	AZ	X		X							
Isala Klinieken	TK								X		
Meander medisch centrum	TK				XXXX			X			
Medisch centrum haaglanden	TK								X		
St. Elisabeth ziekenhuis	TK							X	X		
Deventer ziekenhuis	TK						X		X		
Medisch centrum Leeuwarden	TK			XX	XX			X			
Reinier de Graaf groep	TK							X			
St. Antonius ziekenhuis	TK							X	X		
Ziekenhuis Bernhoven	A			X				XX			
Havenziekenhuis	A			XX							
Laurentius ziekenhuis	A			X							
Rode Kruis ziekenhuis	A			X							
St. Jansdal ziekenhuis	A			X							
Slotervaart ziekenhuis	A								X		
Westfries Gasthuis	A					X		X			
Ziekenhuis Rivierenland	A				X		X				
Flevoziekenhuis	A				X		X		X		
Zaans medisch centrum	A			X				X			
Zorgsaam ziekenhuis	A							XXX			
Totaal		2	-	12	8	2	3	12	7	-	-

- afwezigheid van een verplichte accountantswissel;
- afwezigheid van verplichte informatieprotocollen voor externe partijen;
- afwijkende zittingsduur van leden Raden van Bestuur;
- afwezigheid van verplichte informatie over leeftijd leden Raad van Toezicht;
- ontbreken van een klokkenluidersregeling (opgenomen als nieuwe verplichting in de 2^e editie van de Zorgbrede Governancecode).

De onderdelen 1 (werkingssfeer) en 5 (Algemene Vergadering) van de Zorgbrede governancecode worden door de meeste ziekenhuizen opgevolgd. Niet-nakoming van de code speelt met name bij de onderdelen 3 (Raad van Bestuur) en 4 (Raad van Toezicht) van de code en in mindere mate bij onderdeel 2 (verantwoording). De niet-nagekomen punten uit de code duiden op twee aspecten: enerzijds de moeilijkheden bij het tussentijds aanpassen van de zittingsduur van leden van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht en anderzijds het niet volledig verschaffen van openheid aan externe partijen waar de andere elementen op duiden. Opvallend is dat in 2012 slechts door een derde van de ziekenhuizen informatie wordt gegeven over de leeftijd van de leden van Raad van Toezicht. Bij die ziekenhuizen die deze informatie wel verstrekken, heeft 59% van de leden van de Raad van Toezicht een leeftijd tussen 58 en 63 jaar.

4.3 Ontwikkeling in de tijd

In 2006 wordt nauwelijks enige informatie gegeven over de redenen voor niet-nakoming van de Zorgbrede governancecode. In 2012 geven de meeste ziekenhuizen deze informatie wel. Als gekeken wordt naar volledige nakoming van de code, dan geeft 89% van alle ziekenhuizen in 2012 aan de code na te komen. Voor de verschillende soorten ziekenhuizen is dat: 100% van de academische ziekenhuizen, 94% van de algemene ziekenhuizen en 75% van de topklinische ziekenhuizen. In 2006 zijn deze percentages respectievelijk 52%, 50% en 74%. Daaruit blijkt dat de naleving van de code door topklinische ziekenhuizen nauwelijks is veranderd tussen 2006 en 2012. Een nadere analyse van de beschikbare data laat zien dat er weinig spreiding is in de omvang van de Raad van Bestuur. In 2006 bestonden deze voor 55% uit twee leden en 82% van de Raden van Bestuur bestond volledig uit mannen. In 2012 zijn deze percentages 53% en 72%. Voor de Raad van Toezicht in 2006 bestaan deze voor 74% uit 5, 6 of 7 leden en zijn deze leden voor 81% mannelijk. In 2012 is dat 80% en 62%. Om te onderzoeken of de waarden voor 2006 en 2012 significant van elkaar afwijken zijn in tabel 3 chi-square-waarden berekend.

De chi-square-waarden bevestigen dat er weinig verschil is tussen de 2006- en 2012-waarden, voor de va-

Tabel 3 Chi-square-waarden en significantie (voor Governance is de (significantie van de) chi-square continuity correction waarde weergegeven); * = significant op 0,05 niveau; ** = significant op 0,01 niveau

Variabele	N	Chi-square waarde	Significantie Chi-square waarde
Governance	66	2,899	0,089
Omvang RvB	89	2,213	0,697
Omvang RvT	89	7,598	0,369
Geslacht RvB	89	18,768	0,016*
Geslacht RvT	89	117,98	0,000**

riabele Governance als voor omvang van Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Enkel het geslacht van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht is significant veranderd op 0,05 niveau, dat wil zeggen dat het aandeel vrouwen significant is toegenomen.

5 Conclusies

Op basis van de analyse van alle Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat de (zelfverklaarde) nakoming van de Zorgbrede Governancecode is toegenomen, deze bedraagt 89% in 2012. Alle ziekenhuizen verschaffen de vereiste informatie over omvang en geslacht van leden van Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. De verplichte informatie

over leeftijd van de leden van de Raad van Toezicht wordt echter slechts door 1/3 van de ziekenhuizen verschaft. De samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht is redelijk homogeen, zowel voor 2006 als voor 2012. Tussen deze jaren zijn er relatief weinig veranderingen, enkel de proportie van vrouwen in de Raden van Toezicht neemt significant toe van 19 naar 27%. De resultaten van dit onderzoek duiden erop dat Nederlandse ziekenhuizen meer informatie verschaffen over het nakomen van de Zorgbrede governancecode. Of de (naleving van) de Zorgbrede Governancecode de governance van ziekenhuizen effectief verbetert is onduidelijk. Daarnaast is het de vraag of de naleving van de code de diversiteit van het management en het toezicht van ziekenhuizen verbetert, zoals gesuggereerd wordt door de Commissie Behoorlijk Bestuur (2013). Bestuurders en toezichthouders zouden dit kunnen ondervangen door bijvoorbeeld de profielschetsen voor nieuwe leden aan te passen op deze onderdelen. ■

Dr. B. Janssen is als universitair hoofddocent (externe) verslaggeving verbonden aan de faculteit Management, Science & Technology van de Open Universiteit.

Literatuur

- Alexander, J.A., & Weiner, B.J. (1998). The adoption of the corporate governance model by nonprofit organizations. *Nonprofit Management & Leadership*, 8(3), 223-241.
- Allen, P., Townsend, J., Dempster, P., Wright, J., Hutchings, A., & Keen, J. (2012). Organizational form as a mechanism to involve staff, public and users in public services: a study of the governance of NHS Foundation Trust. *Social Policy & Administration*, 46(3), 239-257.
- Benz, M., & Frey, B.S. (2007). Corporate governance: what can we learn from public governance? *Academy of Management Review*, 32(1), 92-104.
- Blank, J.L.T., & Hulst, B.L. (2011). Governance and performance: the performance of Dutch hospitals explained by governance characteristics. *Journal of Medical Systems*, 35(5), 991-9.
- Brancheorganisaties Zorg (2005). *Zorgbrede governancecode*.
- Brancheorganisaties Zorg (2010). *Zorgbrede governancecode, Tweede editie*. Gedownload op <http://www.brancheorganisatieszorg.nl/governancecode>.
- Cardinaels, E. (2009). Governance in non-profit hospitals: effect of board members' remuneration and expertise on CEO compensation. *Health Policy*, 93(1), 64-75.
- Commissie Behoorlijk Bestuur (2013). *Een lastig gesprek*. Geraadpleegd op <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/09/11/een-lastig-gesprek-advies-commissie-behoorlijk-bestuur.html>.
- Eecklo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., & Vleugels, A. (2004). From corporate governance to hospital governance: authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1-15.
- Governance support (2008). Code en praktijk in continue ontwikkeling: evaluatie van de zorgbrede governancecode. Geraadpleegd op <http://www.brancheorganisatieszorg.nl/publicaties/persberichten>.
- Jensen, M., & Meckling, W. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency costs, and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-60.
- Jha, A., & Epstein, A. (2010). Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs*, 29(1), 182-7.
- Kamerstukken II. (2003-2004). Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking. 29 763. 's-Gravenhage.
- Nederlandse Corporate Governance Code (2008). Geraadpleegd op <http://commissie-corporategovernance.nl/corporate-governance-code>
- OECD. (2004). *Principles of Corporate Governance*. Geraadpleegd op <http://www.oecd.org/corporate/ca/corporategovernanceprinciples/31557724.pdf>.
- QHC (2011). *QHC rapport 2011: Nederlandse ziekenhuizen; een regionale en nationale uitdaging*. Geraadpleegd op http://www.qhc-nl.com/107/kennis_en_inzicht/.
- Smith, A. (1776). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations* Amherst. New York: Prometheus Books.
- Visser, J. (2001). De kikkers uit de kruwagen. *Medisch Contact*, 2001(31/32), 16 augustus.
- Weiner, B.J., & Alexander, J.A. (1993). Corporate and philanthropic models of hospital governance: a taxonomic evaluation. *Health Services Research*, 28(3), 325-355.