



GUBERNA

Succes- en faalfactoren in Belgische ziekenhuisnetwerken

Aanbevelingen voor de toekomst

September 2024

Inleiding

Op 28 februari 2019 werd de wet aangenomen die de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen wijzigde, met betrekking tot klinische netwerking tussen ziekenhuizen. Het concept van de locoregionale ziekenhuisnetwerken verankert samenwerking als middel om de vele uitdagingen in de gezondheidszorg aan te gaan. Het geraamte voor die samenwerking is uitgetekend met een aantal basiskennmerken waaraan ziekenhuisnetwerken moeten voldoen en de governance organen waarover zij moeten beschikken. De resultaten op het terrein, na drie à vier jaar van netwerkvorming, schetsen een gemengd beeld: slechts een beperkt aantal netwerken is actief, andere netwerken gaan geen diepgaande samenwerking aan en de ziekenhuizen plooiën terug op zichzelf.

Met dit artikel willen we ziekenhuisnetwerken¹ in België aftoetsen aan de verschillende factoren die in de literatuur (Vantomme et al., 2011; GUBERNA, 2017) gelden als randvoorwaarden voor een effectieve netwerksamenwerking. Het succes of falen van netwerken is niet zomaar eenvoudig vast te stellen, dus beschouwen we deze succes- en faalfactoren als de *“(omgevings)factoren en/of gedrag van de betrokken actoren die de kansen beïnvloeden dat de samenwerking voor de betrokkenen een positieve ervaring is of een positieve impact heeft, of – omgekeerd – leidt tot stilstand in de samenwerking”* (Huxham & Vangen, 2005).

Het artikel is als volgt opgebouwd. We starten met kort de maatschappelijke en juridische te schetsen waarbinnen de netwerken tot stand zijn gekomen. Vervolgens bekijken we hoe de ziekenhuisnetwerken zich verhouden tot de factoren waarvan de literatuur aangeeft dat ze de samenwerking kunnen vergemakkelijken of bemoeilijken. Daarbij maken we een onderscheid tussen factoren gelinkt aan de organisatie van het netwerk (1), de onderlinge relaties tussen de betrokken actoren (2) en de context waarin het netwerk opereert (3). We sluiten af met een aantal aanbevelingen ter attentie van de governance actoren op het terrein alsook de politieke verantwoordelijken die het kader scheppen voor de samenwerking in netwerken.

Maatschappelijke en juridische context

Door voortdurende democratisering en innovatie biedt de Belgische gezondheidszorg steeds betere kwaliteit voor steeds meer mensen. De innovatie van de zorg wordt veelal gedreven door technologische vooruitgang, zoals de ontwikkeling van minimaal invasieve technieken, de biotechnologie en transplantatiechirurgie, en de informatietechnologie. Dit komt naast de vergrijzende bevolking, waardoor de kosten van de gezondheidszorg steeds hoger oplopen. Deze stijging zien we ook in andere West- en Noord-Europese landen en vertaalt zich naar een hogere prijs voor huishoudens en een groeiende druk op de zorgbudgetten, die grotendeels met overheidsmiddelen worden gefinancierd.² Daarbij kampen steeds meer ziekenhuizen met financiële problemen.

Om toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle zorg te organiseren voor de patiënt en de levensvatbaarheid van de gezondheidszorg in de toekomst te vrijwaren, wordt door de overheid en door de sector nagedacht over hoe de beschikbare middelen zo optimaal mogelijk in te zetten. Een suboptimale schaal, versnippering, te veel concurrentie, overconsumptie en de limieten van het financieringsmodel nopen tot schaalvergroting en efficiëntiewinsten. Samenwerking en het valoriseren van synergiën worden daarbij erkend als zijnde essentieel. De Belgische ziekenhuiswet voorziet reeds geruime tijd in verschillende samenwerkingsvormen zoals de fusie,

¹ De inzichten uit de praktijk van de ziekenhuisnetwerken werden verworven uit de bijeenkomsten van het GUBERNA hospital governance forum, studiedagen rond het thema, alsook persoonlijke contacten met GUBERNA leden actief in de governance van ziekenhuis(netwerken).

² https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/pdf/antares_healthprospecting_antares_2021_nl__1_.pdf

ziekenhuisassociatie en ziekenhuisgroepering. Deze samenwerkingsvormen volstonden echter niet meer om de uitdagingen van de gezondheidszorg het hoofd te bieden (KCE Report: Governance modellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen, 2016; Eeckloo K., De Regge M., De Pourcq K., et. al., 2018).

Onder impuls van bovenstaande vaststellingen werd met het regeerakkoord van 2014, onder Federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block, van start gegaan met de hervorming van de zorg, met als cruciaal onderdeel de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering. Op 28 april 2015 kwam diezelfde regering met een plan van aanpak “hervorming ziekenhuisfinanciering”, dat stelde dat ziekenhuizen onderling en met andere zorgvoorzieningen frequenter en nauwer dienen samen te werken als hefboom voor een kwalitatiever en rationeler ziekenhuisaanbod. Dit mondde op 28 februari 2019 uit in de wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft. Deze wet formaliseert de samenwerking tussen ziekenhuizen op twee wijzen:

- Enerzijds via locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken georganiseerd binnen een geografisch aaneensluitend gebied waarbinnen complementaire en rationeel locoregionale zorgopdrachten aangeboden worden. De verplichting tot de vorming van ziekenhuisnetwerken werd gezien als een bijkomende, noodzakelijke stap om tegemoet te komen aan de uitdagingen van de gezondheidszorg en te evolueren naar structurele samenwerkingen tussen ziekenhuizen.
- Anderzijds door een supra-regionale samenwerking op te leggen voor referentiepunten voor supra-regionale zorgopdrachten.

De ziekenhuisnetwerken creëren inderdaad een generiek kader en zijn een middel voor samenwerking. Het proces is nog volop aan de gang maar de resultaten op het terrein, na drie à vier jaar van netwerkvorming, schetsen een gemengd beeld (cf. inleiding).

In wat volgt bekijken we hoe de ziekenhuisnetwerken zich verhouden tot de factoren waarvan de literatuur aangeeft dat ze de samenwerking kunnen vergemakkelijken of bemoeilijken. We gaan van start met de factoren gelinkt aan de organisatie van het netwerk.

1. De organisatie van het netwerk

Vooreerst heeft de interne organisatie van een netwerk een invloed op het succes of falen ervan. De definitie van gemeenschappelijk doestellingen, de governance structuur, het leiderschap, de mate van integratie en de middelen die ter beschikking worden gesteld spelen allemaal een cruciale rol in de efficiëntie en effectiviteit van netwerken.

1.1 Ontstaan van het netwerk

Literatuur

In de netwerkliteratuur maakt men een onderscheid tussen netwerken als samenwerkingsvorm die van onder uit ontstaan, en netwerken die van bovenuit geïnstalleerd worden. Netwerken van onderuit hebben een vrijwillig karakter en worden gekenmerkt door een grotere controle over de selectie van partners. Niemand kan gedwongen worden om deel uit te maken van een netwerk, omdat dit het klimaat van openheid en vertrouwen schaadt. Netwerken die van bovenuit ontstaan hebben eerder een gedwongen karakter. Actoren worden gedwongen of verleid om in te stappen in een samenwerkingsverband. Vaak neemt de organisatie van deze netwerken minder tijd in beslag.

Ziekenhuisnetwerken

De ziekenhuisnetwerken zijn *enerzijds* van bovenuit opgelegd omdat op alle ziekenhuizen de verplichting rust om deel uit te maken van één en slechts één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Deze netwerkziekenhuizen moeten zich in een geografisch aaneensluitend gebied bevinden. Uit artikel 14/5 blijkt ook dat elke ziekenhuis dat zich bevindt binnen of dat aanliggend is met het geografisch aaneensluitend gebied van een ziekenhuisnetwerk, de mogelijkheid moet hebben om zich aan te sluiten bij het ziekenhuisnetwerk. De keuzevrijheid van ziekenhuizen inzake de netwerkpartners wordt dus ingeperkt. Het top down aspect van de netwerken volgt ook uit de verplichting die in Vlaanderen is opgelegd tot de opmaak van een regionaal zorg strategisch plan op netwerk niveau. Dit is vaak ook een voorwaarde voor nieuwe financiering of erkenningen. De wetgever heeft er *anderzijds* echter voor gekozen om de regeling rond de netwerken zo licht mogelijk te houden en bewust zoveel mogelijk vrijheid en verantwoordelijkheid te geven aan de ziekenhuisnetwerken om zich van onderuit te ontwikkelen. Binnen bovengenoemde criteria hebben de ziekenhuisnetwerken een vrije keuze van partners. Ook zijn de bevoegdheden van het netwerkbeheer vaag gedefinieerd en kunnen de partners zelf kiezen voor een meer doorgedreven samenwerking (1.3).

1.2 Doelconsensus

Literatuur

Op netwerk niveau is het belangrijk dat er voldoende duidelijkheid is over de doelstellingen die men met een samenwerkingsverband wil bereiken, waarom die enkel binnen een netwerk bereikt kunnen worden en hoe die doelstellingen bijdragen aan de doelstellingen van de deelnemende partijen. Zonder netwerk specifieke doelstellingen die meer zijn dan de optelsom van individuele doelstellingen lijkt het zinloos om zich binnen een netwerk te organiseren. Onduidelijke doelen leiden tot een eigen invulling waarin de eigen organisatiedoelen kunnen prevaleren of leiden tot ineffectiviteit van het netwerk (Keast et al., 2004). Er zijn twee soorten van consensus die overwogen moeten worden. Er is domeinconsensus, of de mate waarin leden het eens zijn over elkaars claims op producten, diensten en klanten. En er is netwerkdoelconsensus, zoals verbeterde klantenservice of verminderde concurrentie tussen de partners. Doelconsensus wordt bereikt wanneer actoren zich kunnen conformeren aan doelen, overstijgend aan hun eigen organisatiebelang. Die doelen moeten ook intern en extern gecommuniceerd worden.

Het afbakenen van gemeenschappelijke doelen is geen sinecure. Iedere organisatie heeft een andere reden om bij de samenwerking betrokken te zijn. Alle actoren brengen hun eigen perspectieven, agenda's, en beoogde resultaten met zich mee in een netwerk. De aanwezigheid van individuele ego's en persoonlijke agenda's bemoeilijken dit verder (Huxham & Vangen, 2005).

Om te komen tot een gezamenlijk doel of set van doelen wordt in de literatuur (Bouckaert et al., 2010) verwezen naar strategisch management of het gebruik van instrumenten die fundamenteel verbonden zijn met de beleidscyclus. Daarbij worden verschillende niveaus van strategische planning aan elkaar gekoppeld om dubbel werk en hiaten te voorkomen en om het nastreven van overkoepelende doelen te versterken. De doelstellingen van de individuele organisaties passen binnen een kader van bredere netwerk doelstellingen. Men ontwikkelt en aligneert de sub-strategieën, en de daaraan verbonden risico's, in een groepsstrategie en zoekt naar synergiën. Vanuit een netwerk perspectief moeten processen van strategisch management idealiter ingericht worden op een wijze die sterke betrokkenheid en draagvlak van onderuit mogelijk maken.

Uiteraard zijn conflicten rond doelstellingen binnen netwerken onvermijdelijk (GUBERNA, 2017). Iedere partner heeft namelijk zijn eigen doelstellingen. Conflict hoeft op zichzelf niet nadelig te zijn daar het kan aanzetten tot creatieve oplossingen, maar een teveel aan conflict ondermijnt het vertrouwen. Het inhuren van een deskundige facilitator/bemiddelaar, het expliciet erkennen van verschillen in belangen in een vroeg stadium, frequente

bijeenkomsten en een goede communicatie rond beslissingen, managers aantrekken met vaardigheden als onderhandelaars, en gezamenlijk succes zijn alle middelen om mogelijke conflicten te overwinnen.

Ziekenhuisnetwerken

Elk ziekenhuisnetwerk in Vlaanderen dient een regionaal zorgstrategisch plan op te stellen. Dit volgt uit het besluit van de Vlaamse regering van 26 april 2019. Het strategisch plan moet de missie, visie en waarden van ziekenhuisnetwerk beschrijven, met het oog op een aantal doelen die worden beschreven onder artikel 5 van het betreffende besluit. Het gaat hierbij onder meer over het stimuleren van de samenwerkingen, netwerking tussen de ziekenhuizen om te komen tot een efficiënte taakverdeling, én het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgbehoeften van de burger binnen een bepaald zorggebied.

De regionale zorgstrategische plannen zijn een belangrijke hefboom bij de totstandkoming van afspraken rond gemeenschappelijke doelstellingen. Het komt erop aan dit instrument ten volle te gebruiken, verder inspiratie te putten uit de principes van strategisch management en te vermijden dat het een compromis blijft waarin de doelstellingen in vage termen en algemeenheden beschreven worden. Zonder duidelijke strategische keuzes en targets rond waar de partijen met het netwerk naartoe willen. Daarnaast kunnen we ons de vraag stellen (1) of, in functie van de ontwikkeling van bijkomende incentives, deze zorgstrategische plannen moeten worden gekoppeld aan de erkenning van individuele ziekenhuizen en (2) hoe er na goedkeuring vanuit de overheid kan worden voorzien in de verdere opvolging van het plan en de horizontale doelstellingen.

1.3 Autonomie en samenwerking

Literatuur

Netwerkvorming is gebaseerd op onderlinge afhankelijkheid en biedt voordelen voor individuele organisaties, maar er kan ook spanning ontstaan tussen het integreren binnen het netwerk of het blijven bestaan als autonome organisatie.. Een veel voorkomende uitdaging is aldus de wil van de partnerorganisaties om hun autonomie los te laten. Voor artsen en artsengroepen zijn autonomie en onafhankelijkheid kenmerken van het beroep. Dezelfde turfbescherming en vijandigheid tegen buitenstaanders kan ook het bestuur van ziekenhuizen impacteren. Zo zijn er maar weinig steden en gemeenten van enige omvang zonder één of meer ziekenhuizen. Netwerken dienen dus op zoek te gaan naar een goed evenwicht tussen samenwerking en autonomie van de deelnemers.

Ziekenhuisnetwerken

De netwerkwet bepaalt dat de individuele ziekenhuizen blijven bestaan als de operationele motoren van de zorgverlening en verantwoordelijk blijven voor alle bevoegdheden die niet uitdrukkelijk zijn toegewezen aan het ziekenhuisnetwerk. De individuele ziekenhuizen behouden hierdoor/met andere woorden hun rechtspersoonlijkheid, erkenningsnummer, financiële aansprakelijkheid, alsook hun identiteit en beleid. De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van organisatie, werking, en financieel berust bij de beheerder van het individuele ziekenhuis. Daarnaast wordt in artikel 17/2 van de ziekenhuiswet wel geëxpliciteerd dat de genomen beslissingen op het niveau van het netwerk bindend zijn voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk en dat er dus niet teruggekoppeld dient te worden naar de deelnemende ziekenhuizen ter goedkeuring van de genomen beslissingen. De individuele ziekenhuizen moeten de netwerkbeslissingen uitvoeren.

De opdrachten waarbinnen beslissingen genomen worden op netwerkniveau hebben echter betrekking op het uitstippelen van het strategisch beleid en het maken van beleidskeuzes en afspraken rond de verdeling van zorgopdrachten binnen een bepaald zorggebied. Deze opdrachten en bevoegdheden van het netwerkbeheer worden ruim en vaag geformuleerd en houden een minimale verplichte integratie of samenwerking in. Belangrijk om op te merken is dat er zelf geen gezondheidszorg wordt verstrekt.. Het eigenlijke aanbieden van locoregionale

zorgopdrachten gebeurt, conform de afspraken gemaakt op netwerkniveau, door de individuele netwerkziekenhuizen (Lemmens, 2023, p. 150). De operationalisering en het toezicht daarop behoort tot de autonomie en verantwoordelijkheid van de directie en het bestuursorgaan van de individuele ziekenhuizen.

De ziekenhuizen die deel uitmaken van een netwerk kunnen evenwel zelf kiezen voor een meer doorgedreven samenwerking en meer bevoegdheden over te hevelen naar het netwerkniveau (Lemmens, 2023, pp. 181-182). Dit werd door de wetgever zelf wenselijk geacht voor bepaalde opdrachten zoals samenwerking op het vlak van niet-klinische activiteiten en het delen van de financiële verantwoordelijkheid. Daarnaast werden in de netwerkwet enkele mogelijkheden tot verdere samenwerking ingeschreven in de ziekenhuiswet zoals het ethisch comité, de ombudsdienst, een boekhouding voeren op netwerkniveau, etc.

1.4 Leiderschap

Literatuur

Het moet voor de netwerkliden voldoende duidelijk zijn hoe de aansturing van het netwerk georganiseerd wordt. Huxham en Vangen (2005, p. 75) zien leiderschap niet als één figuur of orgaan, maar als *“het geheel van mechanismen die leiden tot de eigenlijke uitkomsten van de samenwerking”*. Eén of meerdere personen kunnen een netwerk aansturen of ondersteunen. Om de toewijding van de netwerkpartners te stimuleren, is het goed dat de leiderschapsrollen evenwichtig verdeeld zijn. Daarom wordt het bijvoorbeeld aangeraden om gebruik te maken van een roterend voorzitterschap in het bestuursorgaan en de belangrijkste comités. Ongeacht de gekozen leiderschapsvorm is de verantwoordelijkheid van de leider(s) van het netwerk steeds hetzelfde:

- Een effectieve en overtuigende visie ontwikkelen en communiceren;
- de leden in het netwerk dichterbij elkaar brengen;
- begeleiden, motiveren en ondersteunen richting een constructieve samenwerking;
- het netwerk faciliteren;
- mogelijkheden verkennen;
- zoeken naar consensus;
- bemiddelen bij conflicten;
- aansporen tot actie.

Ziekenhuisnetwerken

De wetgever bepaalt de manier waarop de aansturing van de ziekenhuisnetwerken worden georganiseerd. De wetgever heeft evenwel gekozen voor een lichte netwerkstructuur met minimale vereisten inzake de governance van de ziekenhuisnetwerken. Zo moet elk ziekenhuisnetwerk beschikken over een eigen beheersorgaan, een netwerk hoofdarts of een college van netwerk hoofdartsen en een medische netwerkraad. Daarnaast hebben de ziekenhuisnetwerken een verplichte rechtspersoonlijkheid om de duurzaamheid van de samenwerking te benadrukken. Verder moeten de ziekenhuisnetwerken de regels naleven die eigen zijn aan de gekozen rechtsvorm. Ten slotte, daar de meeste ziekenhuisnetwerken opteren voor de vereniging zonder winstoogmerk (vzw), zijn de netwerken onderhevig aan de desbetreffende bepalingen in het wetboek van vennootschappen en verenigingen (WVV). Dit betekent dat zij moeten beschikken over een algemene vergadering en bestuursorgaan. Om de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken te stimuleren, wordt er verder flexibiliteit gegeven wat betreft de concrete invulling van de structuur, organisatie en mate van integratie.

Duidelijk is dat er enkele verbeterpunten mogelijk zijn in de organisatie van het leiderschap van de ziekenhuisnetwerken. Het *beheersorgaan* van het ziekenhuisnetwerk heeft een brede sturende rol, maar de verantwoordelijkheden worden vaag gedefinieerd waardoor beslissingen op een abstract niveau genomen worden. Ook de rol van de voorzitter van het beheersorgaan wordt niet gespecificeerd. Daarnaast wordt doorheen dit artikel

meermaals verwezen naar de assumptie dat operationele zaken vooral in de individuele ziekenhuizen blijven. Lutgart Van den Berghe beschreef dit tijdens het GUBERNA Hospital Governance Forum 2023 als “de ziekenhuisdirecties zitten in de ‘driver’s seat’ van de netwerken”. Op netwerkniveau vormen de ziekenhuisdirecteurs met het comité dagelijks bestuur het uitvoerend orgaan dat in principe zijn eigen leider kan kiezen. De netwerkwet vermeldt evenwel geen regels rond de organisatie van het dagelijks bestuur van het netwerk (1.5).

De *netwerkhofdarts of het college van netwerkhofdartsen* wordt ingericht het oog op een coördinatie van de medische activiteit op netwerkniveau. De beslissingen van de netwerkhofdarts primeren op de beslissingen van de individuele hofdartsen. De netwerkhofdarts of een college van netwerkhofdartsen beschikt voorts over een instructierecht tegenover de ziekenhuisartsen van het ziekenhuisnetwerk. De ontvangende ziekenhuisarts heeft evenwel de keuze om die instructie al dan niet uit te voeren. Dit geeft aanleiding tot het gebruik van de metafoor “een arbiter zonder fluit”. Er is dus nood aan verduidelijking over de manier waarop het instructierecht kan worden uitgeoefend. Daarnaast kan het leiderschap met betrekking tot de medische activiteit verder gefaciliteerd worden door een update van het KB 15 December 1987 en in het bijzonder de mogelijkheid te creëren om één hofdarts aan te duiden voor alle of meerdere individuele ziekenhuizen die deel uitmaken van eenzelfde ziekenhuisnetwerk. Op dit moment kan een hofdarts maar voor één enkel ziekenhuis werken, tenzij in het kader van een groepering.

Ieder netwerk moet ten slotte beschikken over een *medische netwerkraad*. Indien een aangelegenheid zich op netwerkniveau voordoet dan is de medische netwerkraad exclusief bevoegd, en is er geen goedkeuring van de medische raden van de individuele ziekenhuizen nodig. De leden worden rechtstreeks gekozen door en onder de arts en werkzaam binnen het netwerk (art. 143/2 ZHW). In de ziekenhuiswet is aangegeven dat er een KB medische netwerkraad komt over het stemrecht, verkiesbaarheid, samenstelling, verkiezing, werking en aanwijzing van de voorzitter. Ook hier is er evenwel onduidelijkheid over de organisatie van het leiderschap. De wetgeving voorziet namelijk in een transitieperiode, waarin er sprake is van een gemandateerde delegatie vanuit de medische raden van de individuele ziekenhuizen gedurende eerste 5 jaar na de erkenning van het netwerk (art. 143/1, lid 2 ZHW). Bovendien werd de termijn van 5 jaar nu verlengd tot 7 jaar. Jaren na de inwerkingtreding van de wetgeving is er dus nog altijd onduidelijkheid waardoor er weinig gewerkt is aan de organisatie van de aansturing door medische netwerkraad.

1.5 Rollen en verantwoordelijkheden

Literatuur

Netwerken hebben nood aan duidelijkheid over de rol die de partners en actoren spelen in de samenwerking en de verantwoordelijkheid die zij dragen naar elkaar toe. Provan & Kenis (2008) identificeren drie modellen van netwerk governance: participant-governed netwerken³, lead organisation governed netwerken⁴, en de network administrative organization⁵. Duidelijkheid over verantwoordelijkheden binnen een context van netwerk governance vormt echter een vraagstuk op zich, aangezien (corporate) governance traditioneel verweven is met een verticale structuur van autoriteit, delegatie van macht, controle en verantwoording. Het vertrekt vanuit een

³ In participant-governed netwerken wordt het werk gecoördineerd, formeel, door middel van regelmatige vergaderingen van aangewezen vertegenwoordigers van organisaties, of informeel, door middel van de ongecoördineerde inspanningen van diegenen die belang hebben bij het welzijn van het netwerk.

⁴ Lead organization governed netwerken impliceren daarentegen dat alle belangrijke activiteiten en beslissingen op netwerkniveau worden gecoördineerd door en via één enkel lid.

⁵ De network administrative organization impliceert een afzonderlijke administratieve entiteit die verantwoordelijk is voor het beheer van het netwerk en zijn activiteiten.

hiërarchie, zodat het coöperatieve karakter, de horizontale lijnen en de autonomie van de organisaties binnen een netwerk maken dat een eenvoudige toepassing van corporate governance principes niet gepast zou zijn in de meeste netwerkomgevingen. Uit duidelijke delegatielijnen volgen ook duidelijke verantwoordingslijnen en rapportering⁶ maar dit is niet het geval in netwerken, én is meteen ook een potentiële zwakte van netwerken (GUBERNA, 2017).

Ziekenhuisnetwerken

De wet licht de opdrachten of verantwoordelijkheden van de netwerkorganen toe, alsook, alsook de wisselwerking en de bevoegdheidsafbakening tussen de organen van het netwerk en die van de individuele ziekenhuizen, worden in de wet toegelicht. De opdrachten van het *netwerkbeheer* in art. 17/2 ZHW worden ruim en vaag gedefinieerd. Men beschikt over een zekere vrijheid voor de concrete invulling ervan. Daarnaast bepaalt artikel 13 van de netwerkwet dat de beheerder van een individueel ziekenhuis op operationeel vlak de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering op ziekenhuisniveau van de afspraken en strategische beslissingen die worden genomen op het niveau van het ziekenhuisnetwerk.

In de praktijk van de ziekenhuisnetwerken kunnen echter enerzijds discussies ontstaan over het bevoegde beslissingsniveau (Lemmens, 2023) en anderzijds onduidelijkheid over het toezicht op de uitvoering. Tijdens het GUBERNA Hospital Governance Forum 2023 lichtte Lutgart Van den Berghe, voorzitter van AZ Alma en governance experte, toe dat de netwerkwet geen regels vermeldt rond delegatie, organisatie van het dagelijks bestuur van het netwerk en toezicht op de uitvoering. Dit gebrek aan operationeel sturen en toezicht op netwerkniveau leidt tot een netwerk overlegstructuur zonder operationele bevoegdheden, en geen beslissing structuur.

Christophe Lemmens poneerde tijdens de GUBERNA Home of Governance Talk op 6 februari 2024 dat men zou kunnen zeggen dat opvolging van de uitvoering van bepaalde beslissingen de logica zelf is, maar het komt aan elk netwerk toe om te bepalen hoe dat precies gebeurt. Eventueel kan gekozen worden voor de installatie van een (comité) dagelijks bestuur waaraan de bevoegdheid gegeven kan worden om toe te zien op de uitvoering van de strategie en bij een probleem kan het netwerkbeheer gealarmeerd worden. Maar als op netwerkniveau niets beslist wordt, is dat een overbodige tussenstap. Bovendien heeft het inrichten van een dagelijks bestuur ook geen zin wanneer de toezichthouders in het dagelijks bestuur de algemene directeurs van de individuele netwerkziekenhuizen zijn. Dit is de praktijk binnen heel wat ziekenhuisnetwerken, maar gaat in tegen het principe van checks & balances⁷. De vraag is dus hoe de netwerkpartners gebruik maken van de vrijheid en verantwoordelijkheid. Wel is het zo dat het netwerkbeheer ervoor moet zorgen dat de netwerkbeslissingen effectief worden uitgevoerd door de individuele ziekenhuizen. Er zal met name sprake zijn van een fout, een mogelijke aansprakelijkheidsgrond, wanneer het netwerkbeheer op de hoogte is van een gebrekkige operationele uitvoering van de beslissingen genomen op netwerkniveau door een of meerdere van de individuele netwerkziekenhuizen en laat betijen (Lemmens, 2023, p. 227).

De *netwerkhouders of het college van netwerkhouders* is binnen het netwerk verantwoordelijk voor een coherent medisch beleid en beschikt in dat kader over een aantal specifieke verantwoordelijkheden (Lemmens,

⁶ Ondermeer door het ontwikkelen van systemen voor informatie uitwisseling. Informatiesystemen die alle betrokken actoren in het netwerk omvatten, faciliteren communicatie en de efficiënte doorstroming en uitwisseling van informatie. Daarbij moet aandacht zijn voor de ICT-systemen en gemeenschappelijke databases én de inhoud van de informatie.

⁷ In het Réseau Hospitalier Namurois heeft men gekozen voor een coördinator als persoon belast met het dagelijks bestuur.
<https://hospitals.be/fr/more-active-governance/>

⁸ Verwijst naar een systeem van mechanismen en procedures die ervoor zorgen dat de macht binnen een organisatie verdeeld en gecontroleerd wordt, om te voorkomen dat één persoon of groep te veel macht krijgt.

2023, p. 235-236) alsook een instructierecht (1.4). Op vrijwillige basis kunnen nog bijkomende verantwoordelijkheden en bevoegdheden toegewezen worden. De Koning kan ten slotte de minimumtaken van de netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen nader bepalen. Dit is volgens Christophe Lemmens (2023, p. 242) ook nodig gezien de onduidelijkheid over de functie van de netwerkhoofddarts om de samenwerking binnen het netwerk vorm te geven.

De taak van de *medische netwerkraad* situeert zich op het niveau van het geneeskundig zorgaanbod van het ziekenhuisnetwerk. Uit artikel 143/3 ZHW blijkt dat over de meeste aangelegenheden op het netwerkniveau moet worden besloten in onderlinge overeenstemming (Lemmens, 2023, p. 261). Voor de aangelegenheden die niet vallen onder het consensusmodel geldt een adviesbevoegdheid (Lemmens, 2023, p. 267). Daarnaast vervult de medische netwerkraad overeenkomstig artikel 143/7 ziekenhuiswet een controlefunctie (Lemmens, 2023, p. 269). Voor de niet netwerkactiviteiten blijven de medische raden van de individuele ziekenhuizen bevoegd, al wordt ook hier een meer doorgedreven integratie aanbevolen door de wetgever. Als we het bovenstaande in acht nemen, blijkt dat de bevoegdheid van de netwerkmedische raad enigszins is uitgehold als er geen medische activiteit in het netwerk is ingebracht en er geen bevoegdheid is overgedragen vanuit de medische raad van de individuele ziekenhuizen..

1.6 Vaardigheden op netwerkniveau

Literatuur

Netwerken hebben nood aan bekwame mensen (Provan & Kenis, 2008). Ze moeten geleid worden door mensen en organen die weten hoe activiteiten te coördineren, hoe een gezamenlijke strategie te ontwikkelen, conflicten op te lossen, te communiceren en ga zo maar door (GUBERNA, 2017). Bij het aanstellen van mensen als manager, coördinator, bestuurslid of lid van een comité op het netwerkniveau, is het daarom belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan het selectieproces, en om de drang te overwinnen om de vertegenwoordiger van de eigen organisaties aan tafel te hebben, maar echt te focussen op welk profiel nodig is om de functie optimaal te vervullen.

Ziekenhuisnetwerken

Over de benodigde vaardigheden binnen de ziekenhuisnetwerken is weinig vastgelegd. Wel is vastgelegd dat elk netwerkplichtig ziekenhuis minstens één vertegenwoordiger heeft in het beheersorgaan van het netwerk die lid moeten zijn van een beheersorgaan van ziekenhuis dat ze vertegenwoordigen. Verder moet er minstens één “onafhankelijke” bestuurder (t.o.v. netwerkziekenhuizen) zijn, minstens 1/3 leden over expertise beschikken in de gezondheidszorg en minstens één lid arts zijn die geen ziekenhuisarts is in het netwerkziekenhuis (niet-ziekenhuisarts of ziekenhuisarts buiten netwerk). De nadruk ligt op de (politieke⁹) vertegenwoordigingslogica in het beheersorgaan van de netwerken (wat ook belangenconflicten in de hand kan werken). Daarentegen is er minder aandacht voor het handhaven van principes van goed bestuur met betrekking tot de samenstelling, de vereiste diversiteit en complementariteit, hard en soft skills¹⁰, professioneel governance gedrag, specifieke criteria voor onafhankelijke bestuurders, een professioneel selectieproces van de netwerkactoren. Bovendien zijn de governance

⁹ In het geval van publieke ziekenhuizen.

¹⁰ Inzake hard skills: netwerkcompetenties, kennis inzake organisatiecultuur (2.2), intra-group governance, ... Inzake soft skills: een onafhankelijke mening formuleren in het collectieve proces (d.w.z. onafhankelijkheid van geest); kunnen omgaan met onzekere, risicovolle of complexe situaties; een klimaat van vertrouwen en open discussie mogelijk maken, creëren en herstellen; samenwerking, teamwerk en collegialiteit bevorderen; ...

principes die gelden in private en publieke ziekenhuizen op dat vlak vaak onvoldoende gealigneerd. De wetgeving bepaalt evenwel minimumvereisten, wat heel wat ruimte laat voor 'soft law'.

1.7 Ruimte om te ontwikkelen

Literatuur

De ruimte die zowel netwerken als geheel, als de deelnemende actoren afzonderlijk, krijgen om de samenwerking voor te bereiden, om te experimenteren en te innoveren, heeft een invloed op de mate waarin men uiteindelijk tot samenwerking komt. De ruimte die netwerken krijgen moet echter ook gegund worden aan zijn individuele leden. De mate waarin actoren voldoende mandaat krijgen om beslissingen te nemen en de mate waarin actoren ondersteund worden vanuit hun eigen management, is dus een bepalende factor. De vertegenwoordigers van de partners moeten weten waartoe ze zich in de samenwerking mogen engageren (en waarvoor niet) en die mandaten moeten duidelijk zijn voor de andere leden zodat wederzijdse verwachtingen duidelijk zijn. De aangegane engagementen moeten vervolgens in de eigen organisatie worden waargemaakt. De beslissingen op netwerkniveau moeten loyaal vertaald worden in de structuren en werking van de eigen organisatie.

Ziekenhuisnetwerken

De wetgever heeft er bewust voor gekozen om de regeling rond de netwerken zo licht mogelijk te houden en trachtte bewust zoveel mogelijk vrijheid en verantwoordelijkheid te geven aan de ziekenhuizen, die de netwerken moeten samenstellen. Dit opzet kunnen we afleiden uit het feit dat het kader weinig concrete opdrachten, verplichtingen en formaliteiten bevat. Het voordeel van deze vrijheid is dat de netwerken een eigen verhaal kunnen schrijven binnen de contouren die beschreven zijn in de netwerkwet. De uitdaging is dat in sommige gevallen de verantwoordelijkheid niet ten volle benut wordt en netwerken kunnen verzanden in een lege structuur.

Betreffende de mandatering is er vaak sprake van een focus op het optimaliseren van de 'eigen winkel'. Netwerkpartners moeten waar mogelijk vooral zorgen voor een mandaat om te zoeken naar win-win oplossingen. De 'vertegenwoordigers' moeten met andere woorden de ruimte krijgen van hun achterban om met een onafhankelijkheid van geest te focussen op het geheel van belangen en alle kwesties op een open en respectvolle manier ter discussie te kunnen stellen. Niet alle netwerken staan op dit vlak op hetzelfde niveau wat betreft maturiteit of de bereidheid tot samenwerken.

1.8 Financiering

Literatuur

Ten slotte speelt het financiële aspect van netwerksamenwerking natuurlijk eveneens een rol in de toewijding van de partners. Geschatte financieringssystemen kunnen de samenwerking belemmeren. Daarnaast is het erg moeilijk om organisaties te enthousiasmeren om te investeren in samenwerking wanneer de (financiële) baten van de samenwerking ongelijk verdeeld zijn, bijvoorbeeld wanneer organisaties voornamelijk op de eigen output afgerekend worden. Daarom moeten de voordelen en middelen die aan het netwerk verbonden zijn tot op zekere hoogte worden verdeeld op een manier die de mate van toewijding weerspiegelt. Ten slotte heeft de samenwerking zelf ook een kost. Niet alleen in monetaire termen, maar ook in termen van tijd, capaciteit en legitimiteit. Ook hiervoor moeten middelen gevonden worden en de partijen afspraken maken over ieders bijdrage. Een ongelijke organisatie van middelen kan bijgevolg ook een belemmerende factor zijn.

Om te zorgen voor de juiste financiële prikkels tot samenwerking in netwerken wordt in de literatuur (Bouckaert et al., 2010) verwezen naar het proces van budget opmaak en financiële management systemen. Het instrumentarium kan bestaan uit begrotingsrichtlijnen, 'framework letters', 'expenditure reviews', bilaterale onderhandelingen en conflictoplossing, begrotingsadvies op centraal niveau, boekhoudkundige systemen en audits. Daarbij ligt de nadruk

op helpen de taken en (financiële) inspanningen van actoren, individueel of organisatie overstijgend, met elkaar te aligneren; de consolidatie van informatie inzake financiën en performantie over organisaties en departementen heen; budgetformats gericht op horizontaal beleid; evenals gezamenlijke en uitwisselbare budgetten om transversale doelstellingen te bereiken.

Ziekenhuisnetwerken

Het ontbreken van financiering en financieel management systemen rond de ziekenhuisnetwerken kan als belangrijk obstakel gezien worden. Op dit moment zijn de financiële prikkels voor samenwerking vaak onvoldoende groot omdat onder meer de financiering van de organisaties elders gebetonneerd zit en dus niet met de samenwerking verbonden is. De werking van de ziekenhuisnetwerken en de organen ervan zal bovendien eerder de input van financiële middelen vergen dan dat er op netwerk niveau inkomsten zullen worden gegenereerd (Lemmens, 2023). Door in te zetten op gebundelde financiële middelen vanuit een netwerk perspectief worden actoren sterker geprikkeld om samen te werken. Hierbij moet de overheid wel bewaken dat er resultaatsverbintenissen aan de middelen gekoppeld worden, rekening houdend met de complexiteiten en onzekerheden die eigen zijn aan deze samenwerkingsvormen.

Op grond van artikel 17/2, lid 1,7 van de ziekenhuiswet heeft het netwerkbeheer als opdracht om schriftelijke afspraken te maken over het ter beschikking stellen van financiële middelen noodzakelijk voor de uitvoering van de opdrachten van het ziekenhuisnetwerk. Daarnaast kan de minister van volksgezondheid op grond van artikel 96/1 van de ziekenhuiswet een afzonderlijk budget van financiële middelen bepalen voor een ziekenhuisnetwerk. In het regeerakkoord van Vivaldi, de beleidsnota's van de minister van volksgezondheid, en diens nota op 28 januari 2022 over de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en financiering wordt aangegeven dat zal worden onderzocht of een deel van de financiering op het niveau van het netwerk kan gebeuren. Feit is wel dat bij individuele ziekenhuizen de vrees aanwezig is dat financiering op netwerk niveau ten koste zou gaan van hun eigen financiering. De overheid (3.3) moet dus afwegen hoever zij wil gaan met de netwerkvorming zoals Christophe Lemmens aangaf tijdens de GUBERNA Home of Governance Talk rond het onderwerp van de ziekenhuisnetwerken. Het aspect van de financiering van de ziekenhuisnetwerken kan vanzelfsprekend ook niet los gezien worden van een bredere hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

2. Onderlinge relaties tussen de netwerkactoren

Naast de organisatie van het netwerk beïnvloeden de dynamiek en relaties tussen de leden van het netwerk het succes of falen ervan. Vertrouwen, cultuur en onderlinge interdependentie en machtsverhoudingen zijn essentiële elementen in de interacties tussen actoren.

2.1 Vertrouwen

Literatuur

Onderling vertrouwen is een belangrijke basisvoorwaarde voor goed presterende netwerken. Binnen netwerken kan men gebruik maken van instrumenten zoals contractuele afspraken, samenwerkingsovereenkomsten en werkafspraken, maar het is van belang dat de actoren in het netwerk elkaar vertrouwen voor het behalen van het wederzijds voordeel. Vertrouwen is bepalend voor de mate van interactie en informatiedeling en de effectiviteit van een netwerk (Keast et al., 2004). Er kan sprake zijn van vertrouwen tussen de organisaties, voordat ze daadwerkelijk deel gaan uitmaken van een netwerk (Keast et al., 2004). Huxham en Vangen (2005) wijzen erop dat vele samenwerkingsvormen echter starten met wantrouwen eerder dan vertrouwen. Vertrouwen is moeilijk te bereiken, het is geen gegeven, maar een continue opdracht om elkaar proberen te begrijpen en te investeren in de relatie tussen de organisaties. Persoonlijke contacten, een langetermijnperspectief, verantwoording, wederkerigheid, mechanismen om conflicten op te lossen én transparantie helpen om vertrouwen op te bouwen.

Wanneer er geen sprake is van een hoge mate van vertrouwen, stellen de belangrijkste spelers zich vragen bij de bedoelingen en acties van anderen. In een omgeving met weinig vertrouwen twijfelen individuen in de hele organisatie aan beslissingen, motieven en gedrag. Pogingen om eerlijk informatie te verzamelen worden gezien als cynische pogingen om de gevestigde communicatiekanalen te kortsluiten. Een laag vertrouwen tussen raden van bestuur, management, en personeel van deelnemende organisaties is bijzonder problematisch en destructief. Wanneer er weinig vertrouwen bestaat tussen de leiders van de deelnemende organisaties, sijpelt deze houding door naar de verschillende personeelsniveaus en kan deze mogelijk diegenen besmetten die zich ver van de plaats van besluitvorming bevinden. Gebrek aan vertrouwen leidt vaak tot verhoogde niveaus van persoonlijke vijandigheid, lage productiviteit en ontevredenheid onder vrijwel alle belanghebbenden.

Ziekenhuisnetwerken

We stellen vast dat in de ziekenhuisnetwerken waar het vertrouwen om samen te werken minder aanwezig is, het (her)tekenen van de bestuursstructuren geen enkele zin heeft. Het vertrouwen tussen de partners binnen heel wat ziekenhuisnetwerken moet nog groeien. De wetgever zorgt voor een zekere omkadering, maar geen enkele wet creëert vertrouwen.

Vertrouwen tot stand brengen vertrekt vanuit het definiëren van een visie en finaliteit voor het ziekenhuisnetwerk (1.2). Dit is een verantwoordelijkheid van het netwerkbeheer (i.e. bestuursorgaan). De individuele ziekenhuizen kunnen hun individuele strategie er vervolgens op afstemmen. Het objectiveren van strategische discussies op basis van (gekwantificeerde) feiten alsook het stellen van de juiste vragen zijn belangrijk (bijv. Waarom kunnen we dit niet samen doen?). Vertrouwen opbouwen wil ook zeggen stap per stap tewerk gaan eerder dan een gedwongen huwelijk tot stand brengen. Vertrouwen is finaal ook een kwestie van personen, persoonlijkheden (en ego's) en 'attitude'. Het profiel van de netwerkvoorzitter en het leiderschap van de algemene directeurs en de artsen zijn in die zin van groot belang (1.4, 1.6).

2.2 Cultuur

Literatuur

Het meest voorkomende probleem bij orgaantransplantatie is niet tijdens de operatie, maar erna, waarbij men moet omgaan met de neiging van het immuunsysteem om het gedoneerde orgaan af te stoten. Door het donororgaan zo goed mogelijk af te stemmen op de ontvanger, wordt het risico op orgaanafstoting verkleind, dit betekent dat het meest ideale orgaan afkomstig zou zijn van een identieke tweeling. Orgaantransplantatie is een passende metafoor voor de eenmaking van organisatieculturen van organisaties binnen netwerken. Ook onder de beste omstandigheden is het samenvoegen van het beste van twee of meer werelden beladen met potentiële uitdagingen. Zoals Huxham en Vangen (2005) aangeven brengen de actoren verschillende vormen van communicatie, arbeidsculturen, ideologieën en procedures met zich mee, pakken zij problemen op een andere manier aan, en leggen zij andere accenten.

- Welke organisatiecultuur zal domineren en welke zal ondergeschikt zijn of op termijn verdwijnen?
- Welke incentives zijn er om de organisatieculturen in elkaar te laten klikken?
- Hoe zal de nieuwe cultuur eruit zien, en zijn de partner organisaties bereid om hun dominante doelstellingen, ideologie, en praktijken die hen definiëren op te geven?
- Hoe gaat men communicatiemisverstanden uit de weg?

Via activiteiten gericht op de inter-organisatorische cultuur en kennis management moet men streven naar een gedeelde Identiteit, visie, waarden, normen en kennis tussen organisaties. Dit kan door middel van de ontwikkeling van transversale vaardigheden binnen het personeel, gemeenschappelijke vorming, fysieke nabijheid van

organisaties op het vlak van huisvesting, de invoering van gedrag en ethische codes (met een filosofie van consensusstreven en collegialiteit) en de mobiliteit van personeel tussen organisaties.

Ziekenhuisnetwerken

Een cultuur van samenwerking en een gemeenschappelijke identiteit en waarden, komen niet spontaan tot stand met de oprichting van een rechtspersoon en kunnen niet vastgelegd worden in regels. Deze cultuurverandering, waar collectieve resultaten en werkwijzen prioriteit krijgen boven individuele doelen, wordt niet altijd voldoende proactief aangepakt bij de ziekenhuisnetwerken.

Betreffende vaardigheden en vorming is het zo dat mensen en organisaties vaak nog worstelen in het denken en handelen in samenwerking in netwerken. Er is duidelijk nood aan ondersteuning, onder meer via ervaringsuitwisselingen, tools en/of opleidingen. Netwerken vergen bepaalde vaardigheden, competenties en attitudes die aangeleerd/verworven kunnen worden. Daarom is het noodzakelijk om deze te ontwikkelen.

Wat betreft de uitwisseling van personeelsleden binnen een ziekenhuisnetwerk, is dit momenteel slechts in beperkte mate mogelijk. Wanneer personeelsleden langdurig prestaties leveren voor een derde partij (niet-werkgever) die hen ook aanstuurt, dienen zij eigenlijk in dienst te zijn van die partij. Het bestaande wettelijke kader – zeker wat betreft de terbeschikkingstelling – is niet afgestemd op samenwerkingen tussen meerdere entiteiten en uitwisselingen en samenwerkingen van personeel. Dit verhindert het optimaal gebruik van het menselijk kapitaal binnen het netwerk.

2.3 Onderlinge interdependentie en machtsverhoudingen

Literatuur

Het uitgangspunt van samenwerking in netwerken is dat actoren onderling van elkaar afhankelijk zijn. Men hoopt aldus te winnen bij een samenwerking. Goed zicht hebben op de onderlinge interdependentie kan het samenwerken faciliteren (Huxham & Vangen, 2005). Terpstra (2001) onderscheidt in de literatuur evenwel verschillende soorten interdependentie.

- Concurrerende interdependentie, waarbij er tussen organisaties overlap bestaat in domein, hulpbronnen of producten. De winst voor de één, betekent verlies voor de ander.
- Symbiotische interdependentie, waarbij er een wederzijdse afhankelijkheid is tussen actoren en beide organisaties over die hulpbronnen beschikken die de andere nodig heeft. De samenwerking levert elke partij winst op. Vanzelfsprekend is de kans op succes van het netwerk groter bij een symbiotische interdependentie.

Naast onderlinge interdependentie bestaan er ook onderlinge machtsverhoudingen tussen de actoren binnen een netwerk. Financiële macht speelt bijvoorbeeld een belangrijke rol maar in netwerken mag de “power of exit” niet miskend worden. Elke betrokken organisatie heeft de macht om zich terug te trekken, wat het succes van de samenwerking in gevaar kan brengen. Belangrijk is dat machtsverhoudingen, net zoals netwerken, niet statisch zijn. Naargelang de onderwerpen, de actoren rond de tafel, ontwikkelingen in de politieke context (3.3), etc. zullen de machtsverhoudingen verschuiven.

Ziekenhuisnetwerken

Betreffende de ziekenhuisnetwerken is de vraag of de verplichting dat de ziekenhuizen binnen een netwerk zich binnen een territoriaal aaneensluitend gebied bevinden automatisch leidt tot concurrerende interdependentie¹¹. Deze vraag wordt versterkt door de grote operationele autonomie van de individuele ziekenhuizen. Op het terrein zien we evenwel een belangrijk onderscheid in de samenwerking tussen de ondersteunende diensten, de medisch technische diensten waar samenwerking met de artsen nodig is en de directie minder kan aansturen en de klinische zorg. Voor de ondersteunende diensten ligt het meer voor de hand om tot symbiotische interdependentie te komen door bijvoorbeeld schaalvoordelen te realiseren.

Het hoeft geen betoog dat de verhoudingen op het vlak van financiële sterkte en grootte een belangrijke rol spelen in de relaties tussen partners binnen ziekenhuisnetwerken. Deze kunnen stimulerend maar ook belemmerend werken. Wat betreft “power of exit” kunnen ziekenhuizen op basis van de vrijheid van vereniging beslissen om het netwerk te verlaten (Lemmens, 2023, p. 102). De ziekenhuizen dienen dan wel tot een ander netwerk toe te treden. Ook is bij het uitreden van een ziekenhuis uit een netwerk, het advies van de medische raad vereist.

3. Context waarbinnen het netwerk opereert

Ten slotte zijn er een aantal externe factoren die het functioneren van netwerken beïnvloeden. Contextuele factoren zoals een voorgeschiedenis van samenwerking, verschuivingen binnen netwerken en zeker ook de politieke context spelen een grote rol in hoe netwerken zich aanpassen en functioneren.

3.1 Voorgeschiedenis van samenwerking

Literatuur

Indien een netwerk voortbouwt op een eerdere succesvolle samenwerking, heeft dit potentieel een positieve impact op het vertrouwen dat heerst bij de actoren. Omgekeerd zal een eerdere negatieve ervaring het samenwerken bemoeilijken.

Ziekenhuisnetwerken

In de afgelopen decennia werden er al meerdere initiatieven genomen om samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen mogelijk te maken en wettelijk te verankeren. Het gaat voornamelijk over:

- De groepering
- De associatie
- De fusie

Het zou interessant zijn te bekijken in welke samenwerkingsverbanden en -vormen de ziekenhuizen reeds betrokken zijn en vanuit de ziekenhuisnetwerken maximaal in te zetten op de valorisatie van synergiën van partnerschappen uit het verleden. Op voorwaarde dat de verschillende samenwerkingsverbanden complementair zijn aan de structuur van het ziekenhuisnetwerk (3.3).

¹¹ Overigens rijst op dit vlak ook de vraag of collegiale beslissingen in consensus (cf. supra) überhaupt mogelijk zijn.

3.2 Verschuivingen binnen het netwerk

Literatuur

Huxham en Vangen (2005) geven aan dat de relaties tussen individuele actoren vaak fundamenteel zijn om bepaalde zaken te realiseren binnen een netwerk. Netwerken zijn net als samenwerkingsverbanden gevoelig voor verschuivingen op het niveau van de betrokken actoren. Dit kan gaan om veranderingen van individuen binnen organisaties, ontwikkelingen binnen de organisatie in zijn geheel, of ontwikkelingen tussen organisaties. Wat veranderingen van individuen betreft is het belangrijk dat meerdere personen binnen de netwerkpartners betrokken zijn bij de activiteiten en het bestuur van het netwerk. Wanneer steun voor het netwerk breder binnen alle netwerkpartners wordt opgebouwd, wordt de betrokkenheid bij het netwerk geïnstitutionaliseerd. Zodat als één persoon zou wegvallen, de netwerkconnecties toch behouden blijven. Samengevat vraagt samenwerken in netwerken een zekere continuïteit in de relaties tussen partners.

Ziekenhuisnetwerken

Verschuivingen binnen het netwerk zijn geen onbelangrijk gegeven binnen de ziekenhuisnetwerken. Zo kan men vaststellen dat verschuivingen binnen de directies van individuele ziekenhuizen, met bijvoorbeeld een nieuwe CEO die meer samenwerkingsgericht is of minder geschiedenis meedraagt, een positieve invloed kan hebben op het vertrouwen binnen het netwerk. Het wegvallen van een sterkhouder, bijvoorbeeld een sterke voorzitter van de medische raad van een ziekenhuis, kan dan weer een negatieve impact hebben. Daarnaast hebben fusies tussen partners binnen een netwerk een invloed op de onderlinge machtsverhoudingen. Ten slotte is het zo dat netwerken uiteen kunnen vallen en zich herorganiseren.

3.3 Politieke context

Literatuur

Een laatste element wanneer we kijken naar de context waarbinnen een netwerk opereert is de politieke context of de beleidsomgeving. Samenwerkingsverbanden rond beladen onderwerpen die beleidsdomeinen en bevoegdheidsniveaus overschrijden zijn erg uitdagend. In dergelijke gevallen is het bijvoorbeeld moeilijk om een overkoepelende regisseur aan te duiden. Politieke druk kan echter ook de samenwerking bevorderen. Politieke actoren die hun schouders onder een project willen zetten, kunnen een krachtig signaal zijn. De vrees de boot te missen indien men niet meewerkt, kan organisaties overtuigen om tot samenwerking te komen.

In concreto onderscheiden Van Duivenboden et al. (2000) de volgende rollen van de centrale overheden ten opzichte van de netwerken:

- Overheden die een ordenende rol innemen, gaan op vlak van onderlinge relaties orde proberen scheppen tussen organisaties: duidelijk maken wie waarvoor verantwoordelijk is en, indien noodzakelijk, nieuwe relaties tussen de betrokken actoren organiseren.
- Overheden met een voorwaardenscheppende rol gaan inspelen op de context waarin netwerken moeten opereren en zo ruimte scheppen voor samenwerking. Zij gaan dit bijvoorbeeld waarmaken door in te spelen op de betekenis die actoren geven aan het netwerk, het vrijmaken van middelen, flexibiliseren van bestaande wet- en regelgeving, herstructureren van financiering- of informatiestromen, experimenteerruimte voorzien, etc.
- De overheid kan naar netwerken toe ook een toezichhoudende of controlerende rol innemen. Dit kan door maatschappelijke prestaties of kwaliteitsvoorwaarden af te bakenen waarop netwerken gecontroleerd kunnen worden.

Ziekenhuisnetwerken

Doorheen dit artikel werd reeds meermaals verwezen naar het gegeven dat de overheid heeft gekozen om de regeling rond de netwerken zo licht mogelijk te houden. De wetgever wou bewust zoveel mogelijk bottom-up vrijheid en verantwoordelijkheid geven aan de ziekenhuizen zelf die de netwerken moeten samenstellen. Het resultaat is een grote heterogeniteit op het vlak van diepgang van de samenwerking (van fusies tot overlegfora en alles daartussen), structuren (van grote tot kleine netwerken), en succesgraad (van netwerken die heel wat synergiën realiseren tot netwerken die meer strubbelingen dan succes kennen en zelfs netwerken die uiteenvallen). Dat de overheid weinig omkadering voorziet wordt door sommigen omschreven als een 'manager die niet wil managen'.

Binnen haar *voorwaardenscheppende rol* kan de overheid ten eerste de beschreven finaliteit van de netwerken concretiseren. De onduidelijkheid over de finaliteit van de netwerken is er overigens niet alleen bij de overheden, maar ook bij de netwerken zelf. Door in te spelen op de betekenis die actoren geven aan samenwerking, in te spelen op de percepties en ideeën die leven bij de actoren, kan men de samenwerking bevorderen. De overheid moet aangeven dat zij de netwerken een valabel instrument blijft vinden en er vol voor wil gaan. Of indien dat niet het geval is aangeven wat dan wel de finaliteit is. Bijvoorbeeld evolueren naar een geïntegreerd zorgsysteem, een soort ziekenhuisholding, één rechtspersoon die verschillende zaken onder andere ziekenhuizen in portefeuille heeft met één raad van bestuur, één vermogen, etc.

Ten tweede moet de overheid nadenken en duidelijkheid scheppen over de financiering op netwerkniveau (1.8). Met als belangrijk aandachtspunt om ervoor te zorgen dat de bereikte efficiëntie winsten binnen de netwerken blijven. Vanzelfsprekend kan deze discussie niet los gezien worden van de ruimere hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Ten derde moet de overheid tegenstrijdigheden in het wettelijk kader wegwerken en dit kader uitbouwen. Dit is cruciaal om doorgedreven ziekenhuis overschrijdende samenwerkingen te faciliteren. We verwijzen vooreerst naar de elementen die hierboven reeds genoemd werden zoals:

- Een KB minimumtaken van de netwerkhoofddarts en de verduidelijking van diens instructierecht
- De update van het KB van 15 december 1987 die het moet mogelijk maken om één hoofdarts aan te duiden voor alle of meerdere individuele ziekenhuizen die deel uitmaken van eenzelfde ziekenhuisnetwerk.
- Een KB medische netwerkraad betreffende de samenstelling, verkiezing en werking van de medische netwerkraad.

Bijkomend is er nood aan een update van het KB medische raad van 10 augustus 1987 die de samenstelling en werking van de medische raden van de individuele ziekenhuizen regelt. Deze regeling is niet aangepast aan de netwerklogica. Voor artsen die werkzaam zijn in meerdere samenwerkende ziekenhuizen is er een negatief effect op hun stemrecht en verkiesbaarheid in het kader van verkiezingen van de medische raad. Het stemrecht wordt namelijk toegekend naargelang de tewerkstelling in een ziekenhuis en niet een ziekenhuisnetwerk. Christophe Lemmens (2023, p. 254-255) stelt dat dit KB dan zou kunnen fungeren als *lex generalis*, en *mutatis mutandis* kunnen worden toegepast op de medische netwerkraad.

Verder is het belangrijk om te benadrukken dat de bestaande samenwerkingsmogelijkheden onder de netwerkwet nog steeds van kracht zijn (3.1). De partijen behouden met andere woorden de vrijheid om er gebruik van te maken. Deze vormen van samenwerking bieden bovendien kansen om nog nauwer samen te werken dan wat de netwerkwet vereist.. Een meer geïntegreerde benadering van netwerken vraagt echter om een herziening en/of herpositionering van bestaande samenwerkingsvormen, zodat de verschillende mogelijkheden van samenwerking beter op elkaar zijn afgestemd. Denk bijvoorbeeld aan de groepering waarbij één hoofdarts verantwoordelijk is voor meerdere ziekenhuizen binnen de groepering (1.4). De bestaande modellen laten ook samenwerkingen toe tussen

partners die zich niet in hetzelfde ziekenhuisnetwerk bevinden¹². Samen met de ziekenhuisnetwerken hebben al deze modellen hun voor- en nadelen. De samenwerkingsstructuur moet aansluiten bij de strategie en vooropgestelde doelstellingen van de betrokken partners (*'structure follows strategy'*).

Verder is er nood aan een verdere onderverdeling tussen algemene en gespecialiseerde locoregionale zorgopdrachten (art. 14/4 ZHW). Algemene zorgopdrachten zijn locoregionale zorgopdrachten die in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden, terwijl gespecialiseerde zorgopdrachten niet in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden. Verdere differentiatie en kwalificatie tussen deze zorgopdrachten is ondermeer nodig voor concentratie van expertise, bevorderen van samenwerking, efficiënte verwijzingssystemen, betere taakverdeling, etc.

Inzake het uitbouwen van het wettelijk kader kan ten slotte verwezen worden naar een herziening van de erkenningsnormen die de samenwerking faciliteert. Momenteel wordt bij heel wat programmatie en erkenningsnormen de activiteit van het gehele samenwerkingsverband (netwerk of andere) niet in rekening gebracht¹³. De gewone erkenningsnormen zijn voor de gemeenschappen en zij hebben aldus een belangrijke rol te spelen om die te gebruiken als hefboom. Niet enkel de federale overheid heeft dus een rol te spelen, wat wijst op het belang van overleg tussen de verschillende bestuursniveaus. De bevoegdheidsverdeling tussen de eerste lijn (Vlaams niveau) en 2e lijn (Vlaams en federaal niveau) bemoeilijkt beleidsvorming voor de hele zorgsector.

Dat de overheid met het flexibiliseren van bestaande wet- en regelgeving effectief een voorwaarden scheppende rol kan opnemen, is aangetoond met de (verruimde) uitzondering voor ziekenhuizen op de concentratiecontrole vooraf door de Belgische Mededingingsautoriteit (BMA). De aanmeldingsplicht bij de BMA vergt tijd en moeite. Bovendien is de ziekenhuissector erg gereguleerd, en vele ziekenhuisnetwerken hebben ook de vzw als rechtsvorm wat een verbod op winstuitkering betekent. Dat de BMA haar fiat zou moeten geven bij een zogenaamde concentratie zou voor onnodige bijkomende vertraging in samenwerkingen zorgen. Naast ziekenhuisnetwerken worden in de uitzondering overigens ook andere ziekenhuissamenwerkingen bedoeld zoals groeperingen, associaties, fusies, en holdings. Nuance is wel dat wanneer de betrokken ziekenhuizen samen een omzet behalen van meer dan 900 miljoen euro en ten minste twee van de betrokken ziekenhuizen elk een omzet van ten minste 250 miljoen euro, de samenwerking wel nog steeds aangemeld zal moeten worden.

Binnen haar *toezichthoudende of controlerende rol* kan de overheid kwaliteits en prestatie indicatoren uitwerken voor de netwerken. Met name via de verdere uitbouw van een evaluatiekader rond de realisatie van de regionale zorgstrategische plannen die in een eerste ronde werden goedgekeurd.

Binnen de *ordenende rol* van de overheid stelde Lutgart Van den Berghe tijdens het GUBERNA Hospital Governance Forum 2024 dat de instabiliteit in sommige netwerken en de drang naar nieuwe configuraties er ook toe kan leiden dat de overheid verplicht wordt om zich meer actief in te laten met de samenstelling en werking van de netwerken. De overheid zou met andere woorden een rol als arbiter kunnen/moeten opnemen tussen de conflictpartijen. Daarnaast zou de overheid ook een rol kunnen spelen in het verduidelijken van wie waarvoor verantwoordelijk. De vage definitie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, de onduidelijkheden in het leiderschap, en het gebrek

¹² Belangrijk in dit kader is dat ziekenhuisnetwerken evolueren naar zorgnetwerken door meer samenwerkingen met de 1^e lijn in het kader van een zorgcontinuüm. De regio van het ziekenhuisnetwerk valt niet altijd samen met de regio van de eerstelijnszones. De ziekenhuisnetwerken kunnen dus ook niet los gezien worden van een bredere hervorming rond de afstemming met andere zorgactoren.

¹³ Bijvoorbeeld bij aanvraag door een associatie, groepering of locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk voor een bijkomende NMR wordt niet de verantwoorde activiteit van het gehele samenwerkingsinitiatief in rekening gebracht, maar alleen van het erkende ziekenhuis waarin de bijkomende NMR zal worden opgesteld.

aan regels rond delegatie, organisatie van het dagelijks bestuur, en toezicht op de uitvoering worden in dit artikel met name als belangrijk pijnpunt geïdentificeerd.

Echter, te veel definitie door de overheid zou ook ingaan tegen de oorspronkelijke filosofie en netwerkgedachte. De overheid moet niet alles dichtregelen in 'hard law' en de ontwikkeling van 'best practices' van onderuit belemmeren.

Conclusie en aanbevelingen voor de toekomst

We kunnen concluderen dat de samenwerkingen tussen ziekenhuizen zich verder hebben ontplooid, maar om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken (wat wil zeggen kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke zorg aanbieden), moet de samenwerking zich verder ontwikkelen. De regels in de netwerkwet zetten aan tot samenwerking, maar de resultaten op het terrein zijn erg heterogeen. Dit artikel toetste de ziekenhuisnetwerken aan de succes- en faalfactoren die in de literatuur naar voor worden gebracht. Daaruit blijkt dat gepoogd wordt op een aantal succesfactoren in te spelen (cf. het streven naar doelconsensus via het regionaal zorgstrategisch plan, ruimte om zich van onderuit te ontwikkelen, ...). Maar er is nog ruimte voor verbetering. Het loopt het met name vooral mank op het vlak van *internal governance*. Zowel conceptueel als in praktijk heeft het ziekenhuisnetwerk niet de governance kracht van een echte 'parent', zoals in hiërarchische structuren/groepsstructuren (cf. verregaande bestuurlijke en operationele autonomie, onduidelijkheid over delegatie en verantwoording, gebrek aan financiële consolidatie en uniforme identiteit, ...). Hoewel dit eigen is aan netwerken, stellen we vast dat de netwerken te vrijblijvend en onvoldoende dwingend zijn om de bovenvermelde doelstelling van een toekomstbestendige gezondheidszorg te bereiken.

Daarom ontstaat er druk tot alternatieven. Een geïntegreerd zorgsysteem zou bijvoorbeeld beter zijn (De Pourcq et al., 2016). Daarmee wordt een samenwerkingsvorm bedoeld zoals de (ziekenhuis)holding, één rechtspersoon die verschillende zaken onder andere ziekenhuizen in portefeuille heeft met één raad van bestuur, één strategie, één vermogen. We stellen ook een soort causaal verband vast tussen de tekortkomingen die zijn vastgesteld in de netwerkvorming en de fusiegolf van partners doorgaans binnen hetzelfde netwerk die nauwer willen samenwerken en effectief de stap zetten naar de samensmelting van erkenningsnummers of een holding met één rechtspersoon met twee of meerdere ziekenhuizen daaronder met elk afzonderlijk een erkenningsnummer.

De netwerken sluiten deze alternatieven evenwel niet uit en kunnen een opstap zijn naar meer samenwerking (zoals onder de vorm van een geïntegreerd zorgsysteem). Daarvoor, en om ervoor te zorgen dat de netwerken beslissingsstructuren eerder dan lege overlegstructuren zijn, blijkt uit dit artikel dat bijkomende stimulansen nodig zijn en belemmerende factoren weggewerkt moeten worden. Deze situeren zich rond:

- Het inzetten op strategische wisselwerking en synergiën tussen het ziekenhuisnetwerk en de individuele ziekenhuizen. Gebruik maken van de regionale zorgstrategische planning, om te focussen op het aligneren van de verschillende sub-strategieën in een strategie van het netwerk, en de evaluatie van de realisatie ervan (meer informatie 1.2).
- Het invoeren van organisatorische wisselwerking tussen het ziekenhuisnetwerk en de individuele ziekenhuizen, rekening houdend met de fundamentele governance principes en -waarden. Focus op duidelijk leiderschap en procedures rond delegatie van macht, rapportering en verantwoording, met een juiste balans tussen autoriteit en macht tussen het ziekenhuisnetwerk en de individuele ziekenhuizen (meer informatie 1.4, 1.5).
- Het optimaal gebruik maken van financiële incentives. Focus op gebundelde financiële middelen en financieel management systemen voor de ziekenhuisnetwerken zonder de belangen van de stakeholders in het gedrang te brengen (meer informatie 1.8).

- Het ontwikkelen van het menselijk kapitaal binnen het ziekenhuisnetwerk. Focus op institutionele interventies (cf. vertrouwensopbouw, cultuur, waarden en normen, vaardigheden) en een coherente people governance benadering op alle niveaus (meer informatie 1.6, 2.1, 2.2).
- Het verder opnemen door de overheid van haar ordenende, voorwaardenscheppende, en controlerende rol. Focus op het specificeren van de finaliteit van de ziekenhuisnetwerken, en tegenstrijdigheden in het wettelijk kader wegwerken en dit kader vereenvoudigen/verduidelijken (meer informatie 3.3).

Dit laatste punt wijst erop dat een betere omkadering door de overheid zeker nodig is, maar ziekenhuiswetgeving is niet de enige weg. De ziekenhuizen moeten niet altijd op de overheid wachten en kunnen vanuit de netwerkgedachte ook zelf van onderuit met voorstellen komen en aan de slag gaan. De overheid en het terrein kunnen elkaar vinden in de ontwikkeling van een aanvullend 'soft law' kader. Geen 'one size fits all' wetgeving maar maatwerk met een *modelcharter* als kader voor ziekenhuisnetwerken om hun eigen governance benadering te ontwikkelen. Met een 'pas toe of leg uit' principe als voorwaarde voor bijvoorbeeld financiering en erkenning. Op die manier kunnen 'best practices' ontwikkeld worden en kan men leren van elkaar.

Referenties

Bouckaert, G., Peters, B. G., & Verhoest, K. (2010). *The coordination of public sector organizations*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

De Pourcq, Kaat, De Regge, Melissa, Callens, Stefaan, Coëffé, Mathilde, Gemmel, Paul, Van den Heede, Koen, Van de Voorde, Carine, & Eeckloo, Kristof. (2016). *Governancemodellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen*. Brussel: Health Services Research (HSR), Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). GUBERNA (2017). *The governance of collaborative networks*.

GUBERNA (2017). *The governance of collaborative networks*.

GUBERNA (2024). Home of Governance Talks - Ziekenhuisnetwerken met Christophe Lemmens. <https://www.youtube.com/watch?v=JQ01C2lluRQ>

Huxham, C., & Vangen, S. (2013). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.

Keast, R., Mandell, M. P., Brown, K., & Woolcock, G. (2004). Network structures: Working differently and changing expectations. *Public administration review*, 64(3), 363-371.

Lemmens, C. (2023). Ziekenhuisnetwerken. *Larcier Intersentia*.

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*, 18(2), 229-252.

Terpstra, J. (2001). Netwerken en samenwerking bij de uitvoering van beleid. *Beleidswetenschap*, 2(15), 141-168.

Van Duivenboden, H.P.M., M. van Twist, M. Veldhuizen & R. in t' Veld (red.). 2000. *Ketenmanagement in de publieke sector*. Utrecht: Lemma

Van Tomme, N., Voets, J., & Verhoest, K. (2011). Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg-en welzijnssector. *SWVG-Rapporten*.

Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft