

Governance modellen in ziekenhuisnetwerken

In de kantlijn ...

De publicaties «Hospital Governance Forum Serie» zijn een initiatief van GUBERNA, het Belgisch Instituut voor Bestuurders vzw. Als ledennetwerk en kenniscentrum voor deugdelijk bestuur in alle types van organisaties, besteedt GUBERNA bijzondere aandacht aan de governance van ziekenhuisstructuren in België. Binnen dit kader heeft ze een discussieforum opgezet voor de uitwisseling van best practices tussen haar leden die actief zijn in de ziekenhuissector. De publicaties vormen een vervolg op de bijeenkomsten van het Hospital Governance Forum en hebben als rode draad de door de overheid gewenste netwerkvorming van Belgische ziekenhuizen. Hun ambitie is om aandachtspunten te identificeren en reflectiepistes aan te reiken over specifieke thema's van ziekenhuisbestuur. Ze zijn voornamelijk bedoeld voor ziekenhuisactoren (managers, bestuurders, leden van medische raden, enz.). Hoewel ze erdoor geïnspireerd zijn, zijn deze publicaties geen verslag van de bijeenkomsten van het Hospital Governance Forum en hebben ze louter betrekking op GUBERNA. Ze hebben niet de intentie exhaustief te zijn maar zullen in de toekomst vervolledigd worden.

Introductie

Ziekenhuisnetwerken vormen het nieuwe kader voor het toekomstige bestuur van ziekenhuizen. De hervorming, geïnitieerd door Minister De Block, vereist dat de Belgische ziekenhuizen zich in het belang van de efficiëntie organiseren in «locoregionale ziekenhuisnetwerken». Binnen een netwerk kan elk ziekenhuis een aparte entiteit blijven. De hervorming is dus geen proces waarbij ziekenhuizen fusioneren,

hoewel een fusie een voorkeursoptie kan zijn voor sommige ziekenhuizen die, al was het maar op langere termijn, verder willen gaan dan een netwerksamenwerking.

Hoewel netwerken zeer effectieve coördinatiemiddelen kunnen zijn, hebben ze bepaalde kwetsbaarheden die hun efficiëntie en overlevingskansen op langere termijn kunnen beïnvloeden. **Om succesvol en duurzaam te zijn, hebben de netwerken een passend bestuurskader nodig.**

Het bestuur van netwerken wordt immers geconfronteerd met een intrinsiek probleem, gegeven dat governance traditioneel berust op verticale autoriteitsstructuren, delegatie van bevoegdheden, controle van het management door een raad van bestuur, enz. Hierdoor lijkt het inderdaad dat de klassieke corporate governance voornamelijk geschikt is voor hiërarchische systemen. **Het coöperatieve karakter van een netwerk, de transversale relaties en de autonomie van de deelnemende organisaties verklaren waarom een eenvoudige “copy/paste” van corporate governance principes niet aan te raden valt in een netwerkcontext.**

Netwerken doen de problemen van governance niet verdwijnen, maar veranderen hun aard. Een bestuurskader dat is aangepast aan ziekenhuisnetwerken is daarom een noodzaak. De uitwerking van een dergelijk kader gebeurt niet van de ene dag op de andere. Veel vragen blijven vandaag nog onbeantwoord aangezien de ervaring nieuw is voor de overgrote meerderheid van de Belgische ziekenhuizen. GUBERNA tracht echter via dit document enkele grote uitdagingen aan te gaan en essentiële vragen te belichten die gesteld moeten worden bij de oprichting van ziekenhuisnetwerken.

Vertrouwen als voorwaarde

Een netwerk kan niet worden opgezet zonder een solide basis van vertrouwen tussen de actoren. Vertrouwen is essentieel voor de opbouw van een evenwichtig bestuursmodel, waarin elke actor voldoening vindt. Het ontstaan van vertrouwen kost tijd. Actoren moeten elkaar leren kennen en leren samenwerken. In dit verband kan het nuttig zijn om te profiteren van bestaande gezamenlijke initiatieven, die hun plaats kunnen hebben in het toekomstige netwerk. Het is zeker niet ongewoon dat ziekenhuizen reeds gemeenschappelijke projecten hebben, zowel op medisch als op organisatorisch vlak. Bovendien hebben ziekenhuisbestuurders vaak al professionele of zelfs persoonlijke relaties via hun lidmaatschap van gezamenlijke beroepsverenigingen en federaties. Voor een succesvolle netwerkvorming is niet alleen een algemeen vertrouwen tussen de betrokken entiteiten en hun organen nodig, maar ook eenvoudigweg een vertrouwensband tussen de personen die verantwoordelijk zijn voor de verwezenlijking van het netwerk.

In de eerste plaats moet voor het opbouwen van vertrouwen de operationele autonomie van elk van de entiteiten die het netwerk vormen, worden gerespecteerd. Daarenboven moeten de afzonderlijke entiteiten op gelijke voet behandeld worden. Netwerkvorming kan niet onmiddellijk gebeuren omdat het leidt tot een plots verlies van operationele autonomie. Vertrouwen zal het mogelijk maken om zo goed mogelijk de activiteiten op netwerkniveau te ontwikkelen. De opkomst van vertrouwen wordt dan weer zelf gestimuleerd door het feit dat de autonomie van elke betrokken actor bij de netwerkvorming niet wordt aangetast.

Het overwinnen van bepaalde breuklijnen kan bijdragen aan de ontwikkeling van dit vertrouwen. Dit is het geval voor ideologische breuklijnen of meningsverschillen die verband houden met het type ziekenhuisstructuur: privé, openbaar of universitair bijvoorbeeld. Het is absoluut noodzakelijk om verder te gaan dan de vragen over de toekomst van de individuele posten in de nieuwe

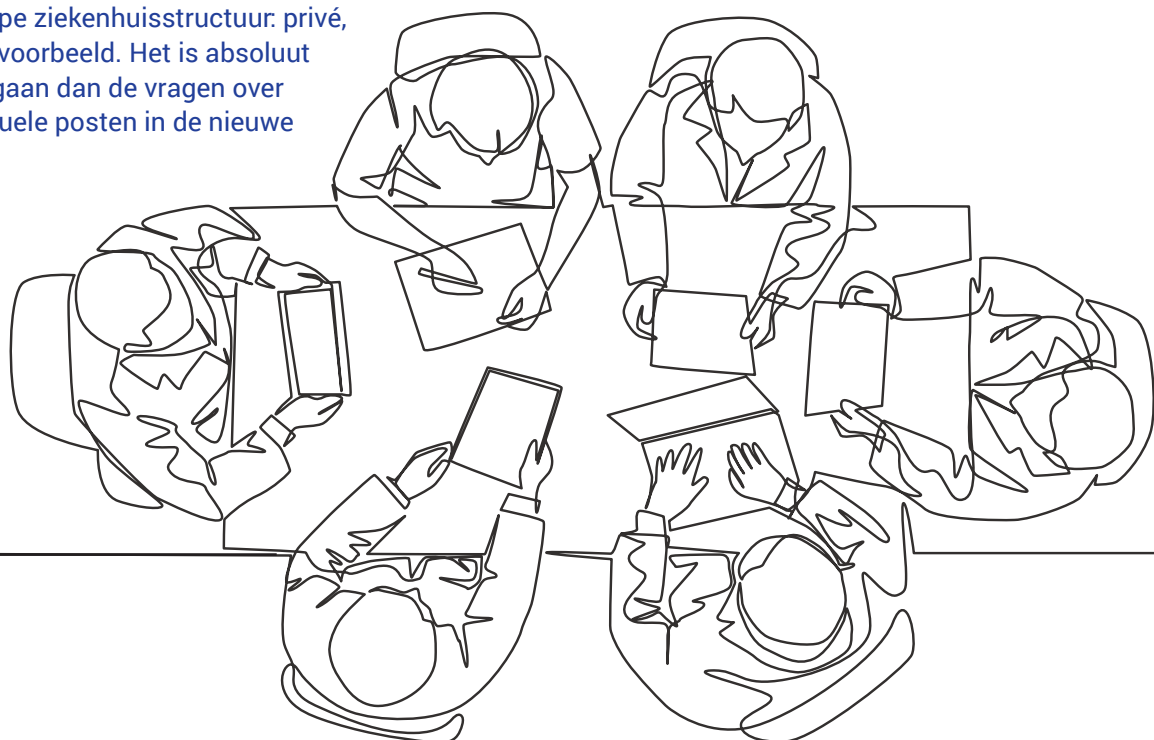
op te richten entiteit. Als een veel voorkomende bron van spanning vormt de toekomst van individuen in de bestaande structuren een belemmering voor meer samenwerking tussen ziekenhuizen. Tegelijkertijd kunnen er spanningen ontstaan rond de nieuwe functies die moeten worden gecreëerd om het netwerk op te bouwen. Het is echter essentieel dat het algemeen belang primeert op de individuele kwesties.

Investeren in de ontwikkeling van vertrouwen en een gevoel van gemeenschappelijk belang lijkt dan ook een eerste vereiste te zijn voordat er enige vorm van toenadering tussen ziekenhuisentiteiten kan worden ondernomen.

?

Stel jezelf de volgende vragen:

- Is er voldoende vertrouwen tussen de potentiële partners van het netwerk?
- Is de operationele autonomie aan het begin van het netwerkproces voldoende gewaarborgd?
- Worden er initiatieven genomen om vertrouwensrelaties op te bouwen of te versterken?
- Wat zijn mogelijke bronnen van conflict en hoe kunnen deze beperkt worden?



Geen stappen overslaan

Net zoals vertrouwen niet van de ene op de andere dag wordt gecreëerd, moet er voldoende tijd worden voorzien om de gewenste toenadering tussen de ziekenhuisentiteiten te organiseren. Sommige ziekenhuizen hebben een **stuurgroep**¹ voor netwerken opgericht die kan helpen bij het opstellen van een weldoordacht tijdschema voor het toenaderingsproces (zie «Wie doet wat en hoe?»).

Een noodzakelijke voorwaarde voor het ontstaan van een effectief netwerk is het ontstaan van voldoende betrokkenheid van de belanghebbenden. Dit is des te noodzakelijker gezien het waarschijnlijke gebrek aan hiërarchie aan het begin van het toenaderingsproces. Netwerken bestaan vaak uit organisaties met verschillende niveaus van betrokkenheid. De leden van een netwerk kunnen meerdere activiteiten hebben, waarvan er slechts enkele relevant zijn voor de gemeenschappelijke doelstellingen van het netwerk. Het gaat er dus om de soms zeer uiteenlopende belangen van de leden zo goed mogelijk met elkaar in overeenstemming te brengen en het juiste evenwicht te vinden tussen de mate van autonomie van elke entiteit en de noodzaak om de individuele belangen te overstijgen teneinde op netwerkniveau een echte visie, missie en strategie op te bouwen. **De nadruk moet worden gelegd op het creëren van nieuwe toegevoegde waarde die uit het netwerk als collectieve entiteit kan voortkomen en waarvan elke individuele entiteit kan profiteren.**

Sommige actoren in de sector pleiten ervoor dat de toenadering tussen ziekenhuizen zich vooral zou moeten richten op samenwerkingsverbanden op het niveau van operationeel beheer. **Projecten om bepaalde middelen te bundelen lijken het meest veelbelovend en onderstrepen snel de voordelen van samenwerking tussen ziekenhuizen («quick wins»).** Dit geldt voor de pooling van aankopen, de pooling van een medisch laboratorium of apotheek, ICT-tools en IT-diensten, het beheer van privacygegevens, gecentraliseerd beheer van gebouwen en installaties, het gebruik van benchmarking, enz. In dit opzicht blijken thematische werkgroepen voor operationele samenwerkingen nuttige instrumenten te zijn.

Medische samenwerkingsprojecten lijken ook voldoening te geven aan de verschillende betrokken actoren. Het is echter mogelijk dat er in de netwerkvorming snel moeilijke keuzes moeten worden gemaakt. Sommige medische functies zouden inderdaad moeten verdwijnen in de ziekenhuizen van het netwerk, ten voordele van één (of meer) andere(n) die zich zouden specialiseren in expertisecentra. Er moet een goed evenwicht gevonden worden in de specialisatie van de ziekenhuizen in het netwerk. Een dergelijke oefening is bijzonder complex en waarschijnlijk zal niet elke entiteit hier als winnaar uitkomen. Nochtans lijkt deze evolutie onvermijdelijk bij netwerkvorming, aangezien netwerken juist gericht zijn op schaalvoordelen, ook op het niveau van de medische functies.

Het is echter belangrijk om niet te vroeg in het proces medische of andere samenwerkingen op te zetten. Het is een essentiële voorwaarde dat de doelstellingen en de strategie van de samenwerking vooraf worden vastgesteld. Gemeenschappelijke projecten op een meer operationeel en medisch niveau zullen dan een middel zijn om de overeengekomen strategie en doelstellingen te bereiken.

?

Stel jezelf de volgende vragen:

- Is er een persoon of instantie verantwoordelijk voor de netwerkvorming?
- Zijn er gemeenschappelijke belangen vastgesteld die alle leden van het netwerk ten goede komen om de toegevoegde waarde van het netwerk te benadrukken?
- Zijn de belanghebbende actoren voldoende betrokken bij het opzetten van het netwerk en op welke manieren kan hun betrokkenheid indien nodig worden vergroot?
- Is er een weloverwogen tijdschema opgesteld van de verschillende stappen die nodig zijn voor de oprichting van een netwerk?
- Zijn de objectieven en de strategie van het netwerk duidelijk gedefinieerd?
- Kunnen operationele samenwerkingen overwogen worden ?

¹ In Vlaanderen werd er op 13 januari 2017 een ondersteunende maatregel geformaliseerd door het Besluit van de Vlaamse Regering over de thematische planning van de zorgstrategie. Deze voorziet in de oprichting van een begeleidingscommissie voor elk geïdentificeerd thema (huidige situatie, toekomstvisie, argumenten die aan deze visie ten grondslag liggen en voorwaarden) bestaande uit experts en stakeholders die verantwoordelijk zijn voor het definiëren van de bepalingen en eisen waaraan het strategisch plan moet voldoen. Daarnaast heeft het adviesbureau Deloitte van de Vlaamse overheid de opdracht gekregen om de netwerkvorming te ondersteunen, onder meer via een transitimanager en de oprichting van een strategisch oriëntatiecomité voor elke netwerkkandidaat.

Wie doet wat en hoe?

... tijdens de netwerkvorming, om aan het opgelegde wettelijke bestuurskader te voldoen

Zeer snel zal de vraag naar de organisatie van het netwerk als zodanig aan de orde komen. Het zal noodzakelijk zijn de verantwoordelijkheden binnen het netwerk te verdelen en de werkzaamheden van de verschillende entiteiten te coördineren. Met andere woorden, **er moet een besluitvormingsmodel worden opgebouwd dat het gewenste evenwicht via de strategie en doelstellingen van het netwerk ondersteunt**. De nieuwe federale wet van 28 februari 2019² preciseert hieromtrent een reeks bepalingen die moeten worden nageleefd. Aangezien dit document niet tot doel heeft de inhoud van deze wet samen te vatten, worden in de volgende paragrafen slechts enkele sleutelementen van governance behandeld. De bij wet vastgelegde

governance voorwaarden hebben betrekking op de uiteindelijke vorm van de ziekenhuisnetwerken. Ziekenhuizen moeten in de nabije toekomst werken aan de ontwikkeling van een netwerk en deze nota is bedoeld om het debat over de opbouw van ziekenhuisnetwerken te stimuleren.

De literatuur over het bestuur van netwerken identificeert **drie grote modellen**³ die als inspiratiebron kunnen dienen bij het opbouwen van het door de Belgische wetgeving vereiste ziekenhuisnetwerk. GUBERNA stelt vast dat deze vormen van netwerkbestuur vooral theoretisch zijn. In de praktijk zullen netwerken en onderliggende processen meestal **hybride vormen** aannemen, wat als voordeel heeft dat er rekening wordt gehouden met de eigenheden en context van elk netwerk.

- **Shared participant-governed network.**

Volgens dit model zullen de werkzaamheden formeel worden gecoördineerd door regelmatige bijeenkomsten van vertegenwoordigers van de organisaties of informeel door middel van permanente maar ongecoördineerde acties van belanghebbenden in het netwerk. Dit soort netwerk hangt volledig af van de betrokkenheid en het engagement van alle leden, aangezien de verantwoordelijkheden onder alle leden moeten worden verdeeld. De bevoegdheid om netwerkbeslissingen te nemen zal min of meer symmetrisch moeten zijn. Dit model lijkt bevorderlijk te zijn voor het ontstaan van vertrouwen tussen de leden en steun voor het netwerkproject. De zwakte van een dergelijk model is de noodzaak om een hoge mate van consensus en overeenstemming tussen de leden te behouden. Dit kan resulteren in een netwerkmodel dat fragiel is (aangezien de leden hun deelname aan het netwerk regelmatig heroverwegen) en het kan het vermogen van het netwerk om sterke beslissingen te nemen beperken.

- **Lead organisation governance.**

Dit model houdt in dat alle belangrijke activiteiten en beslissingen op netwerkniveau gecoördineerd worden door één entiteit van het netwerk, namelijk de «leidende» organisatie. In dit geval is de beslissingsmacht niet langer symmetrisch. De leidende organisatie stelt administratieve middelen ter beschikking van het netwerk en/of ondersteunt de acties van de leden van het netwerk bij het bereiken van de gemeenschappelijke doelstellingen. De leidende organisatie kan voortkomen uit de leden van het netwerk, of een mandaat krijgen van een derde partij (bijvoorbeeld een donor). Door haar superieure middelen en kennis bestaat het risico dat de leidende organisatie haar machtspositie misbruikt en haar eigen belangen vooropstelt of zelfs de werking van het netwerk zodanig verstoort dat netwerkactiviteiten volledig ten dienste staan van de leidende organisatie en daarmee nadelig zijn voor het netwerk als geheel. Dit risico kan zelfs het bestaan van het netwerk zelf in gevaar brengen, in die zin dat «zwakkere» leden hun deelname misschien in vraag gaan stellen.

- **Network administrative organisation.**

In dit model bestaat er een afzonderlijke administratieve entiteit die verantwoordelijk is voor het beheer van het netwerk en haar activiteiten. Deze organisatie kan bestaan uit één persoon (de netwerkfacilitator) of uit een raad van bestuur, een algemeen directeur en medewerkers. Wat haar vorm ook is, het exclusieve doel van deze organisatie is het beheer van het netwerk. Dit type van netwerkbeheer kan verscheidene voordelen hebben aangezien er een neutrale persoon/organisatie verantwoordelijk is voor het coördineren, faciliteren, bewerkstelligen van consensus, het optreden als bemiddelaar bij uiteenlopende belangen, enzovoort. Dit model kan echter wel een sterke hiërarchische perceptie creëren en kan duur en complex zijn om te organiseren

2 De wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende ziekenhuizen en andere zorginstellingen, met betrekking tot klinische netwerkvorming tussen ziekenhuizen.

3 Provan, Keith G., and Patrick Kenis. «Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness.» Journal of public administration research and theory 18.2 (2008): 229-252.

Zoals hierboven vermeld, bepaalt de federale wet van 28 februari 2019 het te volgen netwerkmodel. In de eerste plaats wordt benadrukt dat het niet de bedoeling is om een fusie van ziekenhuizen tot stand te brengen: zij blijven afzonderlijk verantwoordelijk voor het verlenen van patiëntenzorg en voor alle competenties die niet expliciet zijn toegewezen aan het ziekenhuisnetwerk waarvan zij deel uitmaken (met name de organisatie van de zorg op operationeel niveau, inclusief het personeelsbeleid). Daarenboven behouden de individuele ziekenhuizen hun rechtspersoonlijkheid, erkenningsnummer, financiële verantwoordelijkheid, enz. De wet bepaalt ook dat het netwerk zich onderscheidt van een groep of vereniging van ziekenhuizen. Een ziekenhuisgroep impliceert immers een vrijwillige samenwerking tussen ziekenhuizen (zoals het hierboven gepresenteerde theoretische model van het «shared participant-governed network». De federale wetgever verplicht echter tot deelname aan een netwerk dat een langdurige samenwerking met rechtspersoonlijkheid weerspiegelt. Met andere woorden, het ziekenhuisnetwerk heeft een eigen identiteit en een eigen bestuur.⁴ Tot slot lijkt het definitieve model dat de nieuwe federale wet voorstaat, aan te sturen in de richting van een «network administrative organisation».

... binnen het gevestigde ziekenhuisnetwerk

Zodra het netwerk is opgericht rijst de vraag «wie doet wat?». De verantwoordelijkheden die verbonden zijn met de functie van elke actor moeten vastgelegd worden. **De governance principes benadrukken in dit opzicht dat elke macht gepaard moet gaan met een tegenmacht.** Met andere woorden: als er delegatielijnen van bevoegdheden zijn, moeten deze aangevuld worden met lijnen van verantwoordelijkheden. Dit is des te belangrijker in een netwerkcontext. Hoewel het waarschijnlijk is dat de leden van het netwerk zullen instemmen met het verdelen van de taken, is het gemakkelijk om verantwoordelijkheden te ontlopen en te denken dat een ander lid de eindverantwoordelijkheid op zich neemt.

Het type van organisatie (zie hierboven) heeft een belangrijke impact op de organisatie van verantwoordelijkheden binnen een netwerk. In een «Shared participant-governed network» zullen vertrouwen en betrokkenheid sleutelkwaliteiten zijn bij het bepalen van bevoegdheden. In meer gestructureerde netwerken zal de centrale organisatie bevoegd zijn voor het bestuur van het netwerk, inclusief de toewijzing van onderliggende functies en verantwoordelijkheden.

Meer specifieke organisatorische kwesties moeten eveneens worden aangepakt. Dit betreft ook de plaats die de verschillende actoren binnen het ziekenhuisbestuur zullen innemen. Meer concreet, welke plaats neemt het medisch team in binnen het bestuur van het ziekenhuisnetwerk en de verscheidene entiteiten? Moeten stakeholders, bijvoorbeeld patiënten, betrokken worden bij het bestuur? Zo ja, hoe dan? De wet draagt reeds elementen naar voor om deze centrale vragen te beantwoorden, die verder dienen te behandeld worden tijdens de volgende Hospital Governance Forums.

Zo voorziet de wet dat elk ziekenhuis in een netwerk minstens één vertegenwoordiger heeft in het **bestuursorgaan van het netwerk**. Deze vertegenwoordigers moeten eveneens leden zijn van een bestuursorgaan van het ziekenhuis dat ze vertegenwoordigen. Daarnaast is bepaald dat het bestuursorgaan van het netwerk minstens één onafhankelijke bestuurder moet bevatten. Tot slot preciseert de wet dat minstens één derde van de netwerkbestuursleden expertise heeft op het vlak van gezondheidszorg en dat minstens één lid arts is en dat deze werkzaam is buiten de ziekenhuizen van het netwerk.⁵

Met betrekking tot **de medische organisatie van het netwerk**, heeft de wet ook meerdere richtlijnen opgesteld die netwerken moeten toelaten om zich zo goed mogelijk te organiseren. Ze bepaalt in het bijzonder dat het netwerk moet beschikken over ofwel een hoofdgeneesheer, aangesteld door het netwerkbestuur, ofwel een college van hoofdgeneesheren samengesteld uit alle hoofdgeneesheren van de deelnemende ziekenhuizen. De hoofdgeneesheer of het hoofdgeneesherencollege van het netwerk wordt uitgenodigd en mag met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van het netwerkbestuur, behalve in discussies over zaken die persoonlijk en rechtstreeks betrekking hebben op de netwerkhoofdgeneesheer of een lid van het college van geneesheren. Tot slot lijst de wet alle verantwoordelijkheden van de functie op.⁶

4 Wetsontwerp van 18 september 2018 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende ziekenhuizen en andere zorginstellingen, met betrekking tot de klinische netwerkvorming tussen ziekenhuizen, pagina's 5-6.

5 Artikel 15 van de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende ziekenhuizen en andere zorginstellingen, met betrekking tot klinische netwerkvorming tussen ziekenhuizen. Artikel 15.

6 Artikel 15 van de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende ziekenhuizen en andere zorginstellingen, met betrekking tot klinische netwerkvorming tussen ziekenhuizen. Artikel 17.

De medische organisatie van ziekenhuisnetwerken vereist ook een medische raad in elk netwerk, die het vertegenwoordigende orgaan is van de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn binnen het netwerk. De wet voorziet echter een overgangperiode in die zin dat, gedurende een periode van vijf jaar vanaf de goedkeuring van het ziekenhuisnetwerk, de vertegenwoordiging van de ziekenhuisartsen op het niveau van het netwerk kan worden gewaarborgd door een gemachtigde delegatie van artsen die lid zijn van de medische raden van de deelnemende ziekenhuizen in het netwerk.⁷

Verder laat de wet op organisatorisch vlak de ziekenhuizen in een netwerk toe om te kiezen voor een intensievere samenwerking en te beslissen om meer verantwoordelijkheden over te dragen naar het netwerkniveau. Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen om gebruik te maken van **een ethisch comité**, georganiseerd door het ziekenhuisnetwerk.⁸

Naast de organisatie van het netwerk zelf, moeten ook de **besluitvormingsprocessen** binnen het

netwerk worden vastgelegd. De wet voorziet een aantal specifieke meerderheidsregels voor bepaalde gevallen waarmee rekening moet gehouden worden. Meer algemeen: hoewel het aanbevolen wordt dat de raden van bestuur een besluitvormingssysteem aannemen op basis van consensus, kan de interne besluitvorming verschillende vormen aannemen. Zo kunnen systemen van vetorechten of variabele meerderheden aangenomen worden. In ieder geval is het belangrijk dat de invloed en de leidersfuncties eerlijk verdeeld worden onder de netwerkleden. Sommigen kiezen er bijvoorbeeld voor om een roulerend voorzitterschap van het centrale bestuursorgaan of van belangrijke bestuurscomités te organiseren. Hoewel dit a priori aantrekkelijk is, houdt dit het risico in dat de opeenvolgende voorzitters de belangen van hun eigen ziekenhuis verdedigen, ten koste van het netwerk.



Stel jezelf de volgende vragen:

- Hoe worden de functies en verantwoordelijkheden verdeeld onder de leden van het netwerk?
- Welke stakeholders worden betrokken bij het bestuur van het netwerk en hoe?
- Welke besluitvormingsmethoden zullen de voorkeur krijgen binnen het netwerk?



⁷ Artikel 30 van het wetsontwerp van 18 september 2018 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende ziekenhuizen en andere zorginstellingen, met betrekking tot de klinische netwerkvorming tussen ziekenhuizen.

⁸ Artikel 22 van het wetsontwerp van 18 september 2018 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffend ziekenhuizen en andere zorginstellingen, met betrekking tot de klinische netwerkvorming tussen ziekenhuizen.

De governance van het netwerk formaliseren in overeenstemming met de gemaakte keuzes

De fase van het ontwikkelen van een visie, missie en strategie, evenals die van het definiëren van de rol van elk van de actoren van het netwerk, moet de formalisering van de gemaakte keuzes sturen. Er moeten inderdaad enkele juridische stappen worden ondernomen en voor een kwalitatief bestuur is het noodzakelijk dat de beginselen van governance in formele documenten worden vastgelegd.

In de eerste plaats zal het, **afhankelijk van de bestuurskeuzes die in het licht van de gekozen visie en strategie worden gemaakt, noodzakelijk zijn te kiezen voor een passende rechtsvorm voor de nieuwe structuur**. Voorlopig geven de Belgische ziekenhuizen de voorkeur aan de rechtsvorm van de vzw, ten nadele van de coöperatieve vennootschap. Dit is een belangrijke keuze gezien de aanzienlijke verschillen tussen de twee rechtsvormen onder het nieuwe Belgische Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen. Bij deze keuze moet dan ook rekening gehouden worden met de volgende factoren. Het belangrijkste verschil tussen de twee vormen zit waarschijnlijk in hun doel (en niet meer in de toegestane activiteiten). Een vzw kan nu immers zuiver commerciële activiteiten uitoefenen, op voorwaarde dat ze de daaruit voortvloeiende winst niet uitkeert en dat ze haar «sociale doel» behoudt. De coöperatieve vennootschap van haar kant zal een wettelijk regime hebben dat uiteindelijk vrij gelijkaardig is aan het nieuwe bv (vennootschap met beperkte aansprakelijkheid) in het Belgische Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen, maar zal zich meer moeten beperken tot een echt coöperatief doel. Daarenboven blijft er een belangrijk verschil in het fiscaal systeem.

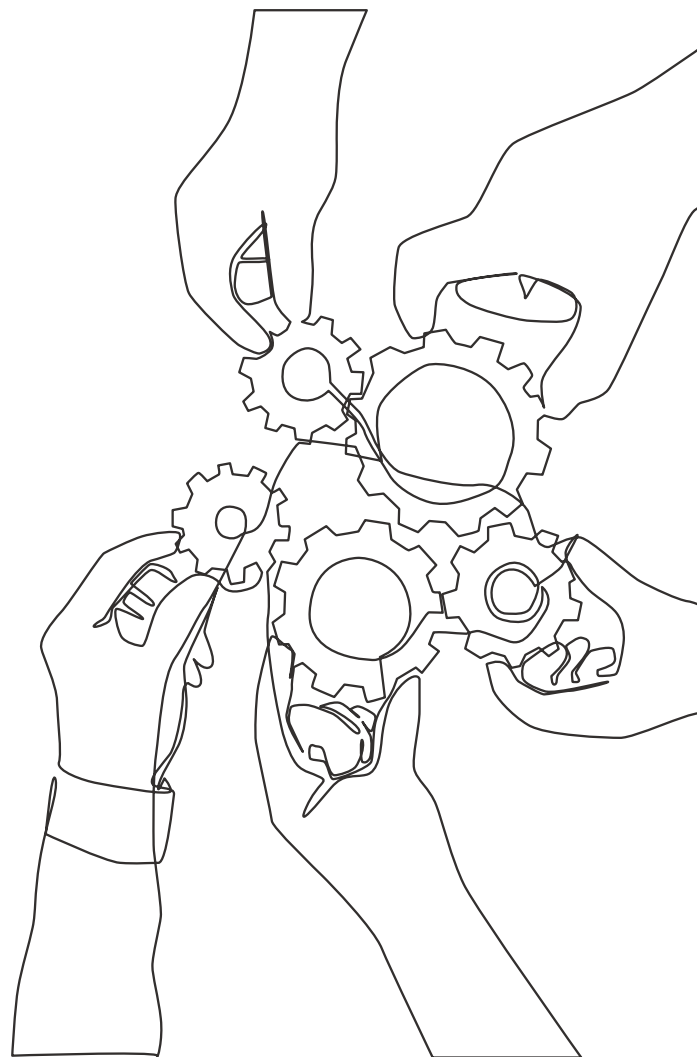
Om vervolgens de gekozen governance-elementen te formaliseren, moeten er statuten opgesteld worden voor het netwerk. Naast een wettelijke verplichting vormen de statuten ook een nuttig instrument om de fundamentele dimensies van het beheer van een ziekenhuisnetwerk te bepalen. De ontwikkeling van statuten vormt een cruciale stap in de concretisering van het ziekenhuisnetwerk en in het definiëren van haar bestuurskader. Hoewel het risico bestaat dat deze stap zich vrij snel aanbiedt, is het belangrijk erop toe te zien dat deze niet te snel wordt uitgevoerd aangezien de inhoud van de statuten in hoge mate afhankelijk is van de keuzes (met name op het gebied van governance) die vooraf moeten worden gemaakt.

De statuten kunnen vervolgens worden aangevuld met bijkomende documenten die bedoeld zijn om bepaalde aspecten van het bestuur en de toepassing ervan nader toe te lichten. Zo kunnen governance charters (zowel voor de bestuursorganen van het ziekenhuis als de individuele bestuurders) en reglementen van interne orde of een ethisch charter nuttige instrumenten zijn.

?

Stel jezelf de volgende vragen:

- Welke juridische vorm gaat het netwerk aannemen?
- Zijn de statuten van het netwerk vastgelegd?
- Welke aanvullende bestuursdocumenten (reglementen van interne orde, handvesten) kunnen nuttig zijn voor het netwerk?



Legitimiteit opbouwen

Het bestuursmodel van een ziekenhuisnetwerk moet bijdragen tot het ontstaan van interne en externe legitimiteit. In de eerste plaats gaat het vooral om het creëren van interne legitimiteit. Intern moeten de leden ervan overtuigd zijn dat het netwerk het geschikte middel is om hun voordelen te vergroten. Zeer snel wordt het ook een kwestie van externe legitimiteit. Tegenover de buitenwereld moet het netwerk aantonen dat het in staat is om niet alleen de kwaliteit en het aanbod van haar medische zorg te verhogen tegen aanvaardbare prijzen (dankzij optimalisatie van beschikbare middelen en schaalvoordelen) maar ook om haar middelen veilig te stellen (door middel van financiering, contracten, enz.) en om meer algemeen te overtuigen dat het netwerk een levensvatbare entiteit is. De maatschappelijke reputatie en acceptatie van netwerken kan des te belangrijker zijn bij non-profit netwerken (zoals ziekenhuizen) die activiteiten uitvoeren waarvan de prestaties moeilijk meetbaar zijn. De literatuur toont dat zowel interne als externe legitimiteit essentieel zijn voor het voortbestaan van een netwerkorganisatie.

De verwerving van interne legitimiteit zal bevorderd worden door een goede communicatie, op zo'n manier dat iedereen binnen het netwerk begrijpt waarom bepaalde beslissingen genomen zijn. De externe legitimiteit kan dan weer versterkt worden door de ontwikkeling van een unieke identiteit zodat de buitenwereld begrijpt dat het om een organisatie gaat

met een gemeenschappelijke missie en waarden.

De opbouw van een helder governance-model dat bijdraagt tot de ontwikkeling van een externe legitimiteit zal in het bijzonder van belang zijn voor de schuldeisers. De banken vragen immers om inzicht in de bestuursmodellen en de financiële plannen van de netwerken, alsook in de financiële verantwoordelijkheden van de verschillende entiteiten in het ziekenhuisnetwerk.

?

Stel jezelf de volgende vragen:

- Heeft het netwerk(project) interne legitimiteit? Zo niet, welke maatregelen worden er genomen om deze legitimiteit te vergroten?
- Heeft het netwerk externe legitimiteit? Zo niet, welke maatregelen worden er genomen om deze legitimiteit te vergroten?

GUBERNA

INSTITUUT VOOR BESTUURDERS
INSTITUT DES ADMINISTRATEURS

Reep 1
9000 Gent
T. +32 9 210 98 89

148 rue Royale | Koningsstraat
1000 Bruxelles | Brussel
T. +32 2 518 18 00

www.guberna.be
info@guberna.be

content inspires network
network inspires content