



Inspectie
Volksgezondheid
Aruba



Toetsingskader

Goed Bestuur

Documentnummer: GEH-2026/2547

Versie: Definitief | 1.0

Datum van uitgave: 23 juni 2026

Herzieningsdatum: 23 juni 2028

Disclaimer

Dit document is eigendom van de Inspectie Volksgezondheid en is uitsluitend bedoeld voor de geadresseerde(n). Het bevat mogelijk vertrouwelijke en/of gevoelige informatie. Ongeautoriseerde verspreiding, openbaarmaking of gebruik van (delen van) de inhoud is niet toegestaan.

Hoewel de grootst mogelijke zorg is besteed aan de juistheid en volledigheid van de informatie in dit document, aanvaardt Inspectie Volksgezondheid Aruba geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden of onvolledigheden. Dit document heeft geen bindende juridische status en er kunnen geen rechten aan worden ontleend. Verspreiding en/of openbaarmaking aan derden is alleen toegestaan met uitdrukkelijke toestemming van de Inspectie Volksgezondheid Aruba.

Auteur(s):	Baena, J	Garcia, J	-
Goedgekeurd door:	Fingal, C	Lopez Penha, D	-
Gebruikswijze:	Extern document		

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
1.1 Wettelijke kaders.....	1
1.2 Goed bestuur en bestuurlijke verantwoordelijkheid	2
1.3 Doel van het toetsingskader.....	3
1.4 Uitgangspunten en toepassingsbereik van toezicht.....	3
1.5 Beoordelingssystematiek.....	4
2. Thema's.....	5
Toetsingskader Goed Bestuur	7
Thema 1: Bestuurlijke verantwoordelijkheid en sturing	7
Thema 2: Kwaliteit & Veiligheid.....	9
Thema 3: Risicobeheersing	11
Thema 4: Lerende organisatie	13
Thema 5: Transparantie & Verantwoording	15
Thema 6: Integriteit & Cultuur	17
Thema 7: Stakeholdersbetrokkenheid & cliëntenperspectief	19
3. Relatie met handhaving.....	22
3.1 Uitgangspunten voor handhaving	22
3.2 Wanneer leidt toezicht tot handhaving?.....	23
3.3 Bestuurlijke maatregelen.....	23
3.4 Toetsbaarheid en gedrag van de zorgaanbieder.....	23

1. Inleiding

De Inspectie Volksgezondheid Aruba (hierna: de Inspectie) ziet toe op de naleving van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (AB 2014 no. 74), de Landsverordening beroepen in de gezondheidszorg (AB 2017 no. 73) en andere relevante wet- en regelgeving. In dit kader staan het borgen van goede, veilige, doeltreffende, cliëntgerichte, professionele en kwalitatief goede zorg centraal.

Goed bestuur vormt een essentiële randvoorwaarde voor het leveren van verantwoorde zorg. Het omvat niet alleen sturing op zorgprocessen en resultaten, maar ook aandacht voor gedrag, cultuur en de inrichting van de organisatie.

Van een zorgaanbieder mag worden verwacht dat het bestuur aantoonbaar verantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, de naleving van wet- en regelgeving, de beheersing van risico's, de continuïteit van zorg en het bevorderen van een open en lerende organisatiecultuur.

Met dit toetsingskader maakt de Inspectie inzichtelijk op welke wijze zij het functioneren van besturen van zorgaanbieders beoordeelt. Het kader beoogt transparantie te bieden over de verwachtingen van de Inspectie en biedt zorgaanbieders, interne toezichthouders en andere belanghebbenden houvast bij het versterken van goed bestuur.

Dit toetsingskader wordt risicogestuurd en proportioneel toegepast, waarbij de verwachte invulling van normen afhankelijk is van de aard, omvang en complexiteit van de zorgaanbieder. Van grotere en complexere zorginstellingen wordt verwacht dat zij in verhoogde mate invulling geven aan deze normen.

1.1 Wettelijke kaders

Dit toetsingskader is gebaseerd op de voor Aruba geldende wet- en regelgeving en het bredere juridisch kader, in het bijzonder:

- de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (AB 2014 no. 74);
- de Landsverordening beroepen in de gezondheidszorg (AB 2014 no. 73);
- de Landsverordening geneesmiddelenvoorziening (AB 1990 no. GT9);
- het Landsbesluit algemene bepalingen toezichtuitoefening (AB 1998 no. 70);
- de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

Daarnaast worden de Governance code Zorg 2022 vanuit Brancheorganisaties Zorg (BoZ) in Nederland en het Afwegingskader Vertrouwen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd van Nederland (IGJ, 2018) gehanteerd als veldnormen en ter nadere invulling van open wettelijke normen, voor zover deze passend en toepasbaar zijn binnen de Arubaanse context en niet in strijd zijn met de lokale wet- en regelgeving.

1.2 Goed bestuur en bestuurlijke verantwoordelijkheid

Goed bestuur en goed intern toezicht functioneren als samenhangend systeem van sturing, toezicht, tegenkracht, reflectie en verantwoording. Van zowel bestuur als intern toezicht wordt verwacht dat zij actief bijdragen aan een open, lerende en integere organisatiecultuur. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar formele structuren en documenten, maar ook naar cultuur, gedrag, samenwerking, zelfreflectie, aanspreekbaarheid en professioneel toezicht.

Het bestuur is eindverantwoordelijk voor:

- de kwaliteit en veiligheid van zorg;
- risicobeheersing;
- de continuïteit van zorg;
- de naleving van wet- en regelgeving;
- het bevorderen van een open en lerende organisatiecultuur.

Daarnaast draagt het bestuur zorg voor een duidelijke en werkbare governance-structuur, waarin rollen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden eenduidig zijn belegd. Het bestuur stuurt actief op kwaliteit en veiligheid, ziet toe op de werking van interne beheers- en controlesystemen en legt hierover op transparante wijze verantwoording af aan interne en externe stakeholders.

Van het bestuur wordt verwacht dat het een voorbeeldrol vervult in professioneel gedrag en integriteit. Het bestuur bevordert een organisatiecultuur die open en integer is, omgevingsbewust en participatief, lerend en zelfreinigend, en waarin handelen verantwoord en transparant is. Binnen deze cultuur staat een doelgerichte en doelmatige aanpak centraal en voelen medewerkers zich veilig om signalen en incidenten te melden, zodat structureel wordt geleerd en verbeterd op basis van deze signalen.

Onder goed bestuur en verantwoording wordt onder meer verstaan:

- integer en betrouwbaar handelen;
- transparant en open communiceren (inspraak, samenspraak en tegenspraak), intern en extern;
- verantwoording afleggen over besluiten en resultaten;
- zich toetsbaar en aanspreekbaar opstellen, ook als dat ongemakkelijk is;
- lerend en reflectief vermogen tonen: fouten erkennen, oorzaken onderzoeken en verbetermaatregelen borgen;
- proactief sturen op kwaliteit, veiligheid en risico's, in plaats van enkel reactief handelen;
- zorgvuldig omgaan met informatie, privacy en vertrouwelijkheid;
- adequaat functioneren van governance-structuren, zoals bestuur, intern toezicht en medezeggenschap.

Goed bestuurlijk gedrag uit zich in een cultuur waarin verantwoordelijkheid wordt genomen, afwijkingen tijdig worden herkend en gecorrigeerd, en waarin continue verbetering van zorg centraal staat, zowel op operationeel als op bestuurlijke niveau.

1.3 Doel van het toetsingskader

Dit toetsingskader beschrijft de normen en uitgangspunten waarop de Inspectie toetst bij het beoordelen van goed bestuur bij alle zorgaanbieders, waaronder zorginstellingen, zelfstandige zorgverleners en overige organisaties die zorg leveren.

Het doel van dit kader is om:

- inspecteurs een uniform, transparant en zorgvuldig beoordelingsinstrument te bieden voor het uitvoeren van toezicht;
- duidelijk te maken welke normen de Inspectie hanteert bij de beoordeling van goed bestuur;
- alle zorgaanbieders inzicht te geven in de eisen die gelden voor verantwoord en professioneel bestuur;
- te waarborgen dat toezichtbesluiten consistent, navolgbaar en onderbouwd worden genomen.

Met het openbaar maken van dit toetsingskader beoogt de Inspectie:

- transparantie te bieden over haar werkwijze;
- goede zorg te bevorderen en zorgaanbieders (die minder goed presteren) te stimuleren tot verbetering en leren;
- informatie te verstrekken aan zorgaanbieders, zorgverleners, cliënten en burgers over haar toezicht;
- een hanteerbaar instrument in de vorm van een normenkader, waarmee raden van toezicht en raden van bestuur zelf hun governance-processen en bestuurlijke kwaliteit proactief kunnen toetsen, evalueren en verder te professionaliseren.

1.4 Uitgangspunten en toepassingsbereik van toezicht

De Inspectie gaat in haar toezicht uit van vertrouwen in de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders en hun bestuur om verantwoorde, veilige en cliëntgerichte zorg te leveren. Dit vertrouwen is echter niet vrijblijvend. Het wordt opgebouwd, bevestigd en waar nodig bijgesteld op basis van aantoonbaar bestuurlijk gedrag, naleving van wettelijke normen, transparantie, lerend vermogen en de wijze waarop risico's worden gesignaleerd, beheerst en opgevolgd.

Het toezicht van de Inspectie is risicogestuurd, proportioneel en contextafhankelijk. Daarbij houdt de Inspectie rekening met de aard, omvang, complexiteit en organisatievorm van de zorgaanbieder. Van grotere en complexe zorginstellingen wordt verwacht dat zij met grotere diepgang en samenhang invulling geven aan de normen. Van iedere zorgaanbieder, ongeacht omvang, wordt verwacht dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit, veiligheid, continuïteit, naleving en verantwoording helder is belegd en aantoonbaar functioneert.

Het toetsingskader richt zich op het functioneren van de zorgaanbieder op organisatie- en bestuursniveau. Het is niet bedoeld als zelfstandig beoordelingskader voor individuele beroepsuitoefening, individuele aansprakelijkheid of afzonderlijke incidenten. Individuele casuïstiek, meldingen of signalen kunnen wel worden betrokken voor zover deze bijdragen aan het bredere beeld van bestuurlijke sturing, interne governance, kwaliteit, veiligheid, continuïteit en lerend vermogen.

Bij de toepassing van dit toetsingskader weegt de Inspectie onder meer:

- de mate van naleving van wet- en regelgeving, inclusief relevante professionele normen, richtlijnen en veldnormen voor zover van toepassing;
- de aantoonbare werking van systemen en processen op het gebied van kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg;
- het bestuurlijk gedrag van de zorgaanbieder, waaronder de wijze waarop verantwoordelijkheid wordt genomen voor kwaliteit en veiligheid van zorg;
- de mate waarin risico's tijdig worden gesignaleerd, beoordeeld, beheerst en gemitigeerd;
- de wijze waarop de organisatie leert van incidenten, calamiteiten, klachten, signalen en eerdere toezichtbevindingen;
- de mate waarin verbetermaatregelen worden opgevolgd, gemonitord en duurzaam geborgd.

De beoordeling aan de hand van dit toetsingskader vindt steeds plaats in samenhang met de concrete toezichtcontext. De Inspectie beoordeelt niet uitsluitend of beleid, procedures of structuren formeel aanwezig zijn, maar ook of deze in de praktijk aantoonbaar functioneren en bijdragen aan goede, veilige en verantwoorde zorg.

1.5 Beoordelingssystematiek

Bij de beoordeling kan onderscheid worden gemaakt tussen basisnormen en ontwikkelnormen. Hierdoor wordt duidelijk welke normen minimaal vereist zijn en welke normen bijdragen aan verdere professionele ontwikkeling en de versterking van goed bestuur.

Tijdens de beoordeling toetst de Inspectie de mate waarin de toetsingscriteria per norm zijn geborgd in zowel beleid en praktijk. De beoordeling vindt plaats op basis van een integrale weging van de criteria, waarbij de feitelijke werking in de praktijk leidend is en de criteria in samenhang worden beoordeeld. Daarbij worden de volgende beoordelingscategorieën gehanteerd:

- **Voldoende (V)**
De norm is aantoonbaar en structureel geborgd in beleid en praktijk. Er zijn passende maatregelen getroffen, deze worden consequent uitgevoerd en de uitkomsten zijn toetsbaar.
- **Deels voldoende (D)**
De norm is gedeeltelijk aanwezig, maar de borging is nog niet volledig, structureel,

consistent of aantoonbaar. Verbeteringen zijn nodig om te voldoen aan de norm. Essentiële onderdelen zijn aanwezig, maar de samenhang, doorwerking of bestendigheid is nog onvoldoende.

- **Onvoldoende (O)**

De norm ontbreekt, is niet aantoonbaar geïmplementeerd of er zijn ernstige tekortkomingen in beleid of uitvoering. De borging voldoet niet aan wat de Inspectie verwacht. Essentiële onderdelen ontbreken of er is sprake van risico's voor kwaliteit, veiligheid of continuïteit van zorg.

- **Niet van toepassing (NVT)**

De norm is objectief niet relevant voor de betreffende zorgaanbieder of de specifieke situatie.

2. Thema's

Het toetsingskader goed bestuur is opgebouwd rond zeven samenhangende thema's. Deze thema's vormen gezamenlijk de minimale voorwaarden voor goed bestuur binnen alle zorgaanbieders. De toepassing en uitwerking van deze thema's is echter afhankelijk van de aard, omvang en complexiteit van de zorgaanbieder.

De thema's zijn gebaseerd op de in paragraaf 1.1 genoemde wet- en regelgeving en de daaruit voortvloeiende zorgplichten en bestuurlijke verantwoordelijkheden. Deze thema's vormen het fundament waarop de Inspectie beoordeelt of de zorgaanbieder aantoonbaar invulling geeft aan goed bestuur, organisatiebeheersing, risicobeheersing en de borging van kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg.

Afhankelijk van de aard, omvang, complexiteit en organisatievorm van de zorgaanbieder kan de wijze waarop aan een norm invulling wordt gegeven verschillen. De onderliggende bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg blijft echter onverminderd van toepassing op iedere zorgaanbieder.

Het toetsingskader bestaat uit de volgende zeven thema's:

1. Bestuurlijke verantwoordelijkheid en sturing

Dit thema beschrijft in hoeverre bestuurders hun wettelijke, professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid waarmaken.

2. Kwaliteit & veiligheid

Hier gaat het om het vermogen van de organisatie om veilige, cliëntgerichte en kwalitatief goede zorg te leveren.

3. Risicobeheersing en interne controle

Zorgaanbieders moeten proactief omgaan met risico's door deze vroegtijdig te herkennen en effectief te beheersen.

4. Lerende organisatie en meldcultuur

Een zorgaanbieder met goed bestuur stimuleert een cultuur van leren, melden en verbeteren.

5. Transparantie & verantwoording

Bestuurders zijn verplicht hun handelen, besluiten en resultaten inzichtelijk te maken.

6. Integriteit & cultuur

Dit thema beschrijft het gedrag en de waarden die nodig zijn om professioneel, verantwoordelijk en betrouwbaar te besturen.

7. Stakeholderbetrokkenheid & cliëntenperspectief

Goede zorg vraagt om het betrekken van cliënten, medewerkers, beroepsgroepen en andere stakeholders bij beleidsvorming en besluitvorming.

Per thema zijn concrete normen geformuleerd. Deze normen geven weer wat minimaal van een zorgaanbieder wordt verwacht op het gebied van goed bestuur, waarbij de diepgang en uitwerking van de normen proportioneel wordt bepaald.

Hiernavolgend worden de thema's nader uitgewerkt in concrete normen en toetsingscriteria.

Toetsingskader Goed Bestuur

Thema 1: Bestuurlijke verantwoordelijkheid en sturing		
Norm	Bron	Toetsingscriteria
1.1 Het bestuur draagt aantoonbaar en actief de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit, veiligheid, continuïteit en maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorg, en stuurt hierop op basis van zowel formele informatie als signalen uit de praktijk, interne en externe toetsing en bestuurlijke reflectie.	Art. 3, 4, 5 en 7 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 5: Goed bestuur - Principe 7: Continue ontwikkeling Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): Bestuurlijke verantwoordelijkheid en sturing Afwegingskader Vertrouwen IGJ (2018): Proactieve en lerende organisatie	De zorgaanbieder heeft de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg expliciet belegd binnen de governance- en besturingsstructuur en toont aan dat deze verantwoordelijkheid zichtbaar doorwerkt in sturing, besluitvorming en verantwoording. De zorgaanbieder bespreekt kwaliteit, veiligheid, continuïteit, risico's en bestuurlijke dilemma's structureel en toont aan dat maatschappelijke belangen expliciet worden meegewogen in bestuurlijke afwegingen en besluitvorming. De zorgaanbieder ontvangt en benut periodiek zowel formele rapportages als signalen uit de praktijk, waaronder indicatoren, incidenten, klachten, calamiteitenonderzoeken, audits en visitaties. De zorgaanbieder gebruikt formele informatie, signalen en toetsingsbevindingen aantoonbaar voor proactieve bijsturing en bewaakt systematisch of ingezette verbeteringen worden opgevolgd en geborgd. De zorgaanbieder legt periodiek en toetsbaar verantwoording af aan het intern toezichthoudend orgaan. Binnen de zorgaanbieder is aantoonbaar ruimte voor tegenspraak, kritische reflectie en een lerende en corrigerende houding, ook zonder externe druk.

1.2 Het bestuur draagt zorg voor een heldere rol-, taak- en verantwoordelijkheidsverdeling binnen de governance-structuur, waaronder tussen bestuur en intern toezichthoudend orgaan, die in de praktijk wordt nageleefd en aantoonbaar functioneert als een werkend systeem van sturing, tegenkracht, toezicht en verantwoording.	Art. 3 en 4 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 4: Inrichting governance - Principe 5: Goed bestuur - Principe 6: Verantwoord toezicht Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): Intern toezicht en checks and balances Interne governance-documenten zorgaanbieder: - Statuten - Reglement Raad van Bestuur/ directie - Reglement Raad van Toezicht (indien aanwezig)	De governance-structuur functioneert aantoonbaar in lijn met de vastgestelde rollen, verantwoordelijkheden en mandaten, en de besluitvorming vindt overeenkomstig deze structuur plaats. Het intern toezichthoudend orgaan ontvangt periodiek relevante informatie over kwaliteit, veiligheid, risico's en continuïteit van zorg vanuit diverse bronnen, waaronder rapportages, audits, signalen en werkbezoeken. Het intern toezichthoudend orgaan bespreekt structureel risico's, kwaliteitsvraagstukken, continuïteit van zorg en bestuurlijke dilemma's. Het intern toezichthoudend orgaan toont aan dat het onafhankelijk, kritisch en inhoudelijk toezicht houdt en actief tegenkracht biedt. Tussen het bestuur en het intern toezichthoudend orgaan is sprake van een open dialoog en aantoonbare ruimte voor tegenspraak. Het functioneren van het intern toezichthoudend orgaan wordt periodiek geëvalueerd en waar nodig verbeterd.
1.3 Het bestuur weegt structureel en aantoonbaar de belangen van cliënten, medewerkers, professionals, ketenpartners en de maatschappij mee in besluitvorming en handelt zichtbaar vanuit het publieke en maatschappelijke belang van goede zorg.	Art. 3 en 7 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Art. 9-13 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (klachten en cliëntpositie) Governancecode Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg	Het cliëntenperspectief is aantoonbaar geïntegreerd in beleid, besluitvorming en evaluaties, en relevante stakeholders, waaronder cliënten, medewerkers, professionals en ketenpartners, worden structureel betrokken. Feedback van stakeholders wordt systematisch verzameld, geanalyseerd en benut voor verbetering van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

	- Principe 2: Waarden en normen - Principe 3: Invloed van belanghebbenden	Maatschappelijke impact, publieke belangen en risico's worden expliciet meegewogen in strategische en operationele besluitvorming. Samenwerkingsafspraken met ketenpartners worden vastgelegd, onderhouden en periodiek geëvalueerd. De zorgaanbieder maakt inzichtelijk hoe wordt omgegaan met spanningen tussen kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en continuïteit van zorg. Kwetsbare en moeilijk bereikbare groepen worden actief betrokken en aantoonbaar meegewogen in beleid, besluitvorming en evaluatie.
	Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): Maatschappelijke verantwoording en stakeholderdialoog	

Thema 2: Kwaliteit & Veiligheid		
Norm	Bron	Toetsingscriteria
2.1 Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder beschikt over een effectief, aantoonbaar en bestuurlijk gedragen kwaliteitssysteem dat niet alleen formeel is ingericht, maar ook daadwerkelijk wordt toegepast om de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg in de praktijk systematisch te monitoren, te verbeteren en te borgen.	Art. 3, 4, 5 en 7 van de Land-verordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governance-code Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 5: Goed bestuur - Principe 7: Continue ontwikkeling Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): sturing op kwaliteit en veiligheid	De zorgaanbieder beschikt over een PDCA-kwaliteitssysteem dat aantoonbaar is ingericht, wordt toegepast in de praktijk en doorwerkt in bestuurlijke sturing. Verbetermaatregelen, audits en uitkomsten worden systematisch opgevolgd, geëvalueerd en geborgd, met duidelijke verantwoordelijkheden en termijnen. Zowel formele indicatoren als kwalitatieve signalen, waaronder incidenten, audits, werkvloersignalen en ervaringen van cliënten en professionals, worden structureel verzameld, geanalyseerd en benut voor verbetering.

		De zorgaanbieder beschikt over een werkende systematiek voor het signaleren, analyseren en opvolgen van incidenten, risico's en afwijkingen. Het kwaliteitssysteem geeft aantoonbaar richting aan het dagelijks handelen en aan bestuurlijke besluitvorming, waarbij wordt gestuurd op de feitelijke werking van processen en niet uitsluitend op formele aanwezigheid van beleid of procedures. De zorgaanbieder reflecteert actief op verschillen tussen beleid en uitvoering en gebruikt kwaliteitsdata om patronen, structurele risico's en zwakke plekken bestuurlijk te duiden. Protocollen zijn actueel en gebaseerd op relevante professionele normen, richtlijnen en evidence- and value-based inzichten. Documentbeheer is geborgd en over het kwaliteitsbeleid wordt periodiek verantwoording afgelegd, onder meer via het kwaliteitsjaarverslag.
2.2 Het bestuur draagt er zorg voor dat calamiteiten en (bijna-) incidenten tijdig, volledig, onafhankelijk en systematisch worden gemeld en onderzocht binnen een open en lerend werkklimaat, waarbij niet alleen operationele oorzaken, maar ook bestuurlijke, organisatorische, culturele en systeemfactoren worden betrokken en leiden tot aantoonbare en duurzame verbeteringen.	Art. 5 en 8 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 7: Continue ontwikkeling Afwegingskader Vertrouwen IGJ (2018): lerend vermogen en open cultuur Veldnormen voor calamiteitenonderzoek (analysemethodieken):	Calamiteiten en (bijna-)incidenten worden tijdig, volledig en systematisch gemeld binnen een veilige en open meldcultuur. De onafhankelijkheid en deskundigheid van het onderzoek zijn geborgd en er wordt gebruikgemaakt van een gestructureerde analysemethodiek, zoals PRISMA, SIRE of root-cause analysis. Oorzaken worden breed en integraal geanalyseerd, met aandacht voor menselijke, organisatorische, technische, culturele, bestuurlijke en systeemfactoren.

- SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie)
 - PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis)
 - Root Cause Analysis (RCA)
- Verbetermaatregelen zijn logisch herleidbaar tot de analyses en worden geïmplementeerd, gemonitord en geëvalueerd op effectiviteit.
- Leerpunten, trends en patronen worden organisatiebreed gedeeld, opgenomen in het kwaliteitssysteem en benut voor structurele verbetering.
- Uitkomsten van onderzoeken naar calamiteiten en (bijna-)incidenten worden bestuurlijk besproken en waar nodig vertaald naar bredere verbetermaatregelen en strategische keuzes.
- Patronen, terugkerende risico's en onderliggende structurele oorzaken worden herkend en geadresseerd binnen een lerende context die gericht is op waarheidsvinding en verbetering.

Thema 3: Risicobeheersing			
	Norm	Bron	Toetsingscriteria
3.1	Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder risico's systematisch herkent, weegt, bespreekt en beheerst, en risico informatie aantoonbaar en actief gebruikt om tijdig te prioriteren, bij te sturen en de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg duurzaam te beschermen.	Art. 3, 4, 5 en 7 van de Land-verordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governance-code Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 5: Goed bestuur - Principe 7: Continue ontwikkeling	De zorgaanbieder beschikt over een actueel en organisatiebreed toegepast systeem voor het identificeren, beoordelen en beheersen van risico's, waaronder een risicoregister. Risico's worden periodiek besproken op relevante niveaus binnen de organisatie en er is een duidelijke escalatiestructuur voor urgente situaties. Risico's worden systematisch gewogen en geprioriteerd op basis van impact, kans van optreden en mogelijke gevolgen voor kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg.

	Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): risicosturing en governance	Beheersmaatregelen zijn duidelijk belegd en de effectiviteit daarvan wordt gemonitord, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Het risicobeeld wordt continu geactualiseerd op basis van incidenten, signalen, audits, calamiteiten en organisatieontwikkelingen, inclusief minder zichtbare risico's zoals cultuur, samenwerking en leiderschap. Risico-informatie wordt aantoonbaar benut in besluitvorming, prioritering, audits, verbeterprogramma's en capaciteitsplanning, en wordt gedeeld met het intern toezicht houdend orgaan. Op basis van risico's en vroege signalen vindt tijdig bestuurlijke bijsturing plaats, met expliciete weging van de impact op cliënten, professionals, de organisatie en de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.	
3.2	Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder beschikt over controleerbare, transparante en doelmatig ingerichte financiële en organisatorische processen, die de kwaliteit, veiligheid, continuïteit, toegankelijkheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorg ondersteunen.	Art. 3, 4 en 7 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 2: Waarden en normen - Principe 5: Goed bestuur - Principe 6: Verantwoord toezicht	Financiële processen zijn controleerbaar en transparant ingericht, met tijdige jaarrekening en structurele interne en/of externe controle. Financiële, administratieve en organisatorische processen, waaronder inkoop, HR, ICT en informatiebeheer, zijn doelmatig ingericht, gedocumenteerd en beheerst, inclusief passende functiescheiding. De financiële continuïteit is aantoonbaar geborgd, waaronder liquiditeit, solvabiliteit en scenarioanalyses. Financiële risico's worden beoordeeld in samenhang met zorgcontinuïteit, personele inzet en patiëntveiligheid.

Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): bedrijfsvoering en continuïteit

Binnen de organisatie en richting het intern toezichthoudend orgaan vindt tijdige en volledige rapportage plaats over financiële resultaten, risico's en afwijkingen.

Financiële en organisatorische keuzes worden expliciet afgewogen op hun impact op kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid en continuïteit van zorg.

Beleid ter voorkoming van belangenverstrengeling is aanwezig, wordt toegepast en is aantoonbaar geborgd. Bij schaarste of druk worden navolgbare keuzes gemaakt, met expliciete weging van het maatschappelijk belang.

De zorgaanbieder heeft inzicht in organisatorische afhankelijkheden, spanningen tussen bedrijfsvoering en zorginhoudelijke belangen, en andere kwetsbaarheden die risico's voor de kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid of continuïteit van zorg kunnen veroorzaken.

Thema 4: Lerende organisatie			
	Norm	Bron	Toetsingscriteria
4.1	Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder beschikt over een veilige, toegankelijke en aantoonbaar functionerende meld- en leercultuur, waarin medewerkers zich vrij voelen om signalen, zorgen, fouten en dilemma's te bespreken en waarin zowel formele als informele signalen systematisch worden benut voor verbetering.	Art. 3,5 en 8 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governance-code Zorg 2022: - Principe 2: Waarden en normen - Principe 7: Continue ontwikkeling Afwegingskader Vertrouwen IGJ (2018): Open cultuur	Binnen de zorgaanbieder is sprake van een veilig werkklimaat waarin medewerkers zich vrij voelen om te melden en waarin meldbereidheid actief wordt gestimuleerd. Psychologische veiligheid en aanspreekbaarheid worden actief bevorderd. Belemmeringen voor melden en aanspreken, zoals hiërarchie, afhankelijkheidsrelaties of ervaren druk, worden herkend en aangepakt.

	Lerende organisatie	Zowel formele meldingen als informele signalen worden systematisch verzameld, onderzocht en benut voor verbetering. Trends, patronen en terugkerende signalen worden structureel geïdentificeerd en gebruikt voor organisatiebrede verbeteringen. Melders ontvangen structurele terugkoppeling en de organisatie wordt periodiek geïnformeerd over meldingen, trends en verbetermaatregelen. Meldingen leiden aantoonbaar tot organisatiebrede leerprocessen en verbeteracties. Uit de praktijk blijkt dat medewerkers ervaren dat melden zinvol is en serieus wordt opgepakt.
4.2	Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder structureel de deskundigheid, bekwaamheid, professionele ontwikkeling en verantwoorde inzet van medewerkers borgt, zodat zij in staat worden gesteld om veilig, professioneel, reflectief en in lijn met de zorginhoudelijke en maatschappelijke opdracht te handelen.	Art. 4 en 5 Landsverordening beroepen in de gezondheidszorg Art. 3, 4, 5 en 7 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governance-code Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 5: Goed bestuur - Principe 7: Continue ontwikkeling De zorgaanbieder beschikt over beleid voor scholing en deskundigheidsbevordering, inclusief verplichte opleidingen en structurele toetsing van bekwaamheid. Medewerkers worden structureel ondersteund in hun professionele ontwikkeling, onder meer via supervisie, interventie, coaching en reflectie op professioneel handelen en dilemma's. Professionele registraties, waaronder AruBIG indien van toepassing, en bevoegdheden worden periodiek gecontroleerd en geborgd. De zorgaanbieder beschikt over een gestructureerd inwerkprogramma. Tekortkomingen in deskundigheid worden tijdig gesignaleerd en vertaald naar gerichte verbetermaatregelen.

Personele inzet wordt afgestemd op competenties, ervaring en risico's in het zorgproces, en niet uitsluitend op beschikbaarheid.

Er is bestuurlijke aandacht voor duurzame inzetbaarheid, professionele ruimte en het voorkomen van overbelasting en normvervaging.

Deskundigheid en personeelsbeleid dragen aantoonbaar bij aan veilig, professioneel en reflectief handelen, in lijn met de zorginhoudelijke en maatschappelijke opdracht van de zorgaanbieder.

Thema 5: Transparantie & Verantwoording		
Norm	Bron	Toetsingscriteria
5.1 Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder actief, volledig, tijdig en betekenisvol verantwoording aflegt over kwaliteit, veiligheid, continuïteit, risico's, dilemma's en resultaten, en daarbij ook openheid toont over verbeteropgaven, spanningen en leerpunten.	Art. 3 en 7 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 2: Waarden en normen - Principe 5: Goed bestuur - Principe 7: Continue ontwikkeling	De zorgaanbieder beschikt over een actueel en toegankelijk kwaliteitsjaarverslag, of een jaarverslag met een kwaliteitsdeel, waarin prestaties, ontwikkelingen, risico's en verbetermaatregelen inzichtelijk zijn gemaakt. Stakeholders, waaronder het intern toezichthoudend orgaan en medezeggenschapsorganen, worden actief geïnformeerd over kwaliteit, veiligheid, risico's en prestaties. Resultaten, risico's en verbetermaatregelen zijn helder, volledig en navolgbaar vastgelegd. De zorgaanbieder betracht openheid over incidenten, calamiteiten en de daaruit voortvloeiende leerpunten.

		Relevante financiële en operationele informatie wordt gedeeld wanneer deze invloed heeft op kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg. De zorgaanbieder legt niet alleen verantwoording af over resultaten, maar ook over risico's, dilemma's, tekortkomingen en onzekerheden. Verantwoording wordt aantoonbaar gebruikt als instrument voor leren en verbeteren, en niet uitsluitend als formele verplichting.
5.2 Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder zich toetsbaar, open, professioneel en lerend opstelt in de relatie met extern toezicht, en daarbij bereid is om risico's, tekortkomingen, dilemma's en herstelopgaven tijdig en transparant te delen.	Art. 18 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Landsbesluit algemene bepalingen toezichthouders Afwegingskader Vertrouwen IGJ (2018): - Openheid - Toetsbaarheid - Lerende houding	Gevraagde gegevens en documenten worden volledig, juist en tijdig aan de Inspectie verstrekt. Tijdens toezicht en inspectiecontacten is sprake van een open, professionele en constructieve houding. De zorgaanbieder is aantoonbaar transparant en toetsbaar over risico's, tekortkomingen en bestuurlijke dilemma's. Tekortkomingen worden openlijk benoemd en vertaald naar concrete verbetermaatregelen. Afspraken met de Inspectie worden aantoonbaar nagekomen. De zorgaanbieder toont ook zonder externe druk bereidheid om relevante risico's, dilemma's en tekortkomingen actief te delen. Extern toezicht wordt benut als moment voor reflectie, leren en verbetering.

Openheid richting de Inspectie komt aantoonbaar voort uit een bredere cultuur van transparantie en niet uitsluitend uit nalevingsdruk.

Thema 6: Integriteit & Cultuur			
	Norm	Bron	Toetsingscriteria
6.1	Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder beschikt over een actueel, aantoonbaar werkend en zichtbaar gedragen integriteitsbeleid, waarin integriteit niet uitsluitend als formele norm, maar ook als integraal onderdeel van professioneel en bestuurlijk handelen is verankerd.	Art. 3 en 4 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Algemene beginselen van behoorlijk bestuur Governancecode Zorg 2022: - Principe 2: Waarden en normen - Principe 5: Goed bestuur - Principe 6: Verantwoord toezicht Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): integriteit en cultuur	De zorgaanbieder beschikt over een actueel en organisatiebreed integriteitsbeleid, inclusief gedragscode en klokkenluidersregeling, dat toegankelijk is en bekend is binnen de organisatie. Nevenfuncties en externe belangen worden vastgelegd en beleid ter voorkoming van belangenverstrengeling wordt aantoonbaar toegepast. Integriteit is verankerd in relevante processen, waaronder HR-processen zoals werving, beoordeling en contractering, en in bestuurlijke en organisatorische besluitvorming. De zorgaanbieder beschikt over een duidelijke procedure voor het melden en onderzoeken van integriteitsschendingen, waaraan aantoonbaar opvolging wordt gegeven. Het integriteitsbeleid wordt periodiek geëvalueerd en waar nodig geactualiseerd. Integriteit wordt bevorderd via voorbeeldgedrag, dialoog en morele reflectie, en niet uitsluitend via regels en procedures.

		Integriteitsvraagstukken, grijze gebieden en dilemma's worden actief bespreekbaar gemaakt en waar nodig wordt normerend opgetreden.
6.2	Het bestuur bevordert actief dat binnen de zorgaanbieder een open, veilige en professioneel volwassen aanspreekcultuur aanwezig is, waarin voorbeeldgedrag, psychologische veiligheid, morele moed en het bespreekbaar maken van risico's, fouten en dilemma's structureel worden gestimuleerd. Art. 3 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 2: Waarden en normen - Principe 5: Goed bestuur - Principe 7: Continue ontwikkeling Afwegingskader Vertrouwen IGJ (2018): Open cultuur Aanspreekbaarheid Lerende organisatie	Medewerkers ervaren ruimte om zorgen, fouten en dilemma's te bespreken zonder angst voor negatieve gevolgen. Fouten worden primair benaderd als leerpunten en er is geen sprake van een afrekencultuur. Bestuur en management tonen zichtbaar voorbeeldgedrag in openheid, integriteit en aanspreekbaarheid. Er vindt structurele reflectie plaats op bestuurlijk en professioneel handelen, waarbij dilemma's actief op alle niveaus worden besproken. Signalen van medewerkers worden serieus genomen, onderzocht en teruggekoppeld. Onprofessioneel, grensoverschrijdend of ondermijnend gedrag wordt tijdig en zichtbaar aangepakt, zowel formeel als cultureel. De zorgaanbieder heeft aantoonbaar oog voor informele machtsverhoudingen, afhankelijkheden en zwijgmechanismen, en maakt actief ruimte voor tegenspraak en kritische signalen.

Thema 7: Stakeholdersbetrokkenheid & cliëntenperspectief

	Norm	Bron	Toetsingscriteria
7.1	Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder cliënten, medewerkers, beroepsgroepen en andere stakeholders structureel, betekenisvol en aantoonbaar betreft bij beleid, besluitvorming, evaluatie en verbetering van de zorg.	Art. 3, 9 en 13 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 2: Waarden en normen - Principe 3: Invloed van belanghebbenden Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): stakeholderdialoog	Het cliëntenperspectief is aantoonbaar geïntegreerd en cliënten, medewerkers, beroepsgroepen en ketenpartners worden structureel en tijdig betrokken bij beleid, besluitvorming en evaluatie. Medewerkers en andere stakeholders worden systematisch betrokken via overlegstructuren, kwaliteitsprocessen en samenwerkingsvormen. Feedback van cliënten, naasten en andere stakeholders wordt actief verzameld, onder meer via enquêtes, gesprekken en klachten, en vertaald naar concrete verbetermaatregelen. Stakeholderinput heeft aantoonbaar invloed op strategisch beleid, jaarplannen en bestuurlijke prioriteiten. Samenwerking met ketenpartners en maatschappelijke partijen is geborgd en gericht op kwaliteit en continuïteit van zorg. Kwetsbare, minder zichtbare en moeilijk bereikbare groepen worden actief betrokken en aantoonbaar meegewogen.

		Signalen van stakeholders leiden zichtbaar tot bestuurlijke reflectie, afweging en waar nodig bijstelling van beleid en koers.
7.2 Het bestuur draagt er zorg voor dat de zorgaanbieder het maatschappelijk belang, de publieke verantwoordelijkheid en de gevolgen voor toegankelijkheid, continuïteit, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg zichtbaar en structureel meeweegt in alle relevante strategische en operationele besluiten.	Art. 3 en 7 Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg Governancecode Zorg 2022: - Principe 1: Goede zorg - Principe 2: Waarden en normen - Principe 3: Invloed van belanghebbenden - Principe 5: Goed bestuur	Het maatschappelijk belang, waaronder toegankelijkheid, continuïteit, kwaliteit en doelmatig gebruik van middelen, wordt structureel en expliciet meegewogen in besluitvorming. Strategische en operationele keuzes worden aantoonbaar getoetst op gevolgen voor cliënten, professionals, zorgkettens, betaalbaarheid en maatschappelijke legitimiteit.
	Kader Goed Bestuur IGJ/NZa (2020): maatschappelijke verantwoordelijkheid	De zorgaanbieder is transparant richting stakeholders en samenleving over prestaties, risico's, incidenten en verbetermaatregelen met maatschappelijke impact. Maatschappelijke signalen, waaronder signalen uit media, klachten, ketenpartners en beroepsgroepen, worden actief opgepakt, geanalyseerd en betrokken in besluitvorming.
		Noodscenario's en continuïteitsplannen zijn aanwezig. De organisatie wordt intern tijdig geïnformeerd over ontwikkelingen met potentiële maatschappelijke impact, zoals capaciteitsproblemen, wachttijden of risico's voor toegankelijkheid en continuïteit van zorg.
		Maatschappelijke belangen worden structureel meegenomen in bestuurlijke oordeelsvorming en leiden aantoonbaar tot bewuste prioritering en navolgbare keuzes.

De zorgaanbieder vat zijn maatschappelijke opdracht breder op dan uitsluitend het leveren van zorg en gaat verantwoord om met publieke belangen en schaarse middelen.

3. Relatie met handhaving

De Inspectie gaat er in beginsel vanuit dat zorgaanbieders vanuit hun eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid werken aan continue verbetering van kwaliteit, veiligheid en goed bestuur. Het toezicht is daarom primair gericht op het bevorderen van leren, transparantie en herstel. Wanneer echter blijkt dat tekortkomingen onvoldoende worden herkend, niet duurzaam worden aangepakt of leiden tot onaanvaardbare risico's voor cliënten of de continuïteit van zorg, kan handhaving noodzakelijk zijn.

De normen in dit toetsingskader vormen het uitgangspunt voor het toezicht van de Inspectie. In de meeste situaties biedt toezicht ruimte voor verbetering, herstel en leren. Wanneer echter sprake is van ernstige of aanhoudende normafwijkingen, of risico's voor de kwaliteit, veiligheid of continuïteit van zorg, kan de Inspectie gebruikmaken van haar handhavingsbevoegdheden.

De wijze waarop de Inspectie handhavend optreedt, is vastgelegd in het Toezicht- en Handhavingsbeleid van de Inspectie. Dit toetsingskader vormt daarbij een inhoudelijke basis voor toezichtbevindingen, risicoweging en de keuze van passende interventies of maatregelen.

3.1 Uitgangspunten voor handhaving

Bij handhaving past de Inspectie de uitgangspunten uit haar toezicht- en handhavingsbeleid toe. Handhaving is risicogericht, proportioneel en zorgvuldig. De Inspectie weegt daarbij de ernst van de normafwijking, de aard en omvang van het risico, de urgentie van de situatie, de mate waarin herstel mogelijk is en de houding en verbeterbereidheid van de zorgaanbieder.

De Inspectie past handhaving toe in lijn met de principes uit haar beleid, waaronder:

- 1. Proportionaliteit en subsidiariteit**

Bestuurlijke maatregelen worden alleen ingezet voor zover noodzakelijk en redelijk voor de uitvoering van de toezichthoudende taak.

- 2. Transparantie en zorgvuldigheid**

Alle stappen, van eerste toezichtcontact tot en met een formele maatregel, worden uitgevoerd volgens de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en artikel 24 LAR.

- 3. Risicogericht en onafhankelijk toezicht**

De Inspectie richt haar inzet op situaties met verhoogd risico en laat zich daarbij leiden door signalen, incidenten, meldingen en professionele expertise.

- 4. Stimuleren van herstel en leren**

De Inspectie bevordert herstel en verbetering, en zet pas zwaardere maatregelen in wanneer dat noodzakelijk is.

Alle stappen in het toezicht- en handhavingstraject worden zorgvuldig en navolgbaar uitgevoerd, met inachtneming van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en toepasselijke procedurele waarborgen.

3.2 Wanneer leidt toezicht tot handhaving?

Handhaving kan aan de orde zijn wanneer:

- normen uit dit toetsingskader onvoldoende of geheel niet worden nageleefd;
- sprake is van risico's die de kwaliteit, veiligheid of continuïteit van zorg (kunnen) aantasten;
- tekortkomingen niet tijdig, onvoldoende of niet duurzaam worden hersteld;
- herstelmaatregelen door de zorgaanbieder uitblijven of onvoldoende effect hebben;
- sprake is van herhaalde of structurele overtredingen;
- het gedrag van het bestuur, bijvoorbeeld door gebrek aan openheid of medewerking, bijdraagt aan een vergroting van de risico's.

De inzet van handhaving wordt steeds bepaald op basis van een integrale beoordeling van de feiten, de ernst van de situatie, de risico's voor cliënten en de mate waarin de zorgaanbieder/zorginstelling verantwoordelijkheid neemt voor herstel en verbetering.

3.3 Bestuurlijke maatregelen

De Inspectie beschikt over meerdere instrumenten om op te treden bij normafwijkingen. Volgens het toezicht- en handhavingsbeleid kunnen onder andere de volgende maatregelen worden ingezet:

- waarschuwingsbrief;
- schriftelijke aanwijzing;
- schriftelijk bevel;
- last onder bestuursdwang;
- last onder dwangsom;
- gehele of gedeeltelijke stillegging van werkzaamheden bij ernstige risico's voor patiëntveiligheid.

De Inspectie bepaalt de aard van de maatregel op basis van de ernst van de normafwijking, de mate van risico, de urgentie van de situatie, de voorgeschiedenis van de zorgaanbieder en de bereidheid van de zorgaanbieder om tekortkomingen te herstellen. Voor een nadere uitwerking van de beschikbare toezicht- en handhavingsinstrumenten en de toepassing daarvan wordt verwezen naar het Toezicht- en Handhavingsbeleid van de Inspectie.

3.4 Toetsbaarheid en gedrag van de zorgaanbieder

Het gedrag van de zorgaanbieder (of zorginstelling) is een belangrijk element in het afwegingskader van de Inspectie. Hierbij wordt gekeken of de organisatie:

- gevraagde informatie volledig, juist en tijdig verstrekt;
- geen relevante informatie achterhoudt die van belang is voor het toezichtonderzoek
- transparant en aanspreekbaar is over tekortkomingen,risico's en dilemma's;
- tekortkomingen erkent en vertaalt naar concrete verbetermaatregelen;
- herstelmaatregelen aantoonbaar uitvoert;
- reflecteert op risico's, incidenten en bestuurlijk handelen;
- afspraken met de Inspectie nakomt.

Een open, toetsbare en lerende houding kan meewegen bij de keuze voor een lichtere of meer herstelgerichte interventie. Ontwijkend, niet-transparant of niet-coöperatief gedrag kan daarentegen aanleiding geven tot intensivering van toezicht of het inzetten van zwaardere handhavingsmaatregelen. Daarbij betreft de Inspectie ook de wettelijke verplichting van zorgaanbieders om medewerking te verlenen aan toezicht en gevraagde gegevens en inlichtingen te verstrekken.