



OP ZOEK NAAR DE CLIËNT

Borging van het publiek belang bij zorginstellingen

De rol van de cliënt voor de borging van het publieke belang bij zorginstellingen is gegroeid. Vanuit de participatiesamenleving ontstaat een beweging die de governance van zorginstellingen stuurt naar een collaboratief model. Ondanks recente wetgeving is echter de cliënt nog onvoldoende in positie gebracht voor een evenwichtig drieluik met de raad van bestuur en de raad van toezicht. De prominentere positie van de cliënt maakt het spanningsveld tussen zeggenschap en medezeggenschap in relatie tot verantwoordelijkheid zichtbaar. Zorginstellingen zullen in de huidige bedrijfsvorm moeten zoeken naar de maximaal haalbare variant van medezeggenschap.

Bas van de Moosdijk, Martje van Boxtel - van den Hoogen¹, Michela Zanetti en Peter van der Voort

Veel zorginstellingen zijn in de afgelopen decennia getransformeerd van verenigingen die voortkwamen uit maatschappelijke zuilen naar stichtingen waarin in beginsel alle bevoegdheden bij het bestuur liggen (WRR, 2014). Het governance model van de instellingen is gekopieerd uit het bedrijfsleven. In tegenstelling daarmee is er in de zorg wel duidelijk sprake van een raad van bestuur en een raad van commissarissen of toezicht, maar ontbreekt de aandeelhoudersvergadering als zodanig. De leek, maar ook degene die direct belang bij het bedrijf heeft, is daarmee uit beeld verdwenen. Zowel de raad van bestuur als de leden van de raad van toezicht missen in beginsel een maatschappelijke verankering vanuit een vastomlijnde achterban. Schaalvergroting en professionalisering hebben ervoor gezorgd dat direct betrokkenen nog verder uit beeld zijn geraakt (WRR, 2014).

Maatschappelijk belang betreft zaken waarvan de realisatie voor de gehele samenleving van belang is. Vaak worden deze belangen zonder overheidsbemoeienis behartigd. Wanneer dit niet zo is en de overheid zich er daarom mee bemoeit, spreken we van publiek belang (WRR, 2000). Wat het maatschappelijk belang is, hangt af van het perspectief van waaruit wordt gehandeld, het mentaal model. Ook het tijdsgewricht is van belang (Schraven, 2015). Juist om het publieke belang te borgen heeft het two-tier model steun nodig van derde partijen (van Montfort & Bokhorst, 2015). De positie van deze derde partijen is opnieuw vastgelegd in de Zorgbrede Governance Code 2017 en het nieuwe wetsvoorstel voor de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz). De vraag is in hoeverre deze erin slagen om de cliënt dermate in positie te brengen dat het publieke belang van zorginstellingen werkelijk geborgd wordt.

Dit artikel is met name geschreven vanuit het perspectief van de instellingen voor langdurige zorg. In extremo zijn dit bijvoorbeeld instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, die hun gehele leven doorbrengen binnen de instelling. Cliëntenraden kunnen bestaan uit cliënten maar veelal ook uit verwanten van cliënten. In dit type instellingen kennen cliënten(raden) daarmee veelal een langere betrokkenheid bij de instellingen dan bestuur en

management. Het artikel gaat echter in beginsel op voor alle instellingen, waarbij de manier waarop medezeggenschap concreet vormgegeven wordt zou moeten verschillen om het gewenste resultaat te bereiken.

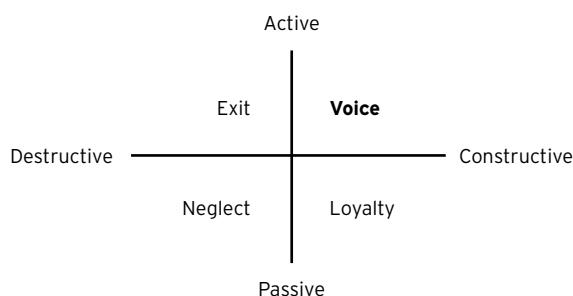
Methodologie

Er is een gestructureerd literatuuronderzoek uitgevoerd via Google Scholar. Hierbij was de hoofdvraag: wat is de rol van de cliënt in de borging van het publieke belang bij zorginstellingen. De selectie heeft plaatsgevonden op basis van de volgende zoektermen: governance, toezicht, meervoudig toezicht, governance code, governance code zorg, medezeggenschap en participatie (modellen), cliëntenraden. Selectie heeft plaatsgevonden op basis van relevantie waarbij recentheid een belangrijk criterium was. Via referenties werden additionele artikelen geïdentificeerd voor verdere exploratie van de hoofdonderzoeksvraag ('snowballing').

Vormen en niveaus van medezeggenschap

Volgens het model van Hirschman (1970) hebben mensen verschillende opties om invloed uit te oefenen op het beleid in organisaties, 'Exit', 'Voice' en 'Loyalty' (figuur 1).

Figuur 1 model volgens Hirschman



Exit en Voice gaan over kritische consumenten waarbij het voor Voice voor een organisatie in tegenstelling tot bij Exit, duidelijker is waarom mensen ontevreden zijn. Loyalty, de derde optie, is verschillend van Exit en Voice omdat het geen activiteit is maar een psychologische factor die invloed heeft op de wijze waarop Exit of

EEN WETTELIJKE REGELING ALLEEN IS NIET VOLDOENDE VOOR EFFECTIEVE MEDEZEGGENSCHAP

Voice worden ingezet. Hirschman spreekt tegen dat Loyalty het gebruik van Voice stimuleert boven Exit, het kan namelijk ook verklaren waarom een groep mensen passief blijft en niets doet. (Schwarz & Hirschman, 1972) In de Nederlandse gezondheidszorg wordt gebruik gemaakt van gedelegeerde Voice in verschillende collectieve verbanden. Patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en cliëntenraden zijn hierin erg belangrijk (van de Bovenkamp, Vollaard, Trappenburg & Grit, 2013).

Een veelgebruikt model om de mate van mogelijke inspraak in te delen is de participatieladder van Arnstein (Arnstein 1969). Hierbij zijn 8 niveaus ingedeeld in drie groepen; non-participatie ('manipulation, therapy'), nepparticipatie ('informing, consultation, placation') en burgermacht ('partnership, delegated power, citizen control'). Alleen bij de participatievormen die vallen onder burgermacht (samenwerking met burgers als medebelanghebbende, als grootste belanghebbende of als opdrachtgever) vindt daadwerkelijk machtsdistributie plaats. Vormen van participatie zonder redistributie van macht, zoals inspraak en consultatie, ziet zij als betekenisloos en frustrerend voor de participanten. Burns (1994) heeft een voorstel gedaan voor een alternatieve ladder met een schaal van 1 (civiele macht) tot 12 (onafhankelijke macht) die de macht van burgers beschrijft.

Wilcox (1994) gaat uit van vijf fasen van participatie. In opklimmende volgorde zijn dit informatie, consultatie, samen beslissen, samen opereren en als hoogste vorm van participatie het ondersteunen van burgerinitiatieven door middel van advies, toegang tot materialen en gebouwen en subsidies.

Tot slot classificeert Fung (Fung 2006) op basis van drie vragen:

- Wie mag participeren en is dit een goede afspiegeling van de populatie?

- Welke methode wordt gebruikt voor communicatie en besluitvorming?
- Hoeveel invloed of autoriteit wordt aan de participatie toegeschreven?

Beleidsmakers in verschillende westerse landen hebben de ideeën van Hirschman geadopteerd en stimuleren het gebruik van deze opties bij de bevolking. Zij zien het als belangrijk sturingsmechanisme van het publieke bestel. De verwachtingen hierbij zijn tweeledig; ten eerste is dat verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening. Ten tweede geeft het mensen de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op beleidsmakers alsook een mogelijkheid om belangrijke besluiten te kunnen nemen over hun leven. Het zorgt voor actieve en verantwoordelijke inwoners wat van waarde is vanuit een democratisch perspectief (van de Bovenkamp, Vollaard, Trappenburg & Grit, 2013).

Arnstein en Burns zijn in feite oppositionele modellen; wie heeft de macht en is het werkelijke macht. Wilcox maakt de stap naar een collaboratief model dat in feite in alle fasen uitgaat van samenwerking. De burger krijgt in toenemende mate zeggenschap, totdat de organisatie uiteindelijk alleen nog maar faciliterend is.

Er is onderzoek dat probeert antwoord te geven op de vraag hoe de term zeggenschap juridisch kan worden vastgelegd en hoe zeggenschap zich verhoudt tot medezeggenschap ten aanzien van verantwoordelijkheidsverdeling binnen de huidige governance structuren (Bovenkamp, Meurs & de Lint, 2016). Hoewel de mate van invloed die cliënten hebben verkan gaan, kunnen zij in de praktijk niet op de stoel van de bestuurder gaan zitten, zonder ook diens verantwoordelijkheden over te nemen. Het is juist van belang dat vanuit het perspectief van de cliënt een eigen positie wordt ingenomen, zodat daar waar dat nodig is

tegenmacht wordt georganiseerd. In dit opzicht is de medezeggenschap zowel op het collectieve als op het individuele niveau een integraal onderdeel van de governance van de zorginstelling. Vervolgens constateert Bovenkamp dat er geen “best practice” is voor het vormgeven van medezeggenschap en dat het alleen regelen van een wettelijke verplichting tot een vertegenwoordigend orgaan van cliënten geen voldoende voorwaarde is voor effectieve medezeggenschap. Het is belangrijk te experimenteren met nieuwe vormen van medezeggenschap.

Fung (2006) stelt dat participatie drie waarden van democratie ondersteunt: draagvlak, gelijkwaardigheid en effectiviteit. Er is echter geen model dat alle drie deze waarden tegelijkertijd ondersteunt. Directe participatie dient een prominente plaats in te nemen in een democratisch bestuur. Ook hij constateert dat het op de juiste wijze vormgeven van de verschillende rollen nog verdere ontwikkeling vraagt.

Governance code en Wmcz

De Zorgbrede Governance Code 2010 was sterk juridisch ingestoken en gericht op organisatievraagstukken. De nieuwe code van 2017 bevat zeven principes van goed bestuur en toezicht. Deze principes worden vervolgens uitgewerkt in praktische aanbevelingen waarin vooral aandacht is voor cultuur, gedrag en geschiktheid. De code beoogt het waarborgen van goede zorg, het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van de sector en daarmee het maatschappelijk vertrouwen.

Principe drie blijkt met name van belang voor de positie van cliënten. In dit principe wordt gesteld dat de organisatie randvoorwaarden en voorwaarden schept voor een adequate invloed van belanghebbenden. Als belanghebbenden worden benoemd de cliëntenraden, verwanten, medewerkers (al dan niet via de ondernemingsraad) en professionals zoals medische staf en/of verpleegkundig adviesraad. Nadrukkelijk wordt gesteld dat een te formele invulling van de wettelijke vereisten kan leiden tot ritualisering van de medezeggenschap. Doel van de nieuwe code is dan ook om het benutten van kansen voor andere vormen van medezeggenschap nadrukkelijk te ondersteunen.

Cliëntenraden zijn ontstaan in de democratiseringsbeweging van de jaren zestig en zeventig. Patiënten in psychiatrische inrichtingen, bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen en professionals werkzaam in deze instellingen, vonden dat patiënten meer zeggenschap moesten krijgen over hun eigen leven. Dit zou bijdragen aan empowerment van de patiënten. Een cliëntenraad wordt gedefinieerd als een orgaan waarin vertegenwoordigers van afnemers van een dienst zitting hebben, dat periodiek spreekt met het bestuur van de publieke organisatie die de dienst levert. (Trappenburg, Schillemans & Bovenkamp, 2009). Cliëntenraden hebben een formele plaats binnen de organisaties in de gezondheidszorg om patiënten participatie in besluitvorming te organiseren. De cliëntenraden zijn samengesteld uit patiënten of cliënten van de instelling of hun familieleden. Cliëntenraden ontvangen financiële en administratieve ondersteuning vanuit de organisaties, dit is per organisatie verschillend geregeld (Hoogerwerf, Nievers, & Scholten 2004).

De verschillen die te vinden zijn in de medezeggenschap van verschillende zorginstellingen laten zien dat de bestaande wettelijke regeling alleen niet afdoende is om overal een effectieve medezeggenschap te realiseren. Dit wettelijke kader wordt voor wat betreft de invloed van de cliëntenraden opnieuw vorm gegeven in de nieuwe Wet Medezeggenschap van Cliënten in Zorginstellingen (Wetsvoorstel Wmcz, 2016). Hierin is de regeling van advies- en instemmingsrecht, transparante informatievoorziening, enquêterecht en verbeterde financiering, ondersteuning en scholing opgenomen. Doel van deze wijzigingen is het goed positioneren van de cliëntenraden ten opzichte van de zorgaanbieder en het beter laten aansluiten van de wetgeving op de wens van aanbieders en cliëntenorganisaties. In het wetsvoorstel worden twee vormen van medezeggenschap geregeld: medezeggenschap via een vertegenwoordigende cliëntenraad, hier spreekt men van indirecte participatie, en medezeggenschap via ‘inspraak’, ofwel directe participatie. Hieronder wordt verstaan: de mogelijkheid van alle individuele cliënten om direct aan de zorgaanbieder hun wensen en meningen kenbaar te maken. Daarnaast zijn in de praktijk nog andere vormen van medezeggenschap mogelijk, zoals panels, focusgroepen en familieraden.

Cliënten en governance

Ervan uitgaande dat een belangrijke factor voor goed bestuur is het creëren van voldoende ‘checks & balances’, ruimte voor kritische tegenspraak en inbreng van relevante stakeholders, is inbreng van het cliëntenperspectief essentieel (WRR, 2014). Daarbij komt dat volgens Vos, Deckers en de la Rambelje (2015) pure marktwerking in de zorg niet mogelijk en soms ook niet gewenst is vanwege de combinatie van private en publieke belangen. Private instellingen dienen publieke belangen. Besturing van de zorginstelling moet gebeuren vanuit maatschappelijk perspectief. En dat vraagt een kanteling van aanbod- naar vraagsturing. In deze gedachtegang bevindt de cliënt zich met zijn directe omgeving in de eerste kring, de zorgprofessionals om hen heen in de tweede kring en de zorginstelling in de derde kring, in een faciliterende rol. Toezicht zou in deze setting plaats kunnen vinden door een forum van interne stakeholders, zoals de cliëntenraad, ondernemingsraad, vrijwilligersraad, professionele staf en de familieraad.

Het overgrote deel van de nieuwe governance code blijft echter nadrukkelijk het tweemanschap raad van bestuur – raad van toezicht noemen. De medezeggenschap wordt alleen in principe drie benoemd, waarin de cliëntenraad slechts een van de genoemde stakeholders is. De raad van bestuur is verantwoordelijk voor de wijze waarop de medezeggenschap gestalte krijgt, mits binnen de wettelijke kaders. Van een evenwichtige driehoek, zoals beschreven door de wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid (WRR, 2014) is daardoor niet vanzelfsprekend sprake.

Ook Nies en Minkman (2015) stellen dat een dergelijke verticaal georganiseerde governance niet meer voldoet in de participatiesamenleving. Dit sluit aan bij Meurs die stelt dat het nieuwe tijdsgewricht vraagt om een meer horizontaal ingerichte governance die niet

meer is gericht op toezicht, sturing en verantwoording, maar op verbinding, wederkerigheid, vertrouwen en ruimte (Meurs, 2014). Daarbij

dient de cliënt niet langer puur als zorgafhankelijke persoon te worden gezien, maar als meesprekende persoon, of zelfs als cofinancier of coproducent. De cliënt als medeverantwoordelijke dus voor het medische resultaat, in een uitvoerende rol (Jonker, 2014). Bij weging van het maatschappelijke of publieke belang kan op dit “co-creërende” perspectief worden getoetst.

Een oplossing om de cliënt in breder verband regie toe te kennen wordt beschreven door de Kroon (2016). Hij introduceert hierin het begrip “Bestuursraad” als een eigentijdse vertaling van de ledenraad. Niet langer staan de raad van bestuur en de raad van toezicht aan de top van de organisatie, maar een bestuursraad waarin cliënten, verwanten en medewerkers zitting hebben. Zij bewaken de principes van de organisatie, zorgen voor ontwikkeling van het strategisch beleid en zien toe op de uitvoering daarvan. De bestuurder is voorzitter van de bestuursraad en zorgt voor doorvertaling van de besluiten naar de rest van de organisatie. Hij behoudt in deze positie de eindverantwoordelijkheid, maar legt eerder verantwoording af aan de bestuursraad dan aan de raad van toezicht.

Brandsma (2016) houdt een pleidooi voor een deliberatief model in plaats van een representatief model. Hij noemt een deliberatief forum als mogelijkheid voor directe participatie van cliënten en medewerkers, in plaats van representatie door een cliëntenraad.

Discussie

In dit artikel zijn de belangrijkste modellen voor (mede)zeggenschap uit de literatuur weergegeven alsmede de cliëntenrol in de Governance Code 2017 en

DE NIEUWE GOVERNANCECODE EN WMCZ NEMEN NIET VOLDOENDE STELLING OM DE CLIËNT VOLWAARDIG TE POSITIONEREN

Wmcz. Vanuit de participatiesamenleving ontstaat een beweging die de governance van zorginstellingen stuurt naar een collaboratief model. De positie van de cliënt is hierin de meest belangrijke om het publieke belang te borgen in de governance van de zorginstelling. De nieuwe Governance Code en Wmcz nemen niet voldoende stelling om de cliënt op deze manier volwaardig te positioneren. Wel wordt er ruimte geschapen om met vernieuwing aan de gang te gaan. Natuurlijk zijn er mogelijke bezwaren denkbaar. Cliënten, verwanten en werknemers beschikken niet over voldoende kennis en tijd om op goede wijze met professionele bestuurders in discussie te gaan over verantwoord bestuur van de instelling (AOB, 2012). Een niet-professionele cliëntenraad zal kampen met een tekort aan kennis, tijd en salariëring. Hiervoor biedt de Wmcz ten dele mogelijkheden voor oplossingen. Een ander spanningsveld is de vraag of de cliënten en verwanten in staat zijn om het persoonlijke belang ondergeschikt te maken aan het publieke belang wanneer de situatie hier om vraagt. Een adviesrecht is iets anders dan een bestuursraad waarin de partijen in feite richtinggevend zijn voor de bestuurder. Een bestuurder in dienende positie zal sterk in zijn schoenen moeten staan om als minderheid in dit gremium besluiten te nemen die de belangen van de stakeholders niet volledig dienen.

Op de hoogste treden van de participatieladder verandert de medezeggenschap in zeggenschap. Dit kan alleen als de aard van de onderneming hierbij past. In de bestaande zorginstellingen in de huidige bedrijfsvorm zal het zoeken zijn naar de maximaal haalbare variant van medezeggenschap. De komende jaren zullen uitwijzen welk model de participatiesamenleving het beste past.

Literatuur

- Adviescommissie behoorlijk bestuur (2013). Een lastig gesprek. *Kamerstukken ii*, 28, 479.
- Geraadpleegd op: <https://zorgkennis.net/downloads/kennisbank/ZK-kennisbank-Advies-Commissie-Behoorlijk-Bestuur-1900.pdf>
- Algemene onderwijs bond (2012). *Brief aan de leden van de vaste Kamercommissie voor Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over financieel toezicht*, 3 september. Geraadpleegd op: https://www.vosabb.nl/wp-content/uploads/2012/09/Brief_raden_van_toezicht.pdf
- Ambtelijk ontwerp voor internetconsultatie. (september 2016). *Wet medezeggenschap voor cliënten van zorginstellingen*. Geraadpleegd op: 27 januari 2017 op https://www.internetconsultatie.nl/wijziging_wet_medezeggenschap_clienten.../2465
- Arnstein, S.A. (1969). A ladder of public participation. *The journal of American institute of planners*. 35:216-224. Doi: 10.1080/01944366908977225
- Bovenkamp, H. van de, Vollaard, H., Trappenburg, M., & Grit, K. (2013). Voice and choice by delegation. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(1), 57-87. Doi:10.1215/03616878-189803
- Bovenkamp, H. van de, Meurs, P., & de Lint, M. (2016). *Gevarieerde medezeggenschap in zorginstellingen en bij zorgverzekeraars. Een pleidooi voor het koesteren van veelzijdigheid*. iBMG: Rotterdam. Geraadpleegd op: https://www.researchgate.net/publication/304374094_Gevarieerde_medezeggenschap_in_zorginstellingen_en_bij_zorgverzekeraars_een_pleidooi_voor_het_koesteren_van_veelzijdigheid
- Branchorganisaties zorg (2017). *Zorgbrede governancecode 2017*. Geraadpleegd op: <http://www.governancecodezorg.nl/wp-content/uploads/2016/11/Governancecode-Zorg-2017.pdf>
- Brandsma, N., Huisman, E., Vermaak, B. & Van Weelden, C. (2016). *Medezeggenschap, 'n medicijn? Verschillende perspectieven en oplossingen voor sterke medezeggenschap in zorg en welzijn*. Apeldoorn/ Antwerpen: Maklu.
- Burns, D., Hambleton, R., & Hoggett, P. (1994). *The politics of decentralisation*. London: Macmillan. Doi: 10.1007/978-1-349-23397-7
- Fama, E.F., Jensen, M.C. (1983). Separation of Ownership and Control. *Journal of law and economics*. June; 301-325. Doi: 10.1086/467037
- Fung, A. (2006). Varieties of participation in complex governance. *Public Administration Review-Washington Dc*, 2006; 66: 66-75. Doi: 10.1111/j1540-6210.2006.00667.x
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states* (Vol. 25). Harvard university press.
- Hoogerwerf, R., Nievers, E., & Scholten, C. (2004). *De invloed van cliëntenraden. Het verzuimd adviesrecht in de dagelijkse praktijk van cliëntenraadperspectief*. Leiden: Research voor Beleid. Geraadpleegd op: <https://www.recht.nl/doc/wmcz.pdf>
- Jonker, J. (2014). *Zorg om de zorg. Opnieuw leren organiseren in tijden van transitie*. Rijswijk: Stichting Paul Cremers. Geraadpleegd op: <http://docplayer.nl/15851052-Zorg-om-zorg-opnieuw-leren-organiseren-in-tijden-van-transitie-jan-jonker.html>
- Kroon, P. de (2016). Het nieuwe organiseren. *Ntz*, nr. 3. 212-219. Geraadpleegd op: https://dekroonplus.nl/content/files/Nieuw-Organiseren-NTZT201603-p212-219-art_Kroon-Het.pdf
- Meurs, P. (2014). *Van regeldruk naar passende regels. Vertrouwen*,

veerkracht, verantwoordelijkheid, vrijheid. Essay, 22 juni 2014.
Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/18/kamerbrief-over-vermindering-regeldruk-in-de-zorg>

- Montfort, C. van & Bokhorst, M. (2015). Meer weerwerk nodig van derde partijen bij gezondheidszorginstellingen. *Zorg voor Toezicht*.
- Nies, H., & Minkman, M. (2015). Governance and ownership of citizen driven forms of integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 15(5). Doi: 10.5334/IJIC.2127
- Schraven, T. (2015). Multi-level-governance. Hoe wegen bestuur en raad van toezicht publieke en maatschappelijke belangen? *Zorg voor toezicht*.
- Schwartz, L. B., & Hirschman, A. O. (1972). Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. *University of Pennsylvania Law Review*. Vol. 120, No. 6 (Jun., 1972), pp. 1210-1214. DOI: 10.2307/3311348
- Trappenburg, M. J., Schillemans, T., & van de Bovenkamp, H. (2009). Cliëntenraden en klantenfora. *Studieboeken bestuur en beleid*.
- Uijl, H. den & Van Zonneveld, T. (2015). *Zorg voor toezicht. De maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*. Amsterdam: Mediawerf uitgevers.
- Vos, P., Deckers, C. & De la Rambelje, M. (2015). Besturing vanuit het perspectief van cliënt en professional. *Zorg voor toezicht*.
- Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid (2000). *Het borgen van publiek belang*. Geraadpleegd op: http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF_Rapporten/Het_borgen_van_publick_belang.pdf
- Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid (2014). *Van tweeluik naar driehoeken. Versterking van interne checks and balances bij semipublieke organisaties*. Geraadpleegd op: http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF_Rapporten/Van_tweeluik_naar_driehoek.pdf
- Wilcox, D. (1994). *The guide to effective participation*. London: Joseph Rowntree Foundation

Over de auteurs

Ir. S.J. (Bas) van de Moosdijk MHA is Manager Huisvesting, Inkoop, Facilitair bedrijf en ICT (HIFI) bij De Twentse Zorgcentra. M.M. (Martje) van Bortel- van den Hoogen MSc, is afdelingshoofd van de kraamsuites en de Obstetric High Care van het Máxima Medisch Centrum, locatie Veldhoven. Michela Zanetti MSc is manager Vrouw Moeder Kind - centrum / Urologie in het Máxima Medisch Centrum. Prof. Dr. Peter HJ van der Voort is Academic Director van de Executive Master of Health Administration en hoogleraar Health Care bij TIAS School for Business & Society.

Moosdijk, van Bortel en Zanetti hebben in 2017 de executive master of Health Administration afgerond bij TIAS School for Business and Society, Universiteit van Tilburg.

