

RAPPORT

LOCOREGIONALE KLINISCHE ZIEKENHUISNETWERKEN IN VLAANDEREN: EEN GESLAAGDE SAMENWERKINGSFORMULE?

SEPTEMBER 2024

Dorien De Swaef

Prof. Dr. Joris Voets

Prof. Dr. Kristof Eeckloo

Prof. Dr. Koenraad Vandewoude

Prof. Dr. Kasper Raus

Faculteit Economie en Bedrijfskunde
Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management
Apotheekstraat 5
9000 Gent

E samenwerkingziekenhuizen@ugent.be

T +32 9 264 9218

Gelieve dit rapport te refereren als

De Swaef D, Eeckloo K, Vandewoude K, Raus K, Voets J. - Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen: een geslaagde samenwerkingsformule? - Universiteit Gent, Faculteit Economie en Bedrijfskunde (vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management) en Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen (vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg en Vakgroep Inwendige Ziekten en Pediatrie); 2024

Dit rapport kwam tot stand met de financiële steun van Zorgnet-Icuro

INHOUDSOPGAVE

SITUERING	1
METHODOLOGIE	2
1 NETWERKVORMING	7
1.1 HET ZIEKENHUISLANDSCHAP	7
1.2 SAMENSTELLING	11
1.3 OVERHEIDSSTURING BIJ NETWERKVORMING	24
1.4 INSTABILITEIT EN HERVERKAVELING	28
2 GOVERNANCE	30
2.1 INFORMELE FASE	31
2.2 DE GOVERNANCE VAN EEN ZIEKENHUIS	39
2.3 DE WETTELIJKE GOVERNANCE BEPALINGEN VOOR LOCOREGIONALE KLINISCHE ZIEKENHUISNETWERKEN	41
2.4 BESTUURSORGANEN VAN HET LOCOREGIONAAL KLINISCH ZIEKENHUISNETWERK	45
2.5 FUNCTIES	53
2.6 BESLUITVORMING	56
2.7 GOVERNANCECULTUUR	59
3 MIDDELEN VAN HET NETWERK	68
3.1 ZIEKENHUISFINANCIERING	70
3.2 FINANCIËLE HEFBOOM VOOR VERDERE STAPPEN IN SAMENWERKING ONTBREEKT	74
3.3 DE WEG VOORUIT?	78
4 ACTIVITEITEN VAN HET NETWERK	84
4.1 VERSCHIL TUSSEN INTENTIES (SAMENWERKINGSAMBITIES) EN WERKELIJKE ACTIVITEIT	84
4.2 NETWERKFUNCTIES	88
4.3 BARRIERES EN DRIJFVEREN VOOR ACTIVITEITSONTWIKKELING	106

5	SAMENWERKING MET ACTOREN IN DE OMGEVING	125
5.1	EXTERNE ACTOREN	125
5.2	INTERACTIE TUSSEN EXTERNE ACTOREN EN NETWERKEN	135
5.3	HORIZONTALE INTERACTIE	149
6	CONCLUSIES	152
6.1	POSITIEVE EFFECTEN	153
6.2	IMPACT OP KLINISCHE SAMENWERKING?	153
6.3	INZET VAN OVERHEIDSINSTRUMENTARIUM	154
6.4	NIET-AANGEPASTE GOVERNANCE	155
6.5	OP NAAR EEN VOLGEND SAMENWERKINGSHOOFDSTUK	156
Bijlagen		161
Referenties		161
BIJLAGE 1		167
BIJLAGE 2		170
BIJLAGE 3		175

SITUERING

Dit rapport kadert in een meerjarig onderzoeksproject aan de Universiteit Gent, gefinancierd door Zorgnet-Icuro, rond de governance van ziekenhuissamenwerking en focust in het bijzonder op de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen. We maken een staat op van dit samenwerkingsmodel en gaan onder meer in op de vorming van de netwerken en afwegingen en kwesties die daarmee gepaard gingen, op de manier waarop de governance van het netwerk concreet functioneert, op de middelen en activiteiten die aan het netwerk verbonden worden en hoe die netwerken zich in een ruimere context bewegen. We beschrijven welke wegen bewandeld zijn op het vlak van de ziekenhuisnetwerken in Vlaanderen en proberen het hoe en waarom van de vastgestelde toestand te verklaren. We willen inzicht krijgen in het functioneren van de netwerken en standpunten en ervaringen van stakeholders (zowel praktijk als beleid) hieromtrent. De centrale vraag in dit rapport is **in hoeverre de ziekenhuisnetwerken gezien worden als een geslaagde samenwerkingsformule en waarom (niet)?**

We beantwoorden deze vraag via een reeks deelvragen: hoe netwerken tot stand kwamen, waarom welke keuzes zijn gemaakt (zowel op het terrein als door het beleid), hoe de netwerken zich hebben georganiseerd, welke successen ze boeken en welke hindernissen ze op hun weg vinden, hoe en welke activiteiten werden uitgebouwd en hoe men de toekomst ziet – zowel van het eigen netwerk als van het concept van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. Zo leggen we de basis voor verdere onderzoeksstappen in het project en geven we input voor het debat over de toekomst van de samenwerking tussen ziekenhuizen in de netwerken en/of andere samenwerkingsmodellen en met andere partners in de gezondheidszorg, alsook de governance hiervan.

Het project wordt aan de Universiteit Gent uitgevoerd door een onderzoeksteam bestaande uit prof. dr. Joris Voets en dra. Dorien De Swaef van de vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management (Faculteit Economie en Bedrijfskunde) en prof. dr. Kristof Eeckloo, prof. dr. Koen Vandewoude en prof. dr. Kasper Raus van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg (Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen).

Hierna beschrijven we de gevolgde methodologie, gevolgd door zes hoofdstukken met de eigenlijke analyse. Het eerste hoofdstuk schetst de ruimere context van het ziekenhuislandschap en meer specifiek de samenwerkingsformule 'ziekenhuisnetwerken'. Het tweede hoofdstuk gaat in op de manier waarop de governance van de ziekenhuisnetwerken vorm kreeg. Het derde hoofdstuk gaat dieper in op de middelen die in kader van de ziekenhuisnetwerken ingezet worden. Het vierde hoofdstuk analyseert de activiteiten die in het kader van de ziekenhuisnetwerken ontplooid worden. Het vijfde hoofdstuk verruimt de blik van de ziekenhuisnetwerken naar de ruimere samenwerkingspraktijken van ziekenhuizen en andere relevante actoren en ontwikkelingen die vanuit een meer geïntegreerde zorgbenadering in beeld komen. Het zesde hoofdstuk tot slot, omvat de belangrijkste conclusies en lessen die uit de analyse voortvloeien.

METHODOLOGIE

Deze deelstudie van het project volgde een kwalitatieve onderzoeksstrategie. De dataverzameling gebeurde via semigestructureerde elite-interviews en relevante documentatie (zowel via deskresearch als via actoren, zoals regelgeving, beleidsteksten, statuten ...). We gaan kort in op de dataverzameling van beide types bronnen en de manier waarop de data werd geanalyseerd.

DOCUMENTANALYSE

De documentanalyse bestond uit een systematische beoordeling van relevante literatuur en documentatie die publiek beschikbaar zijn. Dit omvat zowel wetenschappelijke artikelen als grijze literatuur, beleidsrapporten, regeerakkoorden, wetgeving, statistische overzichten en statuten van de verschillende netwerken. De inhoud van deze documenten werd onderworpen aan een grondige inhoudsanalyse. Onduidelijkheden en opmerkelijke overeenkomsten of tegenstellingen werden verwerkt in de interviewleidraad van de elite-interviews. Ook tijdens de interviewfase werd de documentanalyse uitgebreid door opvolging van actualiteit, actualisatie van bovengenoemde documenten of werden documenten toegevoegd die werden aangereikt door respondenten, zoals visieteksten, huishoudelijk reglementen of organigrammen. Wanneer tijdens een interview referentie werd gemaakt naar geschreven bronnen, werden deze ook opgezocht en toegevoegd aan de dataset.

SEMIGESTRUCTEERDE ELITE-INTERVIEWS

Verschillende selectiestrategieën voor netwerkstakeholders werden overwogen, waarbij werd gestreefd naar een mix aan profielen en representativiteit, haalbaarheid en het kunnen definiëren van objectieve selectiecriteria. We wilden zowel de netwerken zelf voldoende aan het woord laten (=netwerkrespondenten), maar ook de beleidsstern (= beleidsrespondenten) voldoende capteren.

Netwerkrespondenten:

Op basis van deze criteria werd gekozen om de vertegenwoordigers van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken die afgevaardigd zijn namens hun netwerk in het netwerkoverleg van Zorgnet-Icuro te interviewen.

Dit netwerkoverleg is een overlegorgaan in de schoot van ZNI waar netwerkaangelegenheden besproken worden en onderscheidt zich van het sectoraal bestuurscollege (SBAZ), waarbij het SBAZ binnen het governance-model van Zorgnet-Icuro het mandaat heeft om beslissingen te nemen die de individuele ziekenhuizen aangaan. Elk ziekenhuisnetwerk vaardigt twee vaste vertegenwoordigers af naar dat adviesorgaan, die dus als vertegenwoordigers van het netwerk optreden. Deze vertegenwoordiging is vrij in te vullen door het betreffende netwerk, maar in de praktijk gaat het in hoofdzaak om netwerkvoorzitters en algemene directeurs, en in mindere mate

hoofddartsen of stafmedewerkers. In juli 2022 werd een uitnodiging uitgestuurd naar deze personen en werden de algemeen directeurs van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk in kopie meegenomen in de communicatie voor een zo groot mogelijke transparantie. Aan de aangeschreven personen werd de mogelijkheid gegeven om zelf deel te nemen of een andere betrokkene van het netwerk naar voren te schuiven. Aan de deelnemers werd de ruimte gelaten om de vorm van het interview zelf in te vullen (fysiek of digitaal, gezamenlijke of aparte interviews). Via een topic list werd er wel over gewaakt om op een systematische wijze dezelfde thema's aan bod te laten komen. Als tijdsvenster voor gegevensverzameling werd initieel 15 juli tot 15 augustus 2022 vooropgesteld. In totaal werden 24 personen uit 12 netwerken volgens deze werkwijze aangeschreven (12 maal 2). Tijdens het vooropgestelde tijdsinterval voor gegevensinzameling werden 21 personen uit 11 netwerken geïnterviewd. Met respondenten uit de overige 2 netwerken werden interviews afgenomen in december 2022 en januari 2023, waardoor een 100% responsgraad werd bekomen. 24 personen met variërende achtergrond namen deel (6 netwerkvoorzitters, 14 algemeen directeurs van een ziekenhuis, 2 hoofddartsen, 1 netwerkcoördinator en 1 lid van een netwerkwerkgroep) De topic list is te vinden in bijlage 2.

Door het tijdsvenster voor deze interviews beperkt te houden, zijn de antwoorden van respondenten maximaal vergelijkbaar. De gekozen methode leverde aldus op korte tijd veel gegevens op die vervolgens de nodige analysetijd vergden. Om voldoende voeling te houden met bewegingen op het terrein en de noodzaak tot opvolginterviews af te wegen, werden informele contacten onderhouden, waren de onderzoekers aanwezig op evenementen die verband hielden met het onderwerp van samenwerking tussen ziekenhuizen en werden de tussentijdse resultaten tweemaal gepresenteerd aan de sector, telkens met mogelijkheid tot interventie. Tijdens deze periode van opvolging waren er in algemene termen geen belangrijke wijzigingen op netwerkvlak, mede te verklaren door o.a. dynamieken tussen netwerkpartners in de West-Vlaamse regio, een focus op de opmaak- en goedkeuringstraject van het regionaal zorgstrategisch plan, het nauwelijks aanwezig zijn van nieuwe beleidsplannen en de fusie- en integratiebewegingen tussen ziekenhuizen waardoor de netwerkontwikkeling naar het achterplan verschoof.

Beleidsrespondenten:

De beleidsrespondenten omvatten zowel ambtenaren als beleidsmensen actief tussen 2014 en 2022 op Vlaams en federaal niveau. Interviews waren telkens met enkele maanden interval om beleidsevolutie en tendensen te kunnen capteren (actuele update van bewegingen in beleid). Concreet interviewden we 7 beleidsrespondenten in de periode juli 2022 tot oktober 2023 uit diverse overheidsinstanties: ministers, kabinet, Departement Zorg, RIZIV, FOD Volksgezondheid

Ter voorbereiding van alle interviews werd aan elke deelnemer een informatiebrief en geïnformeerde toestemming verzonden. Deze werd voor aanvang van het interview overlopen met de deelnemers, waarna ook ruimte werd geboden om nog eventuele vragen te stellen. Na het ondertekenen van de geïnformeerde toestemming werd overgegaan tot het eigenlijke

semigestructureerde interview waarin zowel enkele algemene onderwerpen aan bod kwamen alsook een aantal specifieke vragen gericht op de functie van de respondent of de specifieke situatie van hun netwerk. De lijst van vooropgestelde vragen diende als leidraad doorheen het interview. Respondenten konden zelf dieper ingaan op bepaalde onderwerpen of konden bijkomende thema's aansnijden die zij relevant achtten in het kader van de onderzoeksvragen. Deze gesprekken werden met toestemming van de respondenten opgenomen op een audiodrager en nadien woordelijk uitgeschreven om een nauwkeurige analyse mogelijk te maken.

ANALYSE

Analyse van de verzamelde gegevens gebeurde hoofdzakelijk volgens de methode van thematische analyse, waarbij de transcripties van de interviews werden ingeladen in het softwareprogramma NVivo. De informatie werd vervolgens via een abductieve coderingsstrategie (dit wil zeggen geïnspireerd door relevante wetenschappelijke kaders maar met ruimte voor hetgeen uit de data bijkomend als relevant naar voren kwam) verwerkt.

In een eerste stap werden verschillende standpunten, ervaringen en perspectieven gestandaardiseerd benoemd (dit wil zeggen dezelfde boodschap onder eenzelfde label plaatsen, ondanks woordelijke verschillen). In hierop volgende stappen werden deze gestandaardiseerde labels gegroepeerd op verschillende niveaus die hun weerslag kennen in de structuur van de resultatensectie van dit rapport. Dit codeerproces resulteerde uiteindelijk in 5 hoofdthema's: netwerkvorming, governance van het netwerk, middelen van het netwerk, activiteiten van het netwerk, het netwerk en haar omgeving en toekomst van het netwerk.

Meer vormelijke aspecten, zoals netwerkstructuren, samenstelling en karakteristieken van de leden, ... werden niet verder gegroepeerd in NVivo, maar werden in een vooraf opgestelde tabel ingevuld (zie bijlage 3). Ontbrekende velden van deze tabel werden waar mogelijk aangevuld op basis van de documentanalyse of gegevens die beschikbaar zijn via de respectievelijke websites van de netwerken en of hun ziekenhuisleden.

Er wordt zowel tussen bronnen getrianguleerd als op regelmatige tijdstippen tussen onderzoekers gereflecteerd over de data en de analyse. Tussentijdse bevindingen werd ook al op een aantal activiteiten met stakeholders gepresenteerd. Hoewel er heel wat informatie over individuele netwerken verzameld werd, rapporteren we hier op een meer geaggregeerde wijze om een breedbeeld te kunnen schetsen. Een meer diepgaande analyse per netwerk zou ook veel meer onderzoekscapaciteit vergen dan voor deze deelstudie beschikbaar was.

Op basis van de documentanalyse als de analysemethodieken van de semigestructureerde interviews werd huidig rapport opgemaakt met een exhaustieve weergave van de bevindingen van deze fase van dit onderzoek. Het beeld dat in dit rapport geschetst wordt heeft dus een stevige onderbouw en zijn gebaseerd op uitspraken van één of meerdere respondenten. Waar relevant, worden geanonimiseerde citaten gebruikt om bepaalde punten te illustreren.

LIMITATIES

Hoewel de onderzoeksstrategie en de selectiecriteria voor respondenten zorgvuldig werden overwogen, heeft deze deelstudie ook beperkingen.

Ten eerste zijn, als gevolg van de samenstelling van het netwerkoeverleg bij Zorgnet-Icuro, algemeen directeurs van de ziekenhuizen oververtegenwoordigd en werden weinig artsen geïnterviewd, ondanks het gegeven dat medisch beleid en klinische activiteiten toch centrale kwesties blijken in de meeste netwerken. Bovendien werden enkel (top-level) managers geïnterviewd en zijn de ervaringen en opvattingen over o.a. het functioneren van het netwerk dus vooral beschreven vanuit hun perspectief. Ook de enkele artsen die deelnamen bekleden allen een directiefunctie en zijn niet praktiserend. De ervaringen en standpunten van praktijkartsen, maar ook andere geledingen binnen de ziekenhuizen, zou een waardevolle aanvulling geweest zijn, die binnen de beschikbare onderzoekstijd en -capaciteit echter niet mogelijk was. Hoewel we zorgvuldig met deze beperking zijn omgegaan door o.a. data te trianguleren en door de positie van respondenten regelmatig duidelijk te maken, blijft het belangrijk om hiermee rekening te houden bij de lezing van het rapport. Uitspraken over artsen en/of klinische activiteit komen dus in de eerste plaats vanuit managers (en netwerkvoorzitters) en niet vanuit deze groep zelf.

Ten tweede zijn voor sommige thema's, zoals het netwerk en haar omgeving, eveneens uitspraken en inschattingen geformuleerd over bijvoorbeeld eerstelijnsactoren, terwijl die zelf niet over dit thema bevraagd zijn in kader van deze deelstudie. Dit is wel het geval met betrekking tot de interactie tussen beleidsverantwoordelijken op overheidsniveau en de ziekenhuizen en netwerken.

Ten derde bleek dat antwoorden van respondenten binnen hetzelfde netwerk niet steeds consistent waren. Dat hangt ook samen met de onduidelijkheid die er soms was in hoeverre een respondent sprak ten persoonlijke titel, uit naam van de organisatie of in naam van het netwerk (zonder, voor alle duidelijkheid, dat we dit als formele en gevalideerde standpunten van de organisatie of het netwerk interpreteren of rapporteren). We stellen ook vast dat er soms een groot verschil bestond tussen de persoonlijke overtuiging over de wenselijke toekomst van de gezondheidszorg en de wenselijke toekomst gezien vanuit de eigen organisatie als bedrijf, wat het tijdens de analyse niet altijd eenvoudig maakte om onderscheid te maken tussen de gebruikte invalshoek.

Ten vierde hebben we moeten bewaken in hoeverre respondenten goed geïnformeerde uitspraken over het eigen netwerk of ziekenhuis deden, dan wel eerder uitspraken deden op basis van wat men hoort, ziet of ervaren heeft met betrekking tot andere netwerken. De sterke bestuurlijke verwevenheden tussen de verschillende ziekenhuizen en hun netwerken zijn hier waarschijnlijk een belangrijke verklarende factor. Door de ruime set van interviews, de triangulatie met documenten en regelmatig aftoetsen met het team en zorgvuldig formuleren van dit rapport hebben we toch een voldoende evenwichtige en gefundeerde analyse kunnen maken.

Ten vijfde bleek het onderscheid tussen wat als samenwerking in het ziekenhuisnetwerk en samenwerking in een andere context gezien wordt, niet altijd scherp te maken. Er bestaan immers talrijke andere samenwerkingsvormen en -praktijken tussen (maar niet gelimiteerd tot) de leden die behoren tot hetzelfde locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. Er lijkt geen eenduidige lijn te trekken tussen bijvoorbeeld welke activiteiten wel of niet duidelijk toe te schrijven zijn aan het netwerk. Er werd daarom ook gekozen om in dit rapport bijvoorbeeld de activiteiten van het netwerk eerder breed te interpreteren. Een enge benadering – zoals een beperking tot datgene wat in de bestuursorganen van het netwerk wordt besproken – zou immers leiden tot een zeer sterke onderschatting van de werkelijke samenwerkingsdynamieken binnen het netwerk, maar de mate waarin die dynamieken altijd het gevolg zijn van de netwerken, is moeilijk hard te maken.

Ten zesde geven we aan dat dit rapport de balans probeert te vinden tussen het rapporteren van inzichten, opvattingen, toekomstverwachtingen, ... die respondenten zelf zien en wat we daar als onderzoekers zelf over denken te kunnen en moeten formuleren. Hetgeen we rapporteren kan dan ook niet gelezen worden als formele of door de hele sector gedeelde posities. Dit rapport heeft tot doel te documenteren wat er leeft op het terrein, en niet om een gedragen consensusstandpunt m.b.t. de ziekenhuisnetwerken uit de hele sector te presenteren. Het laat met andere woorden verschillende stemmen aan het woord. Finaal zijn enkel de auteurs van dit rapport gebonden door de inhoud.

1 NETWERKVORMING

1.1 HET ZIEKENHUISLANDSCHAP

1.1.1 Samenwerkingsvormen specifiek voor ziekenhuizen

In de vorige eeuw bestond het Vlaamse ziekenhuislandschap voornamelijk uit kleine, op zichzelf staande ziekenhuizen, gekenmerkt door sterke verzuiling. Samenwerkingsverbanden waren vaak beperkt tot de meest radicale vorm van samenwerken, namelijk **fusie, veeleer ingegeven door noodzaak**.^{1,2} In 1989 en 1997 werden twee bijkomende samenwerkingsvormen opgenomen in de ziekenhuiswet, respectievelijk de ziekenhuisgroepering en de ziekenhuisassociatie.

Een **ziekenhuisassociatie** is een juridisch geformaliseerd duurzaam samenwerkingsverband tussen twee of meerdere ziekenhuizen gericht op het gemeenschappelijk exploiteren van één of meerdere zorgprogramma's, ziekenhuisdiensten, -functies, - afdelingen, medische diensten en/of medisch-technische diensten met als doel het waarborgen van de optimale aanwending van de beschikbare middelen door overlap in het aanbod van diensten te vermijden en het waarborgen van de kwaliteit van de verzorging en het optimaliseren van de infrastructuur van de deelnemende ziekenhuizen. De afspraken hieromtrent worden vastgelegd in een associatieovereenkomst. Het associatiecomité bestaande uit gemandateerde beheerders van de individuele ziekenhuizen waakt over de uitvoering hiervan. Vertegenwoordigers van de verschillende medische raden verenigen zich in een gemeenschappelijk medisch comité. De organisatie en coördinatie van de administratieve, verpleegkundige en medische activiteit wordt opgevolgd door respectievelijk een algemeen coördinator, verpleegkundig coördinator en medisch coördinator, telkens in samenspraak met hun collega's van de individuele ziekenhuizen.³

Een **ziekenhuisgroepering** is een juridisch geformaliseerd duurzaam samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen waarbij afspraken worden gemaakt over taakverdeling en complementariteit op het vlak van aanbod van diensten, disciplines of uitrustingen, om aldus beter te beantwoorden aan de behoeften van de bevolking en om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Om erkend te worden dienen een aantal voorwaarden vervuld te zijn. Zo mogen ziekenhuizen niet verder dan 25 km van elkaar gelegen zijn en moeten een aantal coördinerende functies (medisch coördinator, verpleegkundig coördinator, algemeen coördinator) en een gemeenschappelijk medisch comité worden aangeduid. De coördinatoren (of hun afgevaardigden) zetelen samen met de vertegenwoordigers van de beheerders van de individuele ziekenhuizen in een coördinatiecomité. Dit coördinatiecomité is o.a. belast met het opstellen van een plan om tot complementariteit en taakverdeling te komen en waakt over de uitvoering daarvan. Daarnaast keurt het coördinatiecomité ook investeringen in- of het oprichten van diensten door de individuele ziekenhuizen goed. Het jaarverslag blikt terug op deze activiteiten. Psychiatrische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen zijn uitgesloten van deelname aan een groepering.⁴

Bijkomend voorziet de ziekenhuiswet ook de mogelijkheid om in samenwerking tussen zorgaanbieders een **zorgcircuit** aan te bieden. Zo'n zorgcircuit richt zich op een bepaalde doelgroep en bestaat uit het geheel van zorgprogramma's en zorgvoorzieningen die deze doelgroep achtereenvolgens kunnen doorlopen.

- Een **zorgprogramma** omvat coördinatie-initiatieven voor de behandeling en de zorg voor een specifieke patiëntengroep of specifieke pathologie door multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverleners en verschillende zorginstellingen. De wetgever definieerde één of meerdere zorgprogramma's rond thematieken als reproductieve geneeskunde, cardiale pathologie, oncologie, kinderen, geriatrie en acute beroertezorg en voorziet een aantal parameters waar zo'n zorgprogramma moet aan voldoen.⁵

Het geheel van de organiserende identiteiten die één of meerdere zorgcircuits aanbieden vormen '**een netwerk van zorgvoorzieningen**' als juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband.⁶ Dit is een ander type netwerk dan een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Voor een aantal doelgroepen werd vastgelegd hoe deze in een 'netwerk voor zorgvoorzieningen' moeten worden georganiseerd (zoals pediatrie, acute beroerte zorg en zeldzame ziekten) en worden instructies opgelegd over welke zorgcircuits aanwezig moeten zijn in elk van deze netwerken. Ze bestaan typisch uit een mix van ziekenhuizen die wel en niet bepaalde zorgprogramma's aanbieden en kunnen bovendien ook uit andere types zorgactoren bestaan.⁷ Sinds 2014 kunnen ook referentiecentra worden aangeduid voor bepaalde diensten, afdelingen, functies medische en medisch-technische diensten. Een voorbeeld uit de praktijk is een expertisecentrum 'zeldzame ziekten'.²

Tot slot bepaalt de ziekenhuiswet ook meer algemeen dat samenwerkingsverbanden kunnen worden gedefinieerd die niet tot één van de voorgenoemde categorieën behoren¹. De toepassing hiervan kan divers zijn. Zo zijn er **samenwerkingsverbanden palliatieve zorg** tussen verzorgingsinstellingen en -diensten die een geografisch gebied bestrijken en een eigen beheer hebben. Zowel ziekenhuizen, woonzorgcentra, thuiszorgorganisaties, verenigingen van eerstelijnszorgverleners of andere organisaties voor hulp aan familie en patiënten kunnen hier deel van uitmaken.⁸ Ook **samenwerkingsverbanden voor wegneming en transplantatie van organen** valt onder deze noemer. In zo'n samenwerkingsverband moeten verschillende types

¹ "De koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit en na de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen te hebben gehoord, de toepassing van de bepalingen in de titels I tot en met IV van deze wet geheel of gedeeltelijk, en met de nodige aanpassingen, uitbreiden tot de samenwerkingsverbanden inzake verzorgingsdomeinen of andere domeinen door Hem nader omschreven, tussen verzorgingsinstellingen en diensten zoals deze door Hem nader worden omschreven" Art. 10 Ziekenhuiswet

functies, centra en programma's aanwezig zijn en mag geen enkele zorgaanbieder in dit gebied worden uitgesloten, waarbij zorgaanbieders zich ook bij meerdere centra kunnen aansluiten.⁹

1.1.2 Algemene samenwerkingsvormen

Naast deze samenwerkingsvormen specifiek voor ziekenhuizen bestaan in de praktijk ook andere, meer generieke samenwerkingsvormen. Zoals in andere sectoren vormen contractuele overeenkomsten een stevige basis voor zowel klinische als ondersteunende samenwerking. Ook via detachering kunnen medewerkers tussen ziekenhuizen worden uitgewisseld om samenwerking vorm te geven. Omdat onze focus in dit rapport ligt op de ziekenhuisnetwerken, gaan we hier nu niet verder op in.

1.1.3 Plan van Aanpak als bouwsteen voor locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken

Omwille van een veranderende samenleving, gekenmerkt door o.a. een veranderende populatie, schaarse middelen en een technologische revolutie heeft het ziekenhuislandschap moeite om het hoofd te bieden aan deze uitdagingen.¹⁰ De rol en profiel van de patiënt verandert door een vergrijzende bevolking, toenemende multimorbiditeit en een grotere nadruk op patiëntgerichte zorg.¹¹⁻¹³ Medische en technologische innovaties verruimen behandelmogelijkheden voor patiënten, maar deze bijhorende kennisexpansie brengt ook nieuwe uitdagingen met zich mee. In sommige van deze domeinen vervellen medische specialisaties tot hyperspecialisatie, met bijhorend risico op het ontstaan van versnippering van kennis en fragmentatie van zorg.^{13,14} Anderzijds vereisen deze nieuwe technologieën aanzienlijke investeringen die voor individuele ziekenhuizen moeilijk te dragen zijn. Hierdoor ontstond een zorglandschap met vele ziekenhuizen die in een competitieve omgeving een breed scala aan medische diensten aanboden, maar niet altijd over de middelen en expertise beschikken om kwalitatieve zorg te bieden voor complexe aandoeningen.^{15,16}

De toenmalige minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Maggie De Block, maakte plannen om het gezondheidszorglandschap grondig te hervormen met de intentie dit toekomstbestendig te maken.¹⁷ De principes van deze hervorming werden in 2015 publiek gemaakt in de vorm van een plan van aanpak. Eén van de pijlers uit dit plan was de vorming van ziekenhuisnetwerken met de 'quintuple aim' voor ogen, om zo, onder andere, de kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie van ziekenhuiszorg te verbeteren.¹⁷ De toenmalige minister onderscheidde hierin verschillende types netwerken:

- Netwerken voor klinische zorg
- Netwerken voor medisch-ondersteunende diensten
- Netwerken voor ondersteunende diensten

Tussen ziekenhuizen en andere voorzieningen werden er eveneens 'care' en 'cure' samenwerkingsverbanden voorgesteld, gericht op chronische pathologieën.¹⁷

Ter voorbereiding van de hervorming van het ziekenhuislandschap en het oprichten van de locoregionale ziekenhuisnetwerken werd een studie uitgevoerd door het Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE).¹⁸ In dat rapport werd aanbevolen om 3 bijkomende types van samenwerkingsvormen op te nemen in de wetgeving: het autonoom samenwerkingsverband, het gecoördineerd netwerk en een geïntegreerd zorgsysteem.

- 1) Het **geïntegreerd zorgsysteem**: Een geïntegreerd zorgsysteem bestaat uit meerdere gezondheidszorginstellingen en beperkt zich niet noodzakelijk tot ziekenhuizen. Zij maken allen deel uit van één juridische entiteit die de houder is van de erkenningen.
- 2) Het **gecoördineerd netwerk**: In een gecoördineerd netwerk behoudt elk lid zijn eigen juridische entiteit. Het bestaat uit ziekenhuizen, maar kan eventueel ook andere leden hebben. De samenwerking is beperkt tot enkele doelstellingen.
- 3) Het **autonoom samenwerkingsverband**: integratie van één of meerdere ziekenhuisdiensten of functies in een aparte juridische structuur die ook houder kan zijn van erkenningen.¹⁸

Voor elk van de samenwerkingsvormen werden governancestructuren overwogen en beoordeeld. Voor het gecoördineerd netwerk werden twee subtypes beschreven:¹⁸

- het **gecoördineerd netwerk met feedbackmechanismen**, waarbij beslissingen genomen op netwerkniveau kunnen worden herroepen door de individuele entiteiten.
- Het **gecoördineerd netwerk met gedelegeerde bevoegdheid**, waarbij het centrale orgaan autonoom beslissingen kan nemen. Dit werd als aanbevolen model weerhouden.

De KCE-studie beschrijft het gecoördineerd netwerk als overgangsmodel naar één van de andere beschreven modellen aangezien dit model ontoereikend werd geacht om antwoord te bieden aan de problemen die op dat moment leefden. Daarnaast formuleert het rapport de aanbeveling om een uitdovend beleid te voeren wat betreft ziekenhuisgroeperingen en ziekenhuisassociaties, aangezien de oprichting van de drie beschreven vormen een passender antwoord zou bieden op de geïdentificeerde tekortkomingen.^{10,18}

De vertaalslag van het Plan van Aanpak naar de daaropvolgende beleidsteksten spreekt van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, geïnspireerd op het model van het gecoördineerd netwerk met feedbackmechanismen. De andere modellen werden niet verder opgenomen. Na consultatie met de sector bleek bovendien dat ziekenhuisassociaties (bijvoorbeeld voor complexe zorg) en ziekenhuisgroeperingen (als voorloper van fusie) niet altijd vervangen konden worden door de nieuwe structuur van ziekenhuisnetwerken en werd beslist deze samenwerkingsvormen te behouden.

Een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk is in eerste instantie gericht op het uitstippelen van het strategisch beleid voor de locoregionale zorg binnen een bepaald zorggebied. Om het duurzame

en verplichte karakter te benadrukken, met eigen identiteit en governance, moet dit een erkende en juridisch geformaliseerde samenwerking met rechtspersoonlijkheid zijn.¹⁹ Het operationele beleid blijft bij de individuele ziekenhuizen die hun organen blijven behouden. Op netwerkniveau is er een centraal beheersorgaan, een medische raad van het netwerk en een netwerkhoofddarts (of college van hoofddartsen). Deze organen zijn, alvast in theorie, het forum voor besluitvorming omtrent coördinatie en afstemming van het zorgaanbod in de regio, waarna deze doorvertaald worden in strategische besluitvorming in de bestuursorganen van de individuele ziekenhuizen. Het is duidelijk dat dit model sterk gespiegeld is aan de organisatiestructuur van ziekenhuizen.

In 2019 werden de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en hun verplichtingen in de ziekenhuiswet¹ ingeschreven.⁶ Het was de bedoeling van de federale overheid om van deze locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken het nieuwe zwaartepunt in de organisatie van het ziekenhuislandschap te maken, waarop verdere wetgeving en financiële omkadering kon worden geënt, zowel door de federale overheid als de gefedereerde entiteiten.¹⁹

1.2 SAMENSTELLING

1.2.1 Vormvereisten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk

Bij oprichting moet een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk (verder in het rapport kortweg 'ziekenhuisnetwerk' genoemd) bestaan uit ten minste twee niet-psychiatrische ziekenhuizen die zich in een geografisch aangesloten gebied bevinden.⁶ De vermelding 'bij oprichting' is geen onbelangrijk detail aangezien dit als dusdanig werd geformuleerd om toekomstige fusies tussen (alle) leden van het ziekenhuisnetwerk mogelijk te maken. Zonder deze vermelding, zou dit immers betekenen dat het ziekenhuisnetwerk niet meer kan worden erkend van zodra men tot dergelijke fusie overgaat.

De federale overheid koos ervoor de netwerken bottom-up te laten groeien. Een opgelegde samenstelling werd overwogen maar als niet realistisch beoordeeld. Er geldt onder meer een recht op vrijheid van vereniging van rechtspersonen en bovendien kende het idee van een opgelegde samenstelling weinig gedragenheid in de sector, waardoor **geen verplichte samenstelling** wordt opgelegd. Enkele ziekenhuizen spraken bij voorbaat de wens uit om tot meerdere netwerken te kunnen behoren, maar dit werd niet gevolgd. Elk ziekenhuis moet deel uitmaken van **één en slechts één netwerk**.⁶ Dit zorgt in enkele casussen voor een kunstmatige realiteit waarbij een belangrijk deel van de patiëntenstromen en samenwerkingsverbanden niet weerspiegeld worden in

¹ Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen 2008

de onderlinge plannen van de locoregionale ziekenhuisnetwerken, voornamelijk voor ziekenhuizen in grensgebieden en/of grote tertiaire centra.

Bovendien kan een ziekenhuis niet worden uitgesloten indien zich dat bevindt in een gebied waar zich een netwerk vormt, zoniet zou het betreffende ziekenhuis zijn erkenning kunnen verliezen.^{6,19}

Deze wetgeving kwam dus met de nodige compromissen tot stand. Dit blijkt verder o.a. uit de vormvereisten die de grondslagen leggen voor de samenstelling van een netwerk. Gezien er enige tijd verstreek tussen het aankondigen van de locoregionale ziekenhuisnetwerken als verplichte vorm en het omzetten van dat idee in wetgeving, namen enkele ziekenhuizen de vlucht vooruit om een locoregionaal ziekenhuisnetwerk op te zetten. De wetgeving werd zodanig geschreven dat deze netwerken niet onmogelijk werden gemaakt. Zo moeten de netwerken een **aaneensluitend geografisch gebied** vormen, maar werd een uitzondering voorzien voor grootsteden.⁶

De wetgeving stelt dat maximaal 25 netwerken erkend kunnen worden in België, waarvan maximaal 13 op het grondgebied van het Vlaams Gewest en 1 van de maximaal 4 netwerken op het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt erkend door de Vlaamse Gemeenschap.⁶ Hoewel deze voorwaarde geen expliciete melding maakt van de gewenste populatiegrootte van het dekkingsgebied, impliceert deze passage dat de wetgever gebieden van 400.000 tot 500.000 inwoners voor ogen heeft. Deze getallen staan ook in eerdere beleidsdocumenten maar zijn niet overgenomen in de ziekenhuiswet (in enkele dunbevolkte gebieden bleek dit immers niet haalbaar).¹⁹ Ook netwerken zelf ondersteunen deze grootte.

1.2.2 PARTNERKEUZE

Zoals eerder geschetst werden de netwerken bottom-up gevormd: ziekenhuizen hadden de vrije keuze om zich te verenigen in netwerken zolang aan de hierboven geschetste voorwaarden werd voldaan.

Hieronder worden een aantal factoren beschreven die ziekenhuizen feitelijk in overweging namen bij het maken van een partnerkeuze. Deze argumenten zijn van toepassing op minimaal één en maximaal alle netwerken, tenzij expliciet anders beschreven.

1.2.2.1 Geografische ligging, administratieve indeling en patiëntenstromen

Logische zorggebieden

Ter ondersteuning van de netwerkvorming liet de Vlaamse Overheid een studie uitvoeren die de patiëntenstromen en daaruit volgende logische samenwerkingen in kaart bracht (= logische zorggebieden)²⁰. Deze gesuggereerde indeling komt slechts in beperkte mate overeen met de feitelijke samenstelling van de netwerken. Verschillende ziekenhuizen die vandaag erkend zijn in een netwerk dat niet overeenkomt met het *logisch zorggebied* uit die studie, geven aan dat die

studie wel het uitgangspunt was voor de initiële gesprekken tussen de gesuggereerde partners, maar dat gesprekken om diverse redenen afknaptten. Andere netwerken die afwijken van de gesuggereerde logische zorggebieden hadden al keuzes gemaakt op basis van andere factoren.

Afstand

Doorgaans gingen ziekenhuizen eerst in gesprek met naburige ziekenhuizen. Opmerkelijk is dat de beperkte afstand tussen twee ziekenhuizen soms net een reden was om *niet* samen te werken: in dergelijke gevallen maakte ziekenhuizen een bepaalde partnerkeuze omdat ze **ver genoeg uit elkaar liggen om niet met elkaar te moeten concurreren**. Hierbij wordt de maatstaf van 30 minuten aanrijdtijd vermeld, een afstand die later ook opgenomen werd in het KB dat het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten definieert¹. Hierin wordt gesteld dat een netwerk elke locoregionale zorgopdracht binnen een aanrijdtijd van 30 minuten moet voorzien voor minstens 90% van de inwoners binnen het geografisch gebied dat ze omsluiten. Er leeft bij heel wat ziekenhuizen immers de vrees dat ze als gevolg van netwerkvorming activiteiten en diensten zullen verliezen. Wanneer een ziekenhuis een netwerk zou vormen met nabijgelegen (concurrentiële) partners, bestaat de vrees dat enkele van hun diensten overbodig worden als er binnen het netwerk een nabijgelegen alternatief bestaat voor dezelfde dienst. De spoeddienst is een frequent aangehaald voorbeeld, waarbij onder de huidige wetgeving sluiting van deze dienst een cascade van activiteitsverlies met zich zou kunnen meebrengen.

Werkingsschalen en de congruentie of discrepantie ervan ...

Een veel gehoorde metafoor tijdens de interviews met betrokkenen was de lasagne van bestuurslagen die de nodige verwarring met zich meebrengt. Daarbij klagen heel wat respondenten aan dat er steeds meer **werkingsschalen** ontstaan die verticaal niet op elkaar aansluiten. Een aantal respondenten geven aan zich intrinsiek wel te willen richten op bestaande grenzen van andere 'lagen' met het oog op een eventuele toekomstige verticale integratie, maar dat dit in de praktijk niet mogelijk is en niet duidelijk is welke werkingsschalen toekomstbestendig zijn. De werkingsschalen waarnaar wordt verwezen zijn de eerstelijnszones, regionale zorgzones, referentieregio's, provincies, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenkringen en geïntegreerde zorgzones:

- **Eerstelijnszones** zijn een werkingsgebied van minstens 70.000 inwoners waarbinnen eerstelijnsaanbieders van een afgebakend geografisch gebied een netwerk vormen waarbinnen zij kennis en informatie met elkaar uitwisselen en hun werking onderling op

¹ Koninklijk besluit tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken van 23 november 2022

elkaar afstemmen. Ze worden aangestuurd door een zorgraad. [eerstelijnsdecreet] De eerstelijnszones zijn een initiatief van de Vlaamse overheid en bestaan niet in Wallonië.

- **Regionale zorgzones** (of regionaal zorgplatform) omvatten minstens twee eerstelijnszones van in totaal +/- 400.000 inwoners. Ze staan ook in voor afstemming van het eerstelijnszorgaanbod, maar dan voornamelijk voor die thema's die de individuele eerstelijnszones overstijgen. De regionale zorgzones zijn een initiatief van de Vlaamse overheid maar zijn nog maar op enkele plaatsen opgestart, al dan niet in pilootproject. [eerstelijnsdecreet]
- **Netwerken geestelijke gezondheidszorg (GGZ)** zijn samenwerkingsplatformen van verschillende organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg en vertegenwoordigers van gebruikers en hun context met als doel het aanbod te faciliteren en optimaliseren. Er bestaan GGZ-netwerken voor volwassenen (regionaal) en voor kinderen/jongeren (provinciaal). Ze ontstonden op initiatief van de interministeriële conferentie volksgezondheid²¹
- **Referentieregio's** kadert binnen het initiatief tot regiovorming van de Vlaamse overheid waarbij Vlaanderen werd opgedeeld in 15 referentieregio's als afstemmingsniveau voor intergemeentelijke en bovenlokale samenwerking. De referentieregio's overlappen initieel niet overal met de grenzen van de eerstelijnszones. Waar nodig is het de bedoeling om deze onregelmatigheden weg te werken door de eerstelijnszones af te stemmen op de referentieregio's.
- Het **zorgregiodecreet** uit 2003 deelt groepeerde Vlaamse gemeenten op verschillende zorgniveaus. Zo is er – van groot naar klein - sprake van de niveaus 'regionale stad', ziekenhuisregio's, 'kleine stad' en 'subniveau 2'. Op deze niveaus kunnen programmatiecriteria voor zorg- en welzijnsvoorzieningen worden voorzien.
- Er wordt verder gewag gemaakt van een interfederaal plan geïntegreerde zorg, waarin samenwerking tussen zorgactoren zou worden opgelegd in zogenaamde **geïntegreerde zorgzones**. Men denkt eraan deze dezelfde schaalgrootte aan te meten als de regionale zorgzones en althans in Vlaanderen de grenzen van deze regionale zorgzones over te nemen. De bedoeling zou zijn om binnen dit gebied afstemming te verkrijgen tussen alle zorgactoren, maar het is nog onduidelijk hoe deze geïntegreerde zorgzones zich zullen verhouden ten opzichte van de ziekenhuisnetwerken, gezien de verschillende afbakeningen van beide werkingsschalen. De mate waarin dit alles op deze manier vorm krijgt, moet echter nog blijken.

De ontwikkeling van een aantal van deze werkingsschalen liep parallel aan elkaar en werd bovendien geïnitieerd vanuit verschillende overheden en/of departementen. Dit maakt het voor ziekenhuizen die in hun partnerkeuze rekening wilden houden met de afbakening van andere zones niet eenvoudig om de meest geschikte keuze te maken.

Populatie

Een ander aandachtspunt bij de samenstelling van ziekenhuisnetwerken betreft de karakteristieken van de populatie in het dekkingsgebied van de verschillende ziekenhuizen. Dit is een andere parameter dan geografische ligging. Een ziekenhuis dat geografisch zeer nabij is, kan qua pathologie- of case mix en populatie sterk verschillen. Een ziekenhuis dat geografisch minder nabij is, kan daarentegen wel een zeer gelijkaardige problematieken of populatiegebonden karakteristieken en uitdagingen vertonen. Genoemde voorbeelden zijn anderstaligheid, armoede, multiculturaliteit, opleidingsniveau, toerisme, veroudering, Naargelang deze karakteristieken kent de bevolking andere noden en heel wat respondenten geven aan dat het eenvoudiger is een coherent beleid te voeren op netwerkniveau wanneer men een gelijkaardige populatie bedient. Deze 'populatieparameter' bepaalt mee de identiteit van het netwerk. Omgekeerd hopen netwerkpartners dat door het afstemmen van de netwerkidentiteit op de noden van de populatie, de populatie en de lokale zorgactoren zichzelf ook gaan identificeren met het netwerk.

1.2.2.2 Op zoek naar gelijkaardige partners

De geografische ligging was dus de meest logische, maar lang niet de enige factor die de partnerkeuze mee vorm gaf. **Heel wat ziekenhuizen zochten in eerste instantie vooral naar partners met andere vergelijkbare kenmerken.** Dit houdt in dat ze streefden naar overeenkomsten in grootte, reputatie, dienstverlening en andere aspecten.

Gevoel van mogelijke bedreiging door grotere ziekenhuizen

Het idee om lid te worden van een netwerk met grotere ziekenhuizen riep weerstand op bij sommige ziekenhuizen en/of hun artsen en bestuur. De voorkeur om samen te werken met gelijkwaardige of kleinere ziekenhuizen blijkt ingegeven uit angst om autonomie of activiteit te verliezen aan grotere partners. Tegelijkertijd gaven heel wat respondenten aan dat ze met hun netwerken een voldoende groot geografisch gebied willen omsluiten om effectief zorg te kunnen verlenen aan een populatie van om en bij de 400.000 inwoners.

Wanneer het gaat over grootte, verwijzen respondenten zowel naar het aantal bedden als naar het aantal erkenningen waarover een ziekenhuis beschikt. Dit hangt samen met het feit dat de overheid steeds meer gebruik van quota om specifieke medische behandelingen te reguleren. Uit wetenschappelijke onderzoek blijkt immers dat sommige behandelingen een duidelijke correlatie vertonen tussen kwantiteit en kwaliteit.^{22,23} Een actueel voorbeeld hiervan zijn de borstklinieken.¹⁶

Bij het aangaan van een netwerk met een groter ziekenhuis bestond de vrees dat investeringsbeslissingen om bepaalde gespecialiseerde behandelingen te concentreren in één (wellicht het grootste) ziekenhuis in het netwerk, het eigen ziekenhuis niet genoeg patiënten meer zou hebben om aan de gestelde quota te voldoen en bijgevolg zijn erkenning voor deze specifieke behandeling zou verliezen. Bijgevolg waren de gesprekken rond samenstelling en partnerkeuze

niet zozeer gericht op de kerntaak van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk (nl. het afstemmen van het volledige locoregionaal aanbod op het grondgebied), maar bleken ze vooral verengd tot het onderling verdelen van gespecialiseerde locoregionale zorgopdrachten en supraregionale zorgopdrachten, met in het achterhoofd de daarmee samenhangende betoelagingen en verdienmodel voor artsen en het ziekenhuis.

“Anderzijds is het ook zo dat de overheid met de netwerken beoogd heeft om de basiszorg te organiseren, maar uiteindelijk zie je dat er in elk netwerk voornamelijk over supraregionale zorg en over doorverwijzing van gespecialiseerde zorg wordt gesproken en minder over basiszorg”
(algemeen directeur)

Heel wat ziekenhuizen anticiperen als het ware op de mogelijke taakverdeling die later moet gebeuren en denken bij samenwerking met gelijkwaardige of kleinere partners minder aan activiteit/aanbod te moeten inboeten dan bij samenwerking met grotere partners.

Ook vanuit de artsengroep in kleinere ziekenhuizen, gaven respondenten aan, leeft de vrees om autonomie, waaronder therapeutische vrijheid en vrijheid van onderneming, te verliezen wanneer ze in netwerken met grotere partners opereren. Bestuurlijk leidt dergelijke bezorgdheid tot vragen over gelijkwaardige vertegenwoordiging en het voldoende waarborgen van hun stem in een netwerk. De vraag die in sommige achterhoofden blijkt te spoken valt te parafraseren als ‘Wie zal hier wie opeten’? Het spreekt voor zich dat dit geen ideale vertreksituatie is voor de door de overheid gewenste netwerkvorming.

Anderzijds wordt een verschil in erkenningen en/of aanbod door sommigen ook gezien als een opportuniteit, bijvoorbeeld omdat het ruimere carrièreperspectieven kan bieden aan artsen alsook kan leiden tot bijkomende dienstverlening aan de populatie.

Er zijn ook meer gematigde stemmen bij de respondenten die een verschil in grootte op zichzelf niet noodzakelijk als een probleem zien, maar wel op hun bezorgdheid m.b.t. de specifieke positie van universitaire ziekenhuizen wezen.

“Er is wel wat verschil in grootte, maar voor de rest zijn wij qua typologie vrij gelijklopende organisaties. We vinden dat ook niet per se een voordeel, die gelijkaardigheid. Tenzij als het gaat over universitaire ziekenhuizen, dan zou ik wel zeggen dat het voordeliger is of zelfs noodzakelijk is voor ons ziekenhuis om gelijkaardigere partners te hebben. Omdat je toch wel ergens wat gelijkvormigheid, gelijkaardigheid verwacht. Maar ja, waar is dat wel het geval: allemaal even grote ziekenhuizen met allemaal dezelfde erkenningen? Dat is gewoon niet aan de orde [...]. De essentie is hoe kunnen we, met de erkenningen die we elk hebben, elkaar versterken”. (hoofdarts)

Vlaanderen telt **4 universitaire ziekenhuizen** die elk deel uitmaken van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. De meningen over hun deelname hieraan zijn verdeeld. Critici wijzen er op dat universitaire centra grote tertiaire centra zijn met een andere pathologie en opdracht dan niet-universitaire algemene ziekenhuizen. De perceptie die hier leeft is dat universitaire ziekenhuizen

zich in een bevoordeelde positie bevinden ten opzichte van hun partners omwille van een afwijkend statuut en spelregels en bijgevolg een zeer top-down rol (kunnen) opnemen. Belangrijke kanttekening is dat deze opmerking niet werd geformuleerd door respondenten van ziekenhuizen die zich in een netwerk met een universitair ziekenhuis bevinden. Omwille van deze mogelijke dominantie vrezen anderen als niet-universitair-maar-evenzeer-ambitieuze ziekenhuis als het ware leeggezogen te worden en gespecialiseerde zorg te verliezen aan de tertiaire partner waardoor men het niet ziet of zag zitten een netwerk te vormen met een universitair ziekenhuis.

Anderzijds wordt opgemerkt dat ook al werd er gekozen voor een netwerk zonder universitaire partner, het aanzuigeffect van grote tertiaire ziekenhuizen in de buurt hoe dan ook aanwezig blijft en bovendien niet kan genoten worden van de (potentiële) voordelen die een tertiair ziekenhuis als netwerkpartner biedt.

Een respondent opperde het alternatief van een netwerk van universitaire ziekenhuizen die de hypergespecialiseerde zorg afstemmen om zo ook concurrentie kunnen aangaan met grote buitenlandse universitaire centra.

Voorstanders van de deelname van universitaire ziekenhuizen aan locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, wijzen erop dat het innovatief karakter van een universitair ziekenhuis zich niet enkel beperkt tot (hyper)gespecialiseerde zorg, maar ook innovatie in basiszorg omvat.

Statuut

Ziekenhuizen verschillen onderling ook van elkaar omwille van hun ontstaansgeschiedenis en statuut. De grote meerderheid van de Belgische ziekenhuizen zijn privé-ziekenhuizen met een vzw-statuuut, het overige kwart zijn openbare instellingen. De openbare ziekenhuizen zijn meestal eigendom van een gemeente, provincie, gewest of intercommunale. Zij verschillen van de private ziekenhuizen doordat zij als openbare instelling aan strengere beheersregels moeten voldoen en hun tekorten onder bepaalde voorwaarden kunnen worden overgenomen door hun inrichter. De laatste jaren wijzigt deze verhouding en worden steeds meer voormalige OCMW-ziekenhuizen omgevormd tot vzw's (bijvoorbeeld door fusies of om financiële redenen). Hoe dan ook zijn dit ziekenhuizen waar het lokaal bestuur een sterke bestuurlijke rol en invloed heeft (gehad). De private vzw-ziekenhuizen daarentegen stammen doorgaans af van katholieke verenigingen, mutualiteiten, vrije universiteiten of voormalige bedrijfsziekenhuizen.² Het vrijzinnig of katholiek gedachtengoed is vandaag soms nog zichtbaar in de naamgeving en samenwerkingsverbanden van deze ziekenhuizen. Deze verschillen ebben meer en meer weg doordat openbare ziekenhuizen vervellen

naar een vzw-statuuat en ook bij fusie tussen openbare en niet-openbare ziekenhuizen wordt vrijwel altijd verdergegaan onder de vorm van een vzw-ziekenhuis.¹

Met deze juridische omslag is de bestuurstraditie niet meteen verdwenen. Vaak behouden lokale besturen nog een rol in het bestuursorgaan. Het statuut en de bestuurstraditie speelt soms ook mee in de partnerkeuze, omdat er vooraf nagedacht wordt over de mate waarin een ziekenhuis het samenspel met een ziekenhuis met een ander statuut of bestuurstraditie wenselijk acht.

Financiële status

Bij het kiezen van partners wordt ook naar de financiële situatie van mogelijke partners gekeken. Financieel stabiele ziekenhuizen zochten in de eerste plaats naar andere financieel stabiele partners. Vanuit dit oogpunt zijn bepaalde ziekenhuizen minder aantrekkelijke partners, zoals enkele publieke ziekenhuizen die een aanzienlijke pensioenlast torsen en (mede) daardoor financieel zwakker staan. Ook heel wat andere ziekenhuizen worstelen met hun financiële leefbaarheid, zoals de meest recente MAHA-studie over financiële toestand van ziekenhuizen aangeeft.

Sommige andere verschillen tussen partners kwamen niet in beeld bij de partnerkeuze, maar wel in een latere fase en worden besproken in het hoofdstuk rond governance.

¹ Decreet Lokaal Bestuur 22/12/2017 (art. 105-107)

LOCO- EN SUPRAREGIONALE ZORGOPDRACHTEN

Een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk wordt geacht om binnen zijn geografisch gebied in te staan voor het complementair en rationeel aanbieden van locoregionale zorgopdrachten. Zorgopdrachten zijn de activiteiten van ziekenhuizen gerelateerd aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medisch apparaat, een medische dienst een medisch technische dienst of een zorgprogramma. Er worden hierbij verschillende types zorgopdrachten onderscheiden:

- **Locoregionale zorgopdrachten** moeten in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden aangeboden. Elk netwerk moet dus minstens 1 site hebben die deze zorgopdracht aanbiedt^I
 - *Algemene locoregionale zorgopdrachten* mogen in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk worden aangeboden. M.a.w. elk ziekenhuis van het netwerk kan deze zorgopdracht aanbieden.
 - *Gespecialiseerde locoregionale zorgopdrachten* mogen niet in elk ziekenhuis van het locoregionaal klinisch ziekenhuis worden aangeboden. M.a.w. er moet minstens 1 ziekenhuis in het netwerk zijn dat deze zorgopdracht niet aanbiedt^{II}
- **Supraregionale zorgopdrachten** (bijv. neonatale intensieve zorgen, brandwondencentrum, ...) mogen niet in elk ziekenhuisnetwerk worden aangeboden.^{III} Een ziekenhuis dat zo'n supraregionale zorgopdracht aanbiedt, wordt een referentiepunt genoemd.

Mede op vraag van de sector verscheen in het najaar van 2022 een Koninklijk Besluit die deze zorgopdrachten nauwer definieert²⁴. Deze oplijsting kan teruggevonden worden als bijlage. Dit KB maakt echter geen onderscheid tussen algemene locoregionale zorgopdrachten en gespecialiseerde locoregionale zorgopdrachten

Hoewel het federale wetgeving is die de zorgopdrachten categoriseert, is het is de bevoegdheid van de deelstaten om te bepalen welke zorgopdrachten in welk netwerk (niet) mogen worden aangeboden.

^I Wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Art. 14/1 3°

^{II} Wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Art. 14/4

^{III} Wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Art. 14/1 4°

1.2.2.3 Aantal partners

De netwerkregelgeving stelde wel een aantal voorwaarden, zoals hoger vermeld, maar deed verder geen uitspraken over het precieze aantal vereiste partners. Het aantal partners dat finaal in een netwerk aanwezig is, blijkt echter wel relevant voor de inschatting over de werkbaarheid van de samenwerking. Respondenten gaven aan dat bij de vorming van een netwerk met een beperkter aantal partners, zoals bij fusieziekenhuizen, gesprekken relatief gesproken eenvoudiger verlopen dan in grotere netwerken waar de veelheid aan partners het vinden van gemeenschappelijke grond voor alle partijen lastiger kan maken. Ook wanneer de veelheid aan partners het gevolg is van een groot geografisch gebied dat wordt ontsloten, wordt het nemen van beslissingen in functie van de populatie op netwerkniveau er niet eenvoudiger op, zo geven sommige respondenten aan.

1.2.2.4 Categoriele en psychiatrische ziekenhuizen

Zoals hierboven beschreven mogen psychiatrische ziekenhuizen^I, revalidatieziekenhuizen^{II} en geriatrie ziekenhuizen gelegen in het door het netwerk omsloten gebied deel uitmaken van dit netwerk, maar is er geen verplichting.

De meeste locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken bestaan uitsluitend uit algemene (incl. universitaire) ziekenhuizen en maken geen gebruik van de mogelijkheid tot het uitbreiden van het netwerk met zogenaamde categoriele of psychiatrische ziekenhuizen. Een aantal respondenten gaf aan deze optie niet te hebben overwogen of was zich niet bewust van de mogelijkheid om deze als partner op te nemen. Er zijn echter ook netwerken waarbij er een sterke connectie is tussen het netwerk en de (of enkele) categoriele ziekenhuizen gelegen in het verzorgingsgebied van het netwerk, al dan niet opgenomen als effectief lid van het netwerk. Deze connectie kan rechtstreeks met het netwerk zijn of met één of meerdere van de partnerziekenhuizen.

Zowel vanuit historische als vanuit toekomstgerichte redenen, zo geven sommige respondenten aan, zijn er netwerken die dergelijke partners nauw willen betrekken bij het vormen van een samenwerkingsverband.

Een aantal ziekenhuizen en/of netwerken worstelen met de positie van deze niet-algemene ziekenhuizen t.o.v. het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Enerzijds is er een toenemende nadruk op het bevorderen van de algemene gezondheid van de bevolking, naast de traditionele focus op het behandelen van zieke individuen. Deze benadering omvat preventieve maatregelen, gezondheidsbevorderende activiteiten en het creëren van een omgeving die gezondheid en welzijn

^I Kenletter A, T of K

^{II} Ziekenhuizen met uitsluitend gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (Kenletter Sp)

ondersteunen. Respondenten geven aan dat algemene ziekenhuizen (of netwerken van algemene ziekenhuizen) beseffen dat ze dit niet alleen kunnen bereiken en dat een geïntegreerde aanpak nodig is. Samenwerking met andere partners is volgens hen nodig om meer in te zetten op bijvoorbeeld preventie en revalidatie. Sommige respondenten spreken dan ook de wens uit om in de toekomst te evolueren van een zuiver ziekenhuisnetwerk naar een geïntegreerd zorgnetwerk, al is men onzeker over de weg hiernaartoe. Anderzijds is er ook een zekere terughoudendheid bij sommige respondenten ten opzichte van deze additionele partners omwille van het bevattelijk willen houden van het netwerk en het niet zomaar inzage willen geven in de eigen werking aan externe partners.

1.2.2.5 Voorgeschiedenis

“ik heb het niet complex gemaakt, maar de wijze waarop de netwerken tot stand zijn gekomen dat laat veel te wensen over. Zeker vanuit het initiatief van de regering, met onduidelijke doelstellingen en eigenlijk zoveel druk. Maar ook in de uitwerking en in het feit dat er tussen ziekenhuizen en netwerken een soms vrij competitieve sfeer vanuit het verleden is.”(netwerkvoorzitter)

Ook al vormden ziekenhuisnetwerken vormden een nieuwe samenwerkingsvorm, er bestonden natuurlijk al bepaalde verhoudingen tussen ziekenhuizen in regio's, die faciliterend dan wel belemmerend zijn voor de netwerkvorming en omgekeerd. Deze **voorgeschiedenis** is dan ook belangrijk om de netwerkvorming te begrijpen²⁵ omdat die mee verklaart waarom het ene netwerk een meer logische samenstelling heeft vanuit populatieperspectief dan het andere. De verschillen in de mate waarin er al een voorgeschiedenis is van samenwerking tussen partners wordt dan ook door overheden best in acht genomen bij het formuleren van beleidsmaatregelen zoals het verplicht vormen van netwerken.

Vrijwillige samenwerking tussen organisaties zoals ziekenhuizen vertrekt immers vanuit een aangevoelde noodzaak en/of het zien van bepaalde opportuniteiten of kansen om activiteiten, diensten, ... met anderen te ontwikkelen, te verbeteren, ... Het ziekenhuis vertrekt daarbij vanuit de eigen doelen en bekijkt hoe het samen met anderen daaraan kan werken. Samenwerking kan daarbij gericht zijn op het behalen van meer efficiëntie en meer effectiviteit, op voordelen die meer financieel-economisch van aard zijn en/of die rechtstreekse meerwaarde voor patiënten bieden, ... De manier waarop er vrijwillig samengewerkt wordt, kan dan lichtere of zwaardere en juridisch meer uitgewerkte vormen aannemen.

Heel wat samenwerking is echter niet louter vrijwillig, maar minstens gestimuleerd, gekaderd en soms opgelegd door overheden, zoals de ziekenhuisnetwerken. Dan spreken we over zogenaamde door de overheid 'gemandateerde' netwerken, in dit geval omdat de overheid van oordeel is dat die netwerkvorming kan bijdragen aan een meer kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg.

Of ziekenhuizen nu vrijwillig of opgelegd gaan samenwerken, in feite proberen ze zogenaamde hulpbronnen (geld, personeel, kennis, legitimiteit, productiecapaciteit) met elkaar te verbinden om een doel te realiseren waartoe men alleen niet in staat is. Hoe dat precies vorm krijgt, is dan zeer uiteenlopend, en is idealiter het resultaat van een **zorgvuldige afweging van beoogde doelstellingen en contextfactoren**.

De bestaande verstandhouding ten opzichte van elkaar kan dus verschillende vormen aannemen, gaande van competitie tot samenwerking. Naburige ziekenhuizen kwamen al voor de verplichte netwerkvorming met elkaar in contact en hebben al verschillende onderlinge afhankelijkheidsrelaties, onder meer door tal van overeenkomsten, al dan niet in de context van erkenningsnormen. Waar die onderlinge relaties eerder ingegeven vanuit een meer competitieve logica, spelen voornamelijk de strijd om marktaandeel en financiering een rol. Soms zijn er ook gewoon weinig of geen relaties tussen bepaalde ziekenhuizen aanwezig.

Dit resulteert in een grote variatie aan al bestaande samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen voorafgaand aan de vorming van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk.



Figuur 1: variatie in historische verstandhouding van ziekenhuizen ten opzichte van elkaar

In regio's waar ziekenhuizen al een goede verstandhouding hadden, kan het gemandateerd worden door de overheid dan helpen om een stap vooruit te nemen, maar kan de gedwongen netwerkvorming evenzeer deuren tot (logische) samenwerking tussen leden van andere ziekenhuisnetwerken sluiten. In een aantal netwerken was de partnerkeuze relatief eenvoudig op basis van een al bestaande samenwerkingstraditie die bovendien voldeed aan de wettelijke vormvereisten. Deze samenwerkingstraditie is een niet onbelangrijk element dat verklaart waarom het ene netwerk het andere niet is. Daar waar ziekenhuizen al samenwerkten, was het oprichten van een locoregionaal ziekenhuisnetwerk in meer of mindere mate een verderzetting van de bestaande samenwerkingspraktijk onder een nieuwe vlag. Gezien de beperkte invloed van de opgelegde netwerkvorming op deze constellaties, zijn deze netwerken feitelijk eerder spontane dan gemandateerde netwerken. Respondenten geven ook aan dat deze zich onderscheiden van andere

netwerken doordat hier al een sterke cohesie en vertrouwen aanwezig was, en **de partners** eerder al zeer bewust voor elkaar kozen.

In sommige regio's opereerden ziekenhuizen eerder onafhankelijk van elkaar zonder dat er sprake is van een competitie om marktaandeel. De samenwerking was er dan hoogstens beperkt tot enkele samenwerkingsverbanden tussen artsen, maar zonder betrokkenheid van het bestuursorgaan van het ziekenhuis. Met betrekking tot deze gevallen van zogenaamde co-existentie gaven respondenten aan dat het erkennen en tolereren van elkaars positie op het terrein niet wegneemt dat er in het kader van de netwerkvorming er nog een lange weg te bewandelen was.

In sommige regio's was de **competitie zeer uitgesproken** (o.a. marktaandeel) en heerst er een sfeer van wij tegen zij, of spelen de naweeën van historische verzuiling en machtsverhoudingen. In dergelijke situaties is er geen of zelfs wantrouwen in plaats van het nodige vertrouwen dat toch een belangrijke factor is voor succesvolle samenwerking.²⁶

Daar waar men voorheen nauwelijks communiceert of als concurrenten tegenover elkaar staat, kan de verplichte netwerkvorming twee effecten hebben²⁷

- De toegekende middelen en opdracht brengen de leden dichterbij elkaar
- De toegekende middelen en opdracht accentueren meer dan ooit de verschillen tussen de leden

Het is in elk geval belangrijk dat een overheid die netwerken mandateert (dus verplicht via al dan niet erkenning), hiermee rekening houdt en de mogelijke effecten van haar optreden vooraf probeert in te schatten. De overheidsinterventie probeert idealiter recht te doen aan de al bestaande, spontane samenwerking tussen partners die elkaar al voldoende vertrouwen enerzijds en het willen tot stand brengen van samenwerking tussen partners die elkaar nog niet of nauwelijks vonden of zelfs eerder als concurrenten naar elkaar kijken.^{26,28} Sommige respondenten zijn op dat vlak kritisch over de manier waarop de netwerkvorming gekaderd werd en welke effecten dat heeft op het terrein teweeggebracht. We werken de rol van de overheid verder uit in het volgende punt.

“Het enige wat men doet is zeer zware structuren opzetten en die worden dan met kafkaïaanse precisie gedefinieerd (...) Ik verwijt niemand iets, maar als je onduidelijke contouren creëert en je wacht lang genoeg dan vechten twee stenen op den duur hé. En dat is wat nu aan het gebeuren is.” (voorzitter)

1.3 OVERHEIDSSTURING BIJ NETWERKVORMING

De ziekenhuisnetwerken zijn een door de overheid verplichte samenwerkingsvorm. Maar ook bij een verplichte samenwerking kan een overheid ervoor opteren om meer of minder ruimte te geven aan de invulling van die samenwerking, door bijvoorbeeld voorwaarden te stellen over samenstelling, bereik, ...

Volgens sommige respondenten heeft de overheid hier kansen gemist en zijn er netwerken gevormd die formeel wel aan de voorwaarden voldoen, maar feitelijk eigenlijk niet helemaal in de geest ervan passen. Op dat vlak hadden sommige respondenten meer sturing en een meer krachtdadige en strengere overheid verwacht.

“De overheid heeft het ook niet aangedurfd om in de grootsteden ziekenhuizen te verplichten om te gaan samenwerken. Nu hebben we soms op 500 m van elkaar twee spoeddiensten in de grote centra, hé. Luik, Brussel, Antwerpen, Gent,... Dat is natuurlijk een aberratie. Daar had men duidelijk moeten zeggen, “kijk, We gaan dat op andere manier moeten aanpakken” [...]“de minister had de ziekenhuizen daar moeten verplichten om samen te werken”. (algemeen directeur)

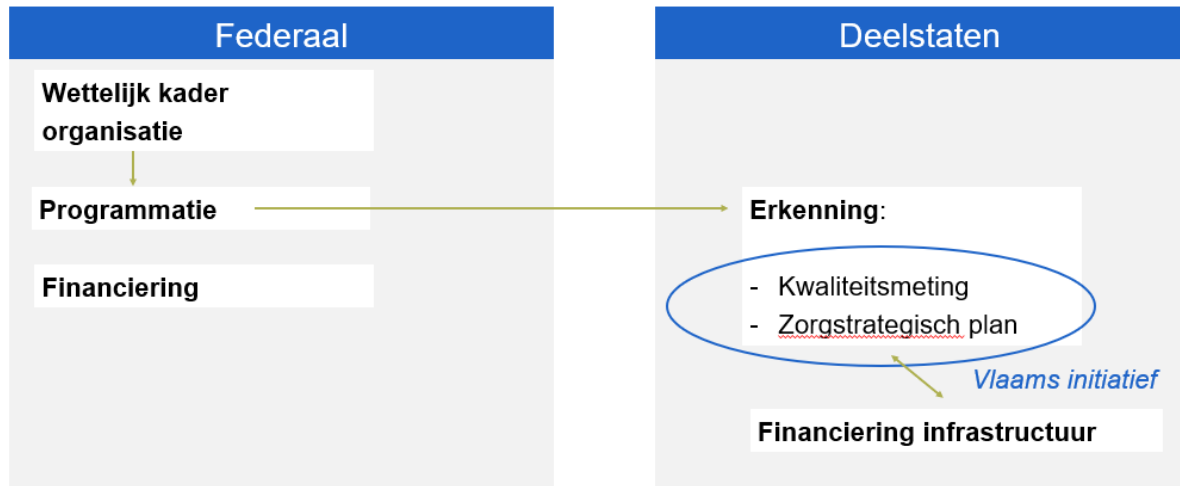
De overheidssturing waarover het hier gaat, betreft zowel de Vlaamse overheid (die de erkenning verleend) als de federale overheid die o.a. de wetgeving opstelde. De onderlinge bevoegdheidsverdeling bepaalt dan welke formele sturingselementen in handen zijn van beide niveaus. Lokale overheden kunnen in sommige netwerken ook nog een zekere sturing uitoefenen via de eigendoms- en bestuursstructuren. De overheidssturing ten aanzien van netwerken noemen we in de literatuur ‘meta-governance’, en de actoren die dat doen zijn dan de ‘metagovernors’.

Zoals eerder aangegeven zijn de locoregionale ziekenhuisnetwerken zogenaamde **gemandateerde netwerken**¹, aangezien zij door de wetgever zijn opgelegd want het een erkenningsvoorwaarde betreft. Tegelijkertijd is er wel een relatieve vrijheid in partnerkeuze en zitten de federale en regionale overheden niet zelf als actieve partner in de gevormde netwerken.

Metagovernance gaat dus over de sturing en coördinatie van governanceprocessen zoals netwerken, zonder noodzakelijk zelf in te grijpen in de dagelijkse besluitvorming en uitvoering. Overheden beschikken over verschillende instrumenten om deze meta-governance vorm te geven, met variërende mate van betrokkenheid. Het kan gaan om actieve participatie in het netwerk, maar ook om het creëren van een kader dat een vlotte netwerkwerking mogelijk maakt. Het is vaak een evenwicht tussen formele en informele sturingsmethodieken om enerzijds voldoende

¹ Gemandateerde netwerken zijn een specifieke vorm van netwerken waarbij een hogergeplaatste actor, vaak een overheidsactor, coördinatie en samenwerking oplegt aan andere actoren, door een netwerk te creëren waarvan de leden verplicht zijn om aan deel te nemen. (vrij vertaald uit Saz-Carranza 2016)²⁹

ondernemingsvrijheid te vrijwaren en anderzijds te waken over de vervulling van één van de publieke kerntaken. We gaan nu verder in op deze sturing en de instrumenten die daarvoor ingezet worden.



Normering en programmatie

De federale overheid formuleert, op basis van haar organieke bevoegdheid, basisregels (normen) omtrent de samenstelling van de ziekenhuisnetwerken. Ziekenhuizen dienen partners te zoeken waarmee zij samen een ziekenhuisnetwerk konden vormen dat voldoet aan deze regels.

Naast de organieke (de vormvereisten) en programmatorische (hoeveel netwerken in elk gewest) regels die overal gelden, zijn in de ziekenhuiswet ook een aantal passages opgenomen die specifiek (maar impliciet) gericht zijn op bepaalde regio's. Dit maatwerk omvat zowel beperkende als uitzonderingsbepalingen. Bijvoorbeeld, in het geval van UZ Brussel, bepaalt de wetgeving dat minstens één van de ziekenhuizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet behoren tot een Vlaams netwerk. Als enige Vlaams erkende ziekenhuis betekent dit dat zij zich moeten richten tot ziekenhuizen in de Vlaamse rand. Andere uitzonderingsbepalingen zijn er o.a. op gericht om zich eerder al ontwikkelende netwerken niet onmogelijk te maken. Zo moeten locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken een aaneensluitend geografisch gebied vormen, maar werden in Vlaanderen uitzonderingen voorzien voor de grootsteden Antwerpen en Gent.

Erkenning

Opdat een Vlaams netwerk erkend kan worden, dient het netwerk hiertoe een aanvraag in te dienen bij de Vlaamse overheid. Zij is immers bevoegd voor erkenning, maar baseert zich hiervoor op de **algemene erkenningsnormen** die federaal worden opgelegd. De Vlaamse overheid kan weliswaar aanvullende of specifieke erkenningsnormen opleggen, maar doet dit (nog) niet. Deze erkenningslogica geldt zowel voor ziekenhuisnetwerken als voor ziekenhuizen en kent een sterke verwevenheid. Voor algemene ziekenhuizen omvat dit normen voor de algemene inrichting van de ziekenhuizen, de inrichting en de werking van elk soort van diensten en de organisatie van de

verstrekking van dringende geneeskundige verzorging¹. De mogelijkheid bestaat dat het hebben van een regionaal zorgstrategisch plan als erkenningsvoorwaarde van het netwerk wordt opgenomen, maar deze plannen zijn nog niet in uitvoering. Daarnaast bestaan eisenkaders en verplichtingen waar ziekenhuizen moeten aan voldoen op straffe van verlies van erkenning, zonder dat dit specifiek als erkenningsnorm wordt benoemd (bijv. een verplichte kwaliteitsmeting)^{30,31}.

De Vlaamse overheid voelde zich genoodzaakt om enkele netwerkformaties te erkennen die in hun ogen minder logisch leken, maar die aan de federale spelregels in de ziekenhuiswet voldoen. Deze spelregels laten immers de nodige vrijheid in samenstelling en bij gebrek aan eigen, bijkomende erkenningsnormen diende de Vlaamse overheid ook in hun ogen minder logische netwerken te erkennen. Daarnaast leeft bij dergelijke kwesties ook de angst voor juridische procedures.

Beïnvloeden van partnerschapskeuzes op het terrein

Dit neemt echter niet weg dat er gepoogd is om enige druk uit te oefenen om het landschap in een door de Vlaamse overheid wenselijke richting te laten vormen. Verder hebben ook politici van verschillende niveaus getracht hun invloed te laten gelden om bepaalde netwerkconstellaties te bewerkstelligen, vanuit verschillende doelstellingen en ook casus specifiek.

Vanop centraal niveau was de ambitie om te bemiddelen zodanig dat elk ziekenhuis aansluiting kan vinden bij een levensvatbaar netwerk en zoveel als mogelijk een landschap wordt geschapen dat aansluit bij natuurlijke patiëntenstromen.

Op lokaal niveau was de agenda soms ook het proberen behouden van ziekenhuisactiviteit op het eigen grondgebied of het verzekeren van voldoende invloed in de nieuwe structuren. In openbare ziekenhuizen of ziekenhuizen met openbare historiek is de betrokkenheid van lokale besturen het meest voor de hand liggend. In een aantal ziekenhuizen heeft de gemeente nog een actief mandaat in het bestuursorgaan van het ziekenhuis en is als dusdanig actief betrokken bij de strategische besluitvorming. Ongeacht het statuut van het ziekenhuis, houden een aantal lokale besturen de partnerkeuze nauwlettend in de gaten met het oog op het voortbestaan van het ziekenhuis – al dan niet als campus. Bij integratie en fusiegedachten trachten zij erover te waken dat de werkgelegenheid in de regio gegarandeerd blijft. Er is immers veel personeel tewerkgesteld in de ziekenhuizen. Waar het voortbestaan van het ziekenhuis niet ter discussie wordt gesteld, sturen lokale overheden voornamelijk aan op samenwerking met ziekenhuizen die het meest aansluiten bij de huidige patiëntenbewegingen om de toegankelijkheid van meer gespecialiseerde zorg te

¹ Algemene erkenningsnormen voor ziekenhuizen: KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd. Bijzondere erkenningsnormen voor ziekenhuizen en groeperingen van ziekenhuizen: KB van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen

waarborgen voor de bevolking. Hierbij zijn drempels niet beperkt tot afstand, maar ook cultuur en taal spelen een rol. Dergelijke invloed werd, afhankelijk van de respondent en casus, soms bevorderend en soms als hinderlijk ervaren.

Pilootprojecten

Enkele respondenten van een locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken stellen dat in de periode van lancering van het idee tot aan de wetgeving er wel al druk bestond om netwerken te vormen, maar dat er nauwelijks begeleiding kwam. Ter voorbereiding van de netwerkvorming initieerde de Vlaamse overheid pilootprojecten omtrent de opmaak van een regionaal zorgstrategisch plan en werden consultants aangesteld om deze processen te begeleiden. Respondenten vanuit een aantal niet-deelnemende netwerken stellen dat weinig tot niet werd gecommuniceerd over de resultaten van deze pilootprojecten (waarnemingen, richtlijnen, conclusies, ...). Uit gesprekken met de betrokken overheidsactoren bleek dat deze pilootprojecten dienden als inspiratie voor het opstellen van het begeleidingskader voor regionale zorgstrategische plannen, maar dat er verder geen evaluatie of eindrapport opgemaakt (of verspreid) werd met leerpunten voor de sector of beleidsmakers. Hoewel het gebruik van pilootprojecten een goede methode is om beleidsmaatregelen te testen en te verfijnen alvorens deze op grote schaal te implementeren, werden hierdoor kansen gemist door het gebrek aan evaluatie en reflectie. Dit leidde volgens respondenten bij niet-deelnemende ziekenhuizen tot een gepercipieerd onevenredig voordeel voor de pilootnetwerken ten opzichte van de rest van de ziekenhuissector. Dit gevoel wordt versterkt door de overheidsmiddelen die werden ingezet voor consultancy terwijl er geen financiële ondersteuning beschikbaar is voor de netwerkwerking zelf.

Regionaal zorgstrategisch plan

Een goedgekeurd regionaal zorgstrategisch plan is één van de voorwaarden om als ziekenhuis infrastructuursubsidies te kunnen ontvangen. Een ziekenhuis dat wil uitbreiden of vernieuwen, kan hiertoe een subsidieaanvraag indienen bij de Vlaamse overheid (VIPA-subsidie). Deze aanvraag moet vergezeld zijn van een **individueel zorgstrategisch plan** waarin het ziekenhuis zijn geplande investeringen kadert binnen de zorgnoden van de omgeving. Een individueel zorgstrategisch plan kan enkel ingediend worden op voorwaarde dat het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waartoe het ziekenhuis behoort beschikt over een goedgekeurd **regionaal zorgstrategisch plan**. In het regionaal zorgstrategisch plan brengt het netwerk de geprojecteerde zorgnoden van de regio in kaart en koppelt dit aan het aanbod dat men in de regio wenst te organiseren. Met andere woorden, een netwerk is (nog) niet verplicht om meteen een regionaal zorgstrategisch plan op te stellen, maar zodra één van de netwerkleiden een infrastructuursubsidie wil aanvragen, moet er wel een regionaal zorgstrategisch plan opgesteld worden op netwerkniveau.

Het **thematisch zorgstrategisch plan** richt zich op bepaalde zorgopdrachten die in samenwerking met andere ziekenhuizen – binnen of buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk – worden uitgewerkt. Dergelijk plan kan worden opgesteld door een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk

of een samenwerkingsverband rond een supraregionale zorgopdracht.³² De Vlaamse Regering kan de zorgopdrachten bepalen waarvoor een thematisch zorgstrategisch plan moet worden uitgewerkt, maar doet dit nog niet.

Deze thematische plannen zijn minder prioritair voor de betrokken algemene ziekenhuizen op het vlak van het bepalen van de ziekenhuiscapaciteit en de noodzakelijke infrastructuurbetoelaging. In de toekomst kan het verkrijgen van een planningsvergunning, erkenning en aanwijzing echter mogelijks afhankelijk gemaakt worden van het beschikken van een goedgekeurd thematisch zorgstrategisch plan.³³ De respondenten brachten dit onderwerp zelf alvast nauwelijks ter sprake, maar we rapporteren het hier wel als een mogelijkheid die bestaat.

Onduidelijkheid

Heel wat respondenten hekelen verder het gebrek aan duidelijke communicatie en instructies.

“Daar wil ik eerlijk gezegd ook wel eens iets over zeggen: de regelgeving en de interpretatie van waar een netwerk aan moet voldoen en hoe dat er zou kunnen uitzien, dat heeft ons toch wel wat parten gespeeld bij de vorming. De overheid communiceerde niet altijd even eenduidig en zat niet altijd op dezelfde lijn vonden wij” (voorzitter ziekenhuis)

De complexe bevoegdheidsverdeling wordt hier gezien als een deel van de verklaring. Heel wat respondenten geven aan dat een veelheid aan regeringen, ministers en administraties leidt tot verschillende meningen en interpretaties die niet per se complementair zijn. Tijdens de gesprekken met overheidsactoren stelden we ook vast er geen duidelijk eigenaarschap van het concept ziekenhuisnetwerken naar voren kwam en dat deze actoren nadrukkelijk stelden slechts beperkt bevoegd te zijn. Verder gaven andere respondenten aan dat bij netwerken onderhuids een soms jarenlange onzekerheid leefde of het netwerk al dan niet erkend zou worden.

1.4 INSTABILITEIT EN HERVERKAVELING

Gezien de veelheid aan stakeholders die ook betrokken zijn op het niveau van een individueel ziekenhuis, is de partnerkeuze in kader van de vorming van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk vaak een bron van discussies of zelfs conflict. In de debatten zijn niet alleen beheerders en directie actief, maar ook artsen verdedigen eigen belangen en wegen door op de besluitvorming.

Doorheen de verschillende interviews kwamen diverse redenen aan bod die leiden of geleid hebben tot een bepaalde mate van instabiliteit van een netwerk, met mogelijke gevolgen zoals verlamming, dreigende netwerksplitsing, hergroepering van de betrokken partijen of het veranderen van netwerk door één van de ziekenhuizen.

Wanneer partners met een **andere ingesteldheid**, verwachtingen of intenties de samenwerking aangaan, ontstaat van bij de start wrevel over de ambitie. Zeker wanneer veel partners aan boord zijn, blijkt het niet eenvoudig om tot een gemeenschappelijke identiteit en basisvisie te komen. Soms komt deze tegenstelling pas later aan de oppervlakte, waarbij men ervaart dat één of meerdere leden andere agenda's hebben. Dit uit zich in het laten aanmodderen van het netwerk, bijvoorbeeld omdat een ziekenhuis in discussies rond taakverdeling minstens één van hun activiteiten zouden moeten afstaan.

Ten tweede kan een **dominante positie** van één van de netwerkleden maken dat de andere partners zich minderwaardig (gaan) voelen en zij zich niet goed voelen bij deze samenwerking. Toch beschikt elke partner over een bepaalde macht: wanneer één van de partners zich tot een ander netwerk zou richten, dan spelen de andere leden potentieel de patiënten van dat ziekenhuis als toeleverancier kwijt aan een ander netwerk waar de voormalige partner zich aansluit.

Samenwerken in netwerken is ook mensenwerk. Het is dan ook begrijpelijk dat persoonlijke **conflicten** of managementconflicten tussen leden van het netwerk kunnen leiden tot een vertrouwensbreuk, die ook nazindert bij niet-betrokken partijen. Een (dreigende) afsplitsing hoeft daarbij niet steeds het gevolg te zijn van een gebeurtenis, maar kan ook voortkomen uit economische of politieke overwegingen binnen het ziekenhuismanagement. Daarnaast vrezen sommige artsen dat ze in bepaalde constellaties hun **autonomie** verliezen, waarbij er wantrouwen kan zijn zowel ten opzichte van de andere ziekenhuizen als keuzes van het eigen management. Er is dus een dynamiek tussen maar ook binnen ziekenhuizen die hier speelt.

Tot slot kan een **veranderende dynamiek** tussen zorgorganisaties in de ruime omgeving van het netwerk ook leiden tot instabiliteit omdat men in deze gewijzigde context een zekere aantrekking ervaart ten opzichte van een ander netwerk of andere ziekenhuizen. Prikkels of ontwikkelingen die zo'n gewijzigde dynamiek op gang kunnen brengen zijn directiewissels, samenwerkingservaringen, politieke discussies, of zelfs perifere gebeurtenissen, zoals wijzigingen in de mate waarin een (sub)regio geografisch ontsloten wordt of verbonden wordt door verkeersassen,

Dergelijke dynamieken maken dat de netwerken niet noodzakelijk als stabiele structuren te beschouwen zijn, terwijl de wetgever de locoregionale ziekenhuisnetwerken wel ziet als een permanente structuur en bijgevolg geen instructies voor uittreding of splitsing voorziet. De meeste netwerken namen echter wel dergelijke clausules op in hun statuten, bijvoorbeeld door een uittredingstermijn te voorzien. In de praktijk blijkt het echter niet zo realistisch dat de uittredende leden na een vertrouwensbreuk nog gedurende deze vastgelegde termijn deel blijven uitmaken van de bestuursorganen van een ziekenhuisnetwerk. Een meer pragmatische oplossing die gebruikt wordt is een dadingsovereenkomst tussen de betrokken partijen.

2 GOVERNANCE

In dit deel gaan we dieper in op elementen van 'governance' in relatie tot de ziekenhuisnetwerken. 'Governance' is echter een breed en gelaagd begrip en hanteren we in dit rapport dan ook voldoende ruim. We vatten governance zowel op als relevante elementen m.b.t de overheidssturing (bv. regelgeving, voorwaarden, financiering, ...), specifieke elementen m.b.t. de governance van de ziekenhuizen en netwerken zelf (bv. contracten, structuren, ...) alsook aspecten van deugdelijk bestuur (bv. rapportering) (zie hieronder).

Governance als overheidsdaden
Governance kan verwijzen naar dat wat de overheid (<i>government</i>) doet. Binnen de bestuurskunde luidt een algemeen gebruikte definitie " <i>The process of steering society and the economy through collective action and in accordance with common goals</i> " (Torfing et al. 2012 cited in Ansell & Torfing p4). Het is met andere woorden één van de essentiële zaken die de bestuurskunde als wetenschap bestudeert.
Hospital governance
In de ziekenhuiswereld denkt men eerder aan hospital governance als sectorafgeleide van corporate governance , "waarbij het in zijn essentie verwijst naar het geheel van controle- en evenwichtsmechanismen – "checks and balances" – dat het besluitvormingsproces binnen ziekenhuizen vormgeeft." (Eeckloo 2008). Het verwijst doorgaans naar de verhoudingen tussen de verschillende organen van het ziekenhuis en de besluitvormingsprocessen. ^{34,35}
Good governance
Een andere benadering omvat de principes van ' good governance ' als leidraad voor deugdelijk bestuur . Deze principes zijn verantwoordingsplicht (<i>accountability</i>), transparantie, betrokkenheid van relevante actoren, integriteit en capaciteit voor- en competentie in beleidsvoering. ¹⁸ Er werd in 2016 een concrete toepassing gemaakt voor de welzijns- en social profit sector onder de vorm van een set aanbevelingen. ³⁶

Na intentieverklaring en/of erkenning werd in alle ziekenhuisnetwerken veel aandacht besteed aan het uitwerken van 'een governance van het netwerk'. De uiteindelijke afspraken rond governance kregen vorm op basis van de wettelijke voorschriften, de ervaringen uit de informele fase (zie verder) en de bestuurscultuur in de individuele ziekenhuizen. Deze drie elementen worden

hieronder besproken alvorens over te gaan tot de beschrijving van ‘de governance van het netwerk’. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen het institutioneel organieke ontwerp, waarbij de focus ligt op de overlegstructuren, waarna ook aandacht wordt besteed aan de rollen en functies binnen het netwerk en tot slot ook de bestuurscultuur binnen het netwerk.

2.1 INFORMELE FASE

In dit rapport benoemen we de informele fase als de periode tussen de partnerkeuze (wat meestal werd bekrachtigd met een intentieverklaring) en het ontvangen van een positieve erkenningsbeslissing vanwege de Vlaamse overheid. Tijdens deze periode moeten de partners consensus zien te vinden over allerlei aspecten omtrent governance van de samenwerking: structuren, besluitvormingsprocessen, werkafspraken, het basisprotocol voor samenwerking en het (verder) ontwikkelen van draagvlak bij de achterban, samenstelling en afvaardiging van organen, Deze gesprekken vergen ook de nodige overlegstructuren. Aangezien een netwerk in deze periode nog niet erkend is en aldus nog niet valt onder de toepassing van de bepalingen inzake locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken van de ziekenhuiswet, kwamen deze overlegstructuren eerder organisch tot stand. Op het vlak van governance onderscheidt deze fase zich van de latere, officiële werking van het netwerk.

2.1.1 Overlegstructuur

De meeste netwerken kozen hier voor een paritaire ‘x maal vier’ configuratie, waarbij x het aantal netwerkleiden voorstelt. Per netwerkactor werd telkens de voorzitter, de algemeen directeur, de hoofddarts en de voorzitter van de medische raad afgevaardigd.

Dit informeel overlegplatform houdt zich niet enkel bezig met aspecten omtrent governance in de enge zin, maar beraadt zich ook over de strategische fundamenten van het netwerk als samenwerkingsverband. Er worden gesprekken gevoerd over welke ambitie men als netwerk heeft, welke verwachtingen men wel en niet heeft t.a.v. de samenwerking en hoe deze verwachtingen om te zetten in een strategie.

2.1.2 Van individuele naar gedeelde netwerkstrategie

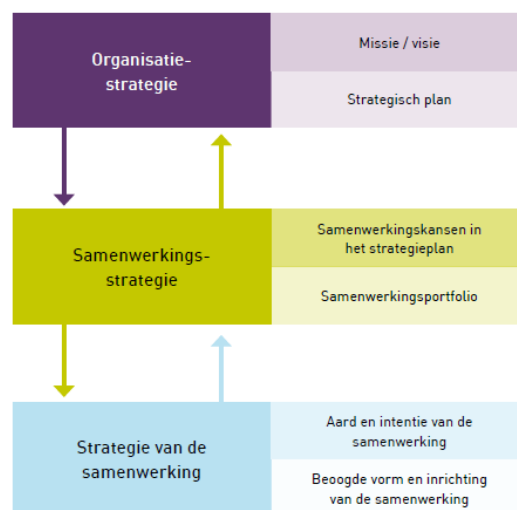
De eerste aanbeveling voor goed bestuur in social profit organisaties luidt, niet toevallig, als volgt: “de visie, missie en waarden geven de identiteit weer van de organisatie; ze worden duidelijk omschreven en worden bekrachtigd door de raad van bestuur en de algemene vergadering. In de visie zijn de leidende principes van maatschappelijk verantwoord ondernemen opgenomen. De visie, missie en waarden vormen samen het referentiekader van de organisatie waaraan alle strategische beslissingen die de organisatie neemt, worden afgetoetst”.³⁶

Een **missie** legt de grondslag van het bestaan en activiteiten van een organisatie en verwoordt het waarom van het bestaan ervan. De **visie** zet de richting uit voor de toekomst en de **waarden** geeft

aan waar de organisatie voor staat. Het geheel van missie, visie en waarden geeft een organisatie een **identiteit**. Om deze woorden in daden om te zetten bedenkt men een plan, een **strategie**, met **doelstellingen** om dit te bereiken. Het geheel van deze activiteiten maakt deel uit van **strategische planning**.³⁷

Naast de individuele strategie van elk ziekenhuis als aparte organisatie, ligt de uitdaging er voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk in om ook een gedeelde netwerkstrategie te ontwikkelen. Dit is niet evident, omdat het netwerk geen eengemaakte organisatie is en voldoende moet passen in/voortbouwen op de **strategieën van de individuele organisaties** waaruit het netwerk bestaat.

Essentieel voor een goede strategie op samenwerkingsniveau is dat ook de omgekeerde beweging wordt ingezet waarbij de strategie van de samenwerking wordt verankerd in de organisatie-strategie.³⁸ Deze wisselwerking wordt gevisualiseerd in Figuur 2.



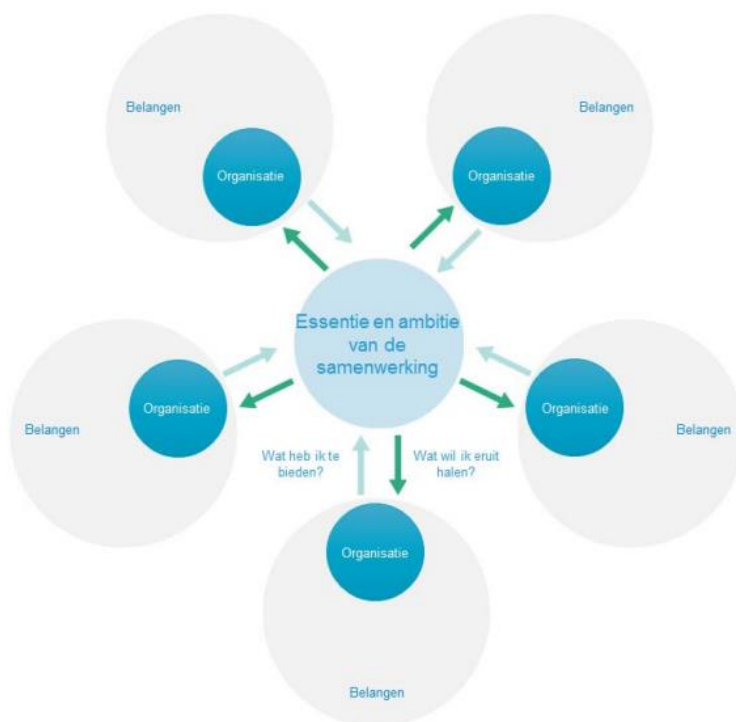
Figuur 2 strategieën van samenwerken (Kaats & Opheij 2014)

De ziekenhuisnetwerken zijn echter niet louter de resultante van de strategieën van individuele ziekenhuizen, maar ook - en volgens sommigen zelfs in de eerste plaats – de resultaten van de **strategie van de mandaterende overheid** die de netwerken ziet als een middel om een publieke taak vorm te geven. Dit maakt het bepalen van een gedeelde netwerkstrategie met andere woorden een complex proces, waarbij er zowel voldoende verbinding tussen ambities van individuele ziekenhuizen als met de ambities van de overheden bereikt moet worden. Toch stelden de respondenten de nood aan samenwerking tussen ziekenhuizen niet in vraag en evenmin het feit dat de overheden hierin een rol te vervullen hebben. *“Wij zijn van in het begin vertrokken met de vaste overtuiging dat de zorg van morgen gebaseerd zou moeten zijn op samenwerking.”* Voorbeelden die men hierbij aanhaalt zijn betaalbaarheid van innovatie, omgaan met hyperspecialisatie, populatiemanagement en personeelsschaarste.

In algemene termen is de gedeelde strategie van alle betrokken actoren idealiter om zoveel mogelijk publieke (meer)waarde voor het geheel van de populatie te creëren via de samenwerking in het netwerk. In de praktijk merken we dat die gedeelde strategie in sommige netwerken zich kon ontwikkelen maar ook dat er heel wat spanningen, onduidelijkheden en conflicterende belangen zijn en blijven. Dit is niet zo verwonderlijk en ook wetenschappelijk blijkt de kennis over hoe in dergelijke contexten strategisch management kan werken beperkt. De stappen en methoden die werken om bijvoorbeeld aan strategische planning te doen in individuele organisaties blijken immers niet zomaar overzetbaar blijken naar een netwerkcontext.^{37,39} Het is bijgevolg ook begrijpelijk dat het voor de Vlaamse ziekenhuisnetwerken vaak zoeken is naar de beste manier om dit proces van gedeelde netwerkstrategiebepaling en -realisatie goed aan te pakken.

Dit spanningsveld wordt deels bevat in onderstaand model van Kaats & Opheij (Figuur 3Figuur 2), waarbij de bijkomende dimensie van de overheidsactoren echter ontbreekt.

“Wij willen ons echt verankeren met de bevolking in onze regio, terwijl als je in een tertiair ziekenhuis zit, komen de mensen eigenlijk voor die expertise en hoogtechnologische zorg, wat wij als kleiner ziekenhuis niet noodzakelijk hebben. Wij moeten meer nadenken over ‘wat denken huisartsen van ons’ ‘wat denken patiënten over ons’. De bestaande identiteit van het ziekenhuis bepaalt ook hoe je je positioneert in het netwerk. Wij moeten leven van de bevolking. Wij moeten het niet hebben van onze technologie enzovoort, maar echt inspelen op de noden van onze bevolking.” (algemeen directeur)



Figuur 3 schematische weergave van afwegen van organisatiebelangen en kern van de samenwerking (Kaats en Opheij 2014)

Actieve strategische oefening

Enkele netwerken waagden zich in de informele fase wel aan een grondige en omvattende denkoefening, al dan niet met externe begeleiding, om het netwerk een identiteit aan te meten, een gezamenlijke ambitie te formuleren voor wie men meerwaarde wil bieden en engagementen uit te spreken die het netwerk wenst op te nemen. In een aantal netwerken werden de uitkomsten van dergelijke oefening verankerd in de statuten. Uit de interviews kwamen drie grote ingangen naar voren om dergelijke aanpak rond op te bouwen en de doelstellingen van het ziekenhuisnetwerk te bepalen:

1. **Doelgroepen** t.o.v. wie men **engagement** wil opnemen
2. Quadruple of quintuple aim
3. Bedrijfseconomische principes

Netwerken van deze eerste groep vertaalden deze oefening in engagementen ten opzichte van diegene die zij identificeerden als te dienen met het netwerk. Het gaat hierbij om patiënten (incl. hun familie), medewerkers (incl. artsen), andere gezondheidszorgactoren in de regio, elkaar als partner en ten opzichte van de maatschappij.

patiënt (incl. familie)	
•goede zorg	
medewerkers (incl. artsen)	
•doorgroeimogelijkheden	
elkaar als partner	
•hoe respectvol met elkaar omgaan	
andere gezondheidszorgactoren in de regio	
•informatiedeling en hulp •ziekenhuizen als schakel in een keten	
maatschappij	
•onderzoek •besteding publieke middelen	

De **tweede groep vertrekt vanuit de Quintuple aim**, een algemeen aanvaarde leidraad voor strategische en operationele doelstellingen in gezondheidszorg die bestaat uit vijf pijlers:

- Verbeteren patiëntervaring en zorgkwaliteit
- Welzijn van personeel en werknemers
- Efficiënt omgaan met middelen
- Verbeteren volksgezondheid

- sociale rechtvaardigheid en inclusie (health equity)

De derde groep focust voornamelijk op de opportuniteiten die de samenwerking biedt voor de individuele organisaties, zoals efficiëntere of zuinigere werking, processen, ...

Sommige netwerken combineerden deze ingangen of benaderingen, bijvoorbeeld door vanuit elk van de 5 pijlers van de quintuple aim te bekijken waar de (veelal economische) opportuniteiten liggen voor de individuele organisaties.

Deze oefeningen bleken waardevol vanuit procesoogpunt, al waren de resultaten op inhoudelijk vlak soms beperkt. Soms slaagde men er niet in om de eerste stappen concreet te maken en een algemene consensus over missie en visie te vertalen in een strategie. Dit houdt in dat er wel consensus over het belang van samenwerking wordt gevonden, maar men (nog) niet tot de concrete invulling komt waarrond samenwerking precies vereist is en wie welke stappen daarin wil nemen. Tegelijkertijd is de vraag in hoeverre er al meer kan verwacht worden in dergelijke informele fase.

(Nog) niet actief aan de slag met strategische planning

Niet alle netwerken maakten al missie- en visieteksten op of tekenden al een samenwerkingskoers uit in deze informele fase. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend:

- Het netwerk was nog niet 'klaar' om hiermee te starten, omdat er nog onvoldoende samenwerkingsdynamiek was.
- Men stelde dergelijke oefening bewust uit tot na een erkenning en/of wilden eerst de uitkomst van lopende fusietrajecten onder de leden afwachten vooraleer de governance van het netwerk verder uit te werken.
- Er werd gewoon weinig aandacht aan besteed.
- Men raakt het niet eens over een identiteit als netwerk omdat partners met een andere ingesteldheid in de samenwerking stappen – we zien drie ingesteldheden in de praktijk:
 - sommige partners zijn niet noodzakelijk enthousiast, maar zien het netwerk als noodzakelijk om te overleven.
 - sommige partners zien de specifieke figuur van het ziekenhuisnetwerk als een verplicht nummer waarin ze niet geloofden en dus ook zo weinig mogelijk inspanningen voor wilden doen. Dit betekent niet dat deze partners niet wilden samenwerken of niet al samenwerkten met anderen, maar dat ze eerder geloof hechten aan organische samenwerking of samenwerking die ze al met anderen hebben, maar die niet noodzakelijk in de figuur van het ziekenhuisnetwerk past.
 - sommige partners benaderen het netwerk eerder positief in functie van de kansen en opportuniteiten die het biedt.

Incremental changes

Het onderscheid tussen bovenstaande groepen hierboven houdt geen waardeoordeel in over de mate of een netwerk al dan niet 'goed bezig' was/is. Wat een geschikte manier is om strategie te bepalen in een gegeven situatie hangt immers ook af van de context, de beschikbare middelen, de aanwezige expertise en de 'willingness' van de geledingen van het ziekenhuis. Doorheen dit rapport komen talrijke voorbeelden aan bod die o.a. de historische, politieke, economische en sociale verschillen tussen ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken illustreren. Een goede strategische koers kan tot slot ook voortvloeien uit kleine initiatieven die bottom-up en eerder informeel tot stand komen.^{37,40}

Het bepalen van strategie is bovendien niet enkel een eenmalig doelbewust proces maar gaat ook over het herevalueren of men nog steeds beschikt over de middelen en mogelijkheden om de vooropgestelde doelstellingen te behalen. Een (bijgestuurde) strategie kan met andere woorden ook ontstaan als reactie op veranderende omstandigheden.³⁷

2.1.3 Finaliteit als struikelblok?

We schetsten het complexe strategische landschap waarin ziekenhuisnetwerken zich bevinden: ze vloeien voort uit de strategie vanuit de overheid en de deelnemende organisaties. Ze vormen als samenwerkingsverband zelf ook een rechtspersoon die publieke doelen nastreeft. Er zit heel wat variatie op de aanpak en algemeen geldt dat geen van de ziekenhuisnetwerken aangeeft dat de netwerkvorming een eenvoudig proces was/is.

Het grootste struikelblok volgens heel wat respondenten is dat de finaliteit die de overheid voor ogen heeft met de netwerken onvoldoende helderheid biedt. Bijgevolg is het volgens diezelfde respondenten, zonder duidelijke richting van de overheid, niet eenvoudig voor netwerken om te definiëren waar ze naartoe willen gaan.

"Maar als je niet weet waar je naartoe gaat, dan ga je ergens terecht komen waar dat je niet wilde zijn. Ik ben kritisch over het gebrek aan leiderschap vanuit de regering bij de opstart van dit initiatief. Als je die stappen niet zet, dan is de rest waardeloos. Dan krijg je chaos, amateurisme en bric-à-brac. Ik weet niet hoe ik het anders moet noemen."(netwerkvoorzitter)

Heel wat respondenten zien het locoregionaal ziekenhuisnetwerk immers voornamelijk als een middel dat de overheid heeft opgezet, zonder echter een duidelijk doel te bepalen. Het lijkt evenmin duidelijk hoe de netwerkfiguur past binnen de ruimere ontwikkelingen in het ziekenhuis- en zorglandschap. De spreekwoordelijke gewenste 'eindtoestand' van overheidswege lijkt te ontbreken als navigatiepunt voor het verder vormgeven van de samenwerkingspraktijk. Sommige respondenten zijn opvallend hard over dit thema en schuwen de grote uitspraken niet. Termen als schuldig verzuim, gebrek aan leiderschap en ondeugdelijk bestuur worden in de mond genomen. Er is duidelijk een groot verschil in verwachtingen of de verwachtingen zijn niet altijd duidelijk.

“In het geval van de netwerken heeft men een goed idee, een goed concept, slecht gedefinieerd en slecht omkaderd waardoor er allemaal interpretaties en variaties ontstaan. En dan krijg je een kakafonie aan invullingen”. (netwerkvoorzitter)

Netwerken ervaren dat ze zelf moeten invullen wat ze als netwerk moeten betekenen, wat ze willen bereiken, waarom ze dat doen, welke doelstellingen ze willen behalen en waartoe hun samenwerking leidt. Enkele respondenten geven aan zich te willen schikken naar de ene dan wel de andere richting, zolang deze richting helder en duidelijk is: hoe zal de overheid de ziekenhuisnetwerken ondersteunen? Welke visie hebben overheden m.b.t. de toekomst van de netwerken? Hoe zullen initiatieven op het terrein worden beoordeeld?

“Ik zal u eens een vraag stellen: kan jij mij zeggen wat nu de finaliteit is van die netwerken? Ik weet het nog altijd niet hoor. Ik heb daar geen antwoord op. Die netwerken en/of die zorgstrategische plannen, gaat men die gebruiken als criterium voor het toekennen van – ik zeg nu maar iets – de VIPA-middelen? Gaat men dat nu gebruiken om federaal middelen toe te kennen? Om bedden toe te kennen? Men is daar niet duidelijk in. Men zegt “Je moet in een netwerk zitten” en “een netwerk moet een zorgstrategisch plan hebben”, omdat de ziekenhuizen verder erkend zouden kunnen worden op basis van hun eigen zorgstrategisch plan en het regionaal zorgstrategisch plan. Ja en dan... wat gaan ze doen met die netwerken die nog altijd geen zorgstrategisch plan hebben? De subsidies afnemen? Dat zou ik toch wel eens willen zien. Als betrokkene van het netwerk en een grote believer vanaf het begin zie ik nog altijd de finaliteit niet van die netwerken. Dat is voor mij een lege doos. Ik ben misschien nogal scherp, maarja...”
(netwerkvoorzitter)

Enkele andere respondenten stellen dat de finaliteit wel duidelijk is, namelijk datgene dat in de wet staat: samenwerken tussen naburige ziekenhuizen met focus op locoregionale zorg. We zien ook zeer verschillende verwachtingen bij respondenten, waarbij sommigen de netwerken op termijn eerder als de kernstructuren in de regionale zorgverlening lijken te zien, terwijl anderen de netwerken eerder als een afstemmings- of zorgstrategisch planningsplatform opvatten.

Er heerst bovendien bezorgdheid over het gebrek aan en/of de onduidelijkheid over de middelen waarover zij op netwerkniveau kunnen beschikken. In deze context wordt een zekere terughoudendheid ervaren om ambitieuze doelstellingen te formuleren op netwerkniveau, uit angst en onzekerheid voor de financiële repercussies van de ingeslagen weg. Het punt rond financiering wordt in meer detail beschreven in hoofdstuk 3: *Middelen van het netwerk*, maar wordt hier al even kort behandeld omwille van de sterke link met de finaliteit van het netwerk. Wanneer men het heeft over middelen, gaat dit in de eerste plaats over geld en over erkenningen. Aangezien ziekenhuizen grotendeels gefinancierd worden met publieke middelen, verwachten ze van deze overheden als financiers dat ze een duidelijke en stabiele toekomstvisie bieden die hen in staat stelt zich daarop te organiseren, afspraken te maken, investeringen te doen, ... met oog op de lange termijn.

Vandaag is er geen netwerkfinanciering voorzien waardoor de (beperkte) middelen moeten ingebracht worden door de leden van het netwerk. De ziekenhuizen worden o.a. gefinancierd op basis van hun erkenningen en activiteit op ziekenhuisniveau. Zonder duidelijkheid over wat de overheden via de netwerken willen bereiken en welke maatstaven daarvoor zullen worden gehanteerd, welke inspanningen op netwerkniveau zouden worden beloond of wat eventueel afgestraft zou worden, blijkt het moeilijk invulling te geven aan de samenwerking zonder de continuïteit van de eigen organisatie in het gedrang te brengen. Respondenten stellen bovendien dat de toekomst van de netwerken onlosmakelijk verbonden is met de visie op de toekomst van de Belgische gezondheidszorg en dat ziekenhuizen als organisatie niet in staat of in positie zijn om zelf het initiatief op te nemen

Dat heel wat respondenten gewag maken over een onduidelijke finaliteit en dat als belangrijkste struikelblok zien om vooruitgang te boeken in hun netwerk, is wellicht ook een indicatie dat het eigenaarschap (in de betekenis van er zelf in geloven en bereidheid tot initiatief) m.b.t. de netwerken bij de ziekenhuizen zelf al bij al beperkt is. De figuur van de ziekenhuisnetwerken lijkt in de eerste plaats weggezet te worden als iets dat de overheid wil/wat van de overheid moet, eerder dan een figuur waarin ze de vrije ruimte die gelaten wordt maximaal invullen en zich eigen maken voor hun eigen ambities. Dit is mede ingegeven door het wetgevende en financiële kader waarin ze opereren.

Een andere opmerkelijke vaststelling omtrent de finaliteit is dat bij heel wat respondenten het idee leeft dat de overheid de netwerken eigenlijk als een voorbode op fusies in het veld zette. *“Ook voor ons als directie is dat nog altijd een beetje moeilijk, wat in het duister tasten waar dat de overheid echt in de finaliteit wil met die netwerken. Wil zij eigenlijk 13 grote gefusioneerde ziekenhuizen? Ik zeg het een beetje kort door de bocht. Of is het inderdaad organisch, stap-voor-stap een soort convergentieproces? Dat blijft onduidelijk.”* (algemeen directeur) Er is sinds een aantal jaren een duidelijke tendens waarbij ziekenhuizen zich met elkaar integreren en fuseren. Sommige respondenten vinden dit een goede ontwikkeling, maar anderen formuleren kritische bedenkingen bij grote fusieziekenhuizen, zoals de vraag in hoeverre deze consolidaties en integraties effectief bijdragen tot een rationalisatie van het zorgaanbod en een performantere gezondheidszorg of de mate van beheersbaarheid van te grote ziekenhuizen.

Sommige respondenten vermoeden een verborgen finaliteit vanuit de overheden, namelijk dat de ziekenhuisnetwerken bedoeld zijn om de beddencapaciteit verder af te bouwen, en zijn om die reden zeer achterdochtig. Sommigen zien dit zelfs als een duidelijke finaliteit, verwijzend naar overheidscommunicatie waarin netwerken direct of indirect worden gelinkt aan beddenafbouw of besparingen. Op dat vlak stellen sommige respondenten de vraag of, indien dat de finaliteit zou zijn, er geen eenvoudigere manieren zijn om dit te bereiken dan *“een ingewikkelde constructie zoals een netwerk opzetten”* (netwerkvoorzitter).

In de sector leeft de indruk dat dat eerst een exhaustieve wetgeving werd gemaakt rond de netwerken, om pas nadien na te denken over de finaliteit van deze netwerken.

De bestuurlijke context evolueerde ook doorheen de tijd, aangezien het implementatieproces op federaal niveau twee legislaturen bestreek, met verschillende ministers met een verschillende dynamiek. Waar het plan en de wetgeving voortkomen uit het beleid van minister Maggie De Block, gebeurde de opstart en operationalisering eerder onder minister Frank Vandenbroucke. De perceptie leeft bij respondenten dat de bevoegde federale en regionale ministers zich niet sterk maken voor de netwerken en er zelf niet in geloven. Minister Frank Vandenbroucke geeft ook zelf aan dat hij lang getwijfeld heeft over wat te doen met de ziekenhuisnetwerken en deze figuur eerder beschouwt als iets wat hij heeft geërfd van zijn voorganger.

“De vorige regering heeft het initiatief genomen om ziekenhuisnetwerken te creëren, wat absoluut een goede zaak was. Alleen hebben die netwerken in de praktijk niet altijd de meest ideale vorm aangenomen. De doelstelling is duidelijk: aan populatiemanagement doen en vanuit zo’n ziekenhuisnetwerk dus een bepaalde regio bedienen op een coherente manier. Helaas blijkt nu dat de huidige netwerken zeer ongelijk zijn qua populatie-omvang en dat je in een aantal subregio’s netwerken hebt die elkaar binnen hetzelfde territorium vlijmscherp beconcurreren. Dat is uiteraard niet de bedoeling. In Vlaanderen stelt zich dat meer dan in Franstalig België. Ik heb getwijfeld wat ik hiermee zou doen, want eigenlijk is dat geen goede structuur. Maar in de politiek moet je soms durven te beslissen om aan een nieuw hoofdstuk te beginnen, in plaats van telkens opnieuw hetzelfde hoofdstuk te herschrijven. Na enige twijfel heb ik voor mezelf dus de knop omgedraaid. We gaan met de huidige netwerken aan de slag.” (Frank Vandenbroucke - Zorgwijzer 29/06/2022)

Tijdens de COVID-19 pandemie heersten uiteraard andere prioriteiten en bleef er weinig beleidsruimte over om grote ambities omtrent de netwerkontwikkeling te formuleren.

Andere respondenten geven echter aan dat de ziekenhuizen zelf tijdens het beleidsvormend proces erop aandrongen om als overheid niet te sturend op te treden en voldoende ruimte tot invulling over te laten aan de sector zelf.

Het is in duidelijk dat dit verder debat vergt tussen ziekenhuizen, netwerken en overheden. De ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken zijn immers zoekende naar de finaliteit die onlosmakelijk verbonden is aan de finaliteit van de gezondheidszorg. Daarbij lijkt er wel eensgezindheid dat de quintuple aim pijlers in gezondheidszorg hiervoor het uitgangspunt vormen, maar leeft de (open) vraag in welke mate de ziekenhuisnetwerken hiertoe kunnen bijdragen en wat overheden moeten doen om de juiste context te helpen creëren voor een optimale samenwerking tussen zorgactoren.

2.2 DE GOVERNANCE VAN EEN ZIEKENHUIS

Om de governance van de ziekenhuisnetwerken goed te begrijpen, is het zinvol om kort de governance van individuele ziekenhuizen te bespreken. Net als bij het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, worden de verschillende bestuursorganen van het ziekenhuis gereguleerd door

een combinatie van de ziekenhuiswet, de vzw-wetgeving (private ziekenhuizen)¹ en de OCMW-wet⁴¹ (publieke ziekenhuizen). Centraal in de governance van het ziekenhuis bevindt zich de driehoekige structuur bestaande uit het bestuursorgaan, de directie (incl. hoofddarts) en de medische raad. Ook de medische diensthoofden spelen een belangrijke rol. Het is echter de moeite waard op te merken dat er heel wat variatie bestaat in onderlinge verhouding, gewoontes en betrokkenheid van stakeholders. Deze verschillen tussen de governance van individuele ziekenhuizen leiden tot discussie of overeenstemming, en de compromissen die hierdoor tot stand komen vormen mee de uiteindelijke 'governance' van het netwerk.

Wat betreft deze stakeholders, zijn er publieke ziekenhuizen waar er nog sprake is van een sterke **aanwezigheid van lokale politiek**, in tegenstelling tot andere netwerkziekenhuizen waar dit nooit het geval is geweest. Het is niet eenvoudig om op netwerkniveau het ene dan wel de andere benadering te kiezen. Dit kan resulteren in een politieke discussie waarvan men verwacht dat de situatie zal milderen na de gemeenteraadverkiezingen. Respondenten geven immers aan dat de lokale besturen en hun vertegenwoordigers in publieke ziekenhuizen sterk redeneren vanuit ziekenhuisactiviteiten op hun grondgebied en soms moeilijker de ruimere regionale noden en opportuniteiten zien.

Daarnaast verschilt **de rol van het bestuursorgaan** van ziekenhuis tot ziekenhuis. Dit varieert van puur strategisch toezicht, waarbij het zwaartepunt voor beleidsvorming ligt bij de ziekenhuisdirectie, tot daar waar het bestuursorgaan zich ook focust op operationele beslissingen. In dat laatste geval zijn vergaderingen een pak intensiever, met uitgebreide agenda's en een duurtijd die meer dan een halve dag kan bestrijken. Een bijkomende variatie in bestuurscultuur is **de mate waarin dossiers en standpunten vooraf worden doorgesproken**. Er zijn ziekenhuizen waarbij voorbereiding en voorafgaandelijke afstemming de norm zijn, waarbij men op voorhand quasi exact kan voorspellen hoe de vergadering zal verlopen. Eventuele spontane discussies en moeilijke vragen worden ontmoedigd. In contrast hiermee staan ziekenhuizen waarbij het bestuursorgaan een forum is voor open debat en een meer onvoorspelbaar verloop kent.

Een ander belangrijk verschil is de mate van (strategisch en financieel) **medezeggenschap van de artsen** en de verhouding van directie tot de medische raad. Aan de ene kant van het spectrum zien we ziekenhuizen met een jarenlange traditie waarbij artsen als partner deel uitmaken van het bestuursorgaan. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich ziekenhuizen waar de medische raad en directie/bestuursorgaan opereren in een conflictmodel. De interactie verloopt in eerder vijandige sfeer met kenmerkend veelvuldig juridisch advies. Waar deze conflicten op

¹ De vzw-wetgeving is sedert 2019 volledig geïntegreerd in het nieuwe Wetboek Venootschappen en Verenigingen.

ziekenhuisniveau veeleer gaan over financiële zaken, speelt dit op netwerkniveau echter minder een rol.

In een aantal ziekenhuizen maakt men gebruik van een **permanent overlegcomité (POC)**. Dit is een overlegorgaan waarbij afgevaardigden van de medische raad en het bestuursorgaan via direct overleg tot consensus trachten te komen. Dit is echter niet in alle ziekenhuizen gebruikelijk.

Fusieprocessen spelen eveneens een rol bij het vormgeven van de bestuursafspraken op netwerkniveau. Ziekenhuizen in een fusietraject buigen zich eerst over het definiëren van hun nieuwe governancemodel op ziekenhuisniveau, alvorens dat dan door te proberen vertalen naar het netwerkniveau.

Tot slot kennen heel wat Vlaamse ziekenhuizen een historiek van **bestuursmandaten in elkaars bestuursorganen of komt het voor dat men gezamenlijk een derde ziekenhuis uitbaat**. Dit maakt dat er sterke connecties tussen ziekenhuizen verankerd zijn die soms de netwerkgrenzen overschrijden, maar betekent ook dat er uiteenlopende belangen en -conflicten kunnen bestaan.

De respondenten geven aan dat het moeilijk is om te zeggen wat het beste model is. Bovendien erkennen ze dat een aanpassing of overgang naar een gewijzigd model **aanpassingstijd** vraagt. Men verwijst ook naar de lopende hervormingen in de ziekenhuisfinanciering, die mogelijks een hefboom kunnen betekenen voor het wijzigen van de lokale governance van het ziekenhuis. In dit licht woedt momenteel ook volop de co-governance discussie in de Belgische ziekenhuiswereld. Dit valt echter buiten de scope van dit rapport, maar kan in de toekomst niet los gezien worden van de verdere netwerkontwikkeling.

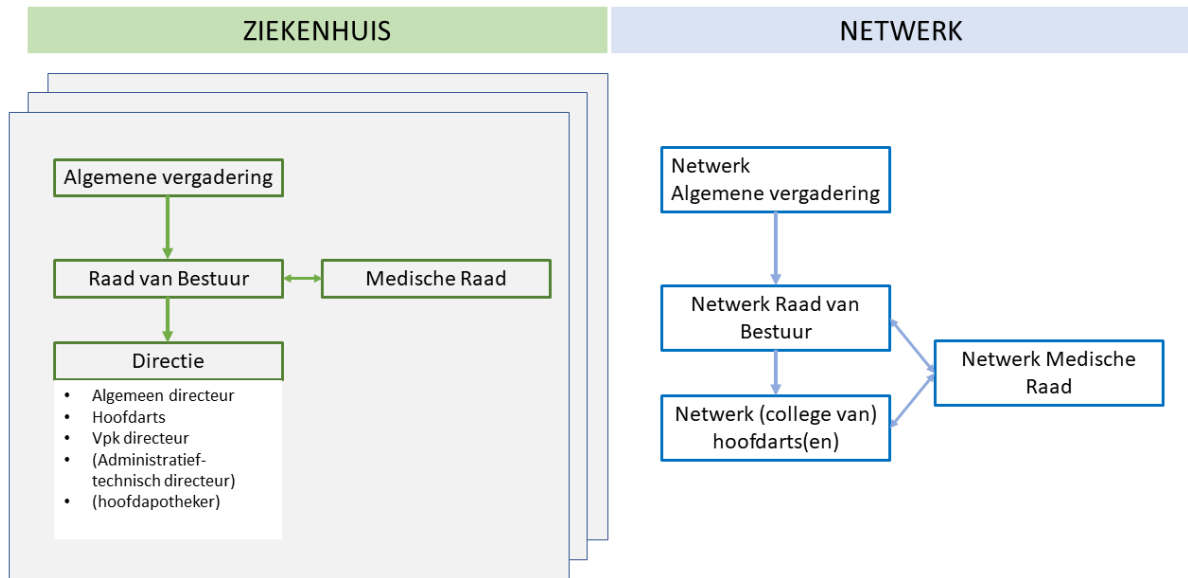
2.3 DE WETTELIJKE GOVERNANCE BEPALINGEN VOOR LOCOREGIONALE KLINISCHE ZIEKENHUISNETWERKEN

De wettelijke bestuursstructuur van het netwerk lijkt heel sterk op bestuursstructuur van een individueel ziekenhuis, maar dan met een 'netwerk'-voorvoegsel en aangepaste bevoegdheid. Elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk blijkt verder in de praktijk een vzw en moet bijgevolg ook voldoen aan de vzw-wetgeving. Deze wetgeving omvat het inrichten van een Algemene Vergadering en een Raad van Bestuur, hun samenstelling, hun onderlinge verhouding en hun verantwoordelijkheden.

2.3.1 Algemeen beheer

Wanneer de ziekenhuiswet spreekt over 'het beheer', omvat dit het geheel van Algemene Vergadering en Raad van bestuur. In tegenstelling tot locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, hebben niet alle ziekenhuizen een vzw-statuuut, waardoor hierbij andere beheersstructuren van toepassing kunnen zijn naargelang hun juridisch statuut. Aanvullend op de vzw-wetgeving legt de ziekenhuiswet enkele sectorspecifieke bijkomende bestuursvereisten op voor zowel de individuele

ziekenhuizen als de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. Beide modellen lijken sterk op elkaar, zoals de volgende figuur en tabel illustreren.



Samenstelling beheer van het netwerk	▪ Elk ziekenhuis heeft minstens 1 vertegenwoordiger die ook deel uitmaakt van beheer ziekenhuis ▪ Minstens 1 onafhankelijk bestuurder ▪ Minstens 1/3^e expertise in gezondheidszorg ▪ Minstens 1 arts die geen ziekenhuisarts is in één van de ziekenhuizen van het netwerk
Taken van het beheer van het netwerk (ziekenhuiswet art 17/2)	1. Bepalen van de strategie inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten 2. Coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk 3. De toegankelijkheid van alle locoregionale zorgopdrachten waarborgen aan alle patiënten die de betrokken ziekenhuiszorg nodig hebben 4. De keuze van de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, het maken van verwijs- en terugverwijsafspraken en sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten

	5. Het formuleren van een opnamebeleid voor het voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waardoor onder meer wordt gegarandeerd dat de patiënt de zorg ontvangt die aan zijn behoeften is aangepast 6. Het formuleren van taak- en werkafspraken met inbegrip van verwijs- en terugverwijsafspraken met betrekking tot de zorg van de patiënten binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de zorgcontinuïteit binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk 7. Het vastleggen van schriftelijke afspraken over het ter beschikking stellen van middelen, waaronder financiële middelen, noodzakelijk voor de uitvoering van de opdrachten van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk 8. Het overleg plegen omtrent de aangelegenheden die de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk op netwerkniveau ter discussie voorleggen.
--	--

Naast deze minimale taken van het locoregionaal klinisch netwerk, beschrijft de ziekenhuiswet een aantal bevoegdheden die kunnen worden overgeheveld van ziekenhuis naar netwerkniveau (art 157/1). Dit zijn:

- 1) De **vergoeding van de ziekenhuisartsen**: artsen kunnen op verschillende manieren vergoed worden. Binnen eenzelfde ziekenhuis kunnen meerdere regelingen gelden.
 - a. Per prestatie
 - b. Prestaties worden gepoold op dienst- of ziekenhuisniveau en vervolgens verdeeld onder deelnemende artsen
 - c. Prestaties worden gepoold, arts ontvangt hier een contractueel of statutair bepaald deel van
 - d. Salariëring (forfaitaire vergoeding)
 - e. Vaste vergoeding eventueel aangevuld met een aandeel uit de pool 'vergoedingen per prestatie'⁶
- 2) De **centrale inning van de honoraria van de ziekenhuisdiensten**. De prestaties voor gehospitaliseerde patiënten worden altijd centraal geïnd (dit wil zeggen door een ziekenhuisoverkoepelende dienst). Prestaties uitgevoerd voor niet-gehospitaliseerde patiënten kunnen zowel centraal als decentraal geïnd worden. In elk van deze opties wordt een algemene regeling opgemaakt, waar de financiële afspraken omtrent afdrachten worden vastgelegd tussen beheerder en medische raad.
 - a. Bij een **centrale inning** ontvangt een centraal orgaan van het ziekenhuis de vergoedingen voor de geleverde prestaties. De inningsdienst kan georganiseerd worden door de beheerder, maar ook een dienst ingericht door de Medische Raad

zijn. Er worden afspraken gemaakt tussen de beheerder en het artsencorps over welk deel van het geïnde bedrag toekomt aan de artsen en welk deel aan het ziekenhuis.

- b. Bij een **decentrale inning** ontvangt de arts die de prestatie leverde rechtstreeks de vergoeding. Op basis van afspraken gemaakt tussen beheerder en artsencorps, wordt een deel van dit bedrag overgemaakt aan het ziekenhuis⁶
- 3) Het **garanderen van een opname zonder ereloon** en informeren van de patiënt over de conventioneringsstatus van de artsen ⁶
- 4) De **algemene regeling** omschrijft de rechtsverhouding tussen het ziekenhuis en de artsen, de organisatie- en (financiële) werkvoorwaarden. Het omvat o.a. ook de financiële regeling die onder punt 2 werd beschreven⁶

Dergelijke overheveling moet telkens worden goedgekeurd door elk van de medische raden van de ziekenhuizen.

2.3.2 Medisch beleid

De ziekenhuiswet beschrijft twee medische organen/funcities: de medische raad van het netwerk als een adviserend orgaan en de netwerkhoofdarts die instaat voor de organisatie en uitvoering van medisch beleid waarover het netwerk een beslissing heeft genomen.

De uitvoering van de medische componenten van taken die hierboven staan beschreven vallen onder de verantwoordelijkheid van een **netwerkhoofdarts of een college van netwerkhoofdartsen** dat bestaat uit de hoofdartsen van de individuele ziekenhuizen. De ziekenhuiswet schrijft voor dat de netwerkhoofdarts (of college van netwerkhoofdartsen) beslissingen neemt in nauw overleg met het beheer van het netwerk en de medische raad van het netwerk. Hiertoe beschikt hij over (niet-discretionaire) instructiebevoegdheid ten opzichte van de artsen van de individuele ziekenhuizen en deze beslissingen primeren bovendien op de beslissingen van de individuele hoofdartsen. In de praktijk opteren ziekenhuisnetwerken voor het systeem van een college van netwerkhoofdartsen waardoor deze individuele beslissingsmacht van een netwerkhoofdarts eerder een theoretisch gegeven is. Dergelijke aanstelling is voor onbepaalde duur, tenzij een netwerk dat in het medisch reglement anders bepaalt.

De **medische raad van het netwerk** is het orgaan dat de artsen een stem geeft in de besluitvorming van het netwerk voor wat betreft medische aangelegenheden. Voor een aantal onderwerpen fungeren zij als adviesorgaan, waarbij het beheer het advies naast zich kan neerleggen. Er is bovendien ook nog medebeslissingsrecht voor heel wat andere onderwerpen. Net als in het ziekenhuis zijn bij wet allerlei procedures omschreven om bij onenigheid tussen (netwerk) medische raad en (netwerk) bestuur alsnog tot consensus te komen. Het is hierbij opmerkelijk dat het medebeslissingsrecht van de medische raad van het netwerk uitgebreider is dan op ziekenhuisniveau. De medische raad van het netwerk moet bestaan uit artsen die rechtstreeks

verkozen worden door de artsen van de individuele ziekenhuizen en waarbij elk ziekenhuis minstens 1 arts-vertegenwoordiger heeft. Dit mandaat geldt voor 3 jaar. Het is echter wel zo dat een uitzondering wordt voorzien tijdens de eerste 5 jaar (inmiddels verlengd tot 7 jaar) na oprichting, waarbij men de verkiezingsprocedure mag vervangen door een delegatie van afgevaardigden van de medische raden van de individuele ziekenhuizen.

De medische raden van de ziekenhuizen kunnen bevoegdheden overhevelen van het ziekenhuis naar het netwerkniveau, maar de uitbating blijft wel bij één of meerdere ziekenhuizen.

2.4 BESTUURSORGANEN VAN HET LOCOREGIONAAL KLINISCH ZIEKENHUISNETWERK

Elk van de Vlaamse ziekenhuisnetwerken koos voor een vzw-structuur. Hierdoor moeten zij niet enkel voldoen aan de ziekenhuiswet, maar ook aan de vzw-wetgeving. Naast de wettelijke bestuursorganen van het netwerk zijn er ook andere organen. Deze komen dikwijls voort uit wat men kent vanuit het ziekenhuisniveau (bijvoorbeeld POC) of als voortzetting van een werkwijze tijdens de informele fase van netwerkvorming (bijvoorbeeld CEO-comité). Hieronder worden de verschillende bestuursorganen besproken zoals deze worden toegepast door de Vlaamse ziekenhuisnetwerken.

2.4.1 ALGEMENE VERGADERING en RAAD VAN BESTUUR

De vzw-wetgeving stelt dat elke vzw een algemene vergadering moet inrichten. De algemene vergadering is het hoogste orgaan binnen de vzw en komt gewoonlijk minstens één keer per jaar samen. Tijdens deze bijeenkomsten hebben de leden stemrecht en nemen ze beslissingen. Deze beslissingen omvatten onder meer opstellen en wijzigen van de statuten van de vzw, de benoeming en ontslag van de leden van het bestuursorgaan, de goedkeuring van jaarrekeningen en begrotingen en andere cruciale aangelegenheden die de koers en activiteiten van de vzw beïnvloeden.

Het bestuursorgaan heeft de taak om het beleid van de vzw uit te voeren dat is vastgelegd door de algemene vergadering. Dit omvat het nemen van strategisch-operationele beslissingen en het beheren van financiën en andere middelen. De leden van het bestuursorgaan worden aangesteld door de algemene vergadering.

In de meeste ziekenhuisnetwerken is er in de feiten weinig verschil op te merken tussen de algemene vergadering en het bestuursorgaan. Hun samenstelling is quasi identiek (op een wettelijke plus één na), hun vergadering volgen elkaar op en de besluitvorming in de algemene vergadering is vaak slechts een administratieve bekrachtiging van wat eerder in het bestuursorgaan al afgesproken werd. Men beschrijft dit – op enkele netwerken na - doorgaans dan ook als een verplicht nummer. Om deze reden zullen deze organen niet apart besproken worden en gelden de

bevindingen voor beide organen. Waar er wel verschillen zijn, zullen deze expliciet worden besproken.

2.4.1.1 Samenstelling

Alle netwerken maken onderscheid tussen stemgerechtigde en waarnemende leden. In elk netwerk bestaat het bestuursorgaan van het netwerk minstens uit de voorzitters van het bestuursorgaan van de individuele ziekenhuizen. Meestal wordt dit aangevuld met een tweede of derde stemgerechtigde afgevaardigde uit het bestuur van de individuele ziekenhuizen. Het valt op dat vooral netwerken met een groot aantal leden kiezen voor één afgevaardigde per ziekenhuis, terwijl netwerken met minder partners kiezen voor meerdere bestuurders per ziekenhuis. In beide gevallen probeert men het aantal voldoende beheersbaar te houden, waarbij het aantal **stemgerechtigde leden** van de RvB tussen de 9 en 13 personen schommelt. Er is één uitschieter met 18 stemgerechtigde leden die echter naar 10 stemgerechtigde leden wilt evolueren.

De respectievelijke voorzitters van het bestuursorgaan van elk ziekenhuis maken steeds deel uit van het bestuursorgaan van het netwerk. Het profiel van de tweede en derde afgevaardigde per ziekenhuis (wanneer van toepassing) varieert. In sommige netwerken werd afgesproken dat minstens 1 afgevaardigde van het ziekenhuis een medisch profiel moet hebben of een onafhankelijk bestuurder is. In enkele ziekenhuizen werd rekening gehouden met het geheel van bestuurders bij aanstelling om een goede mix te verkrijgen tussen expertise en representativiteit. In de meeste netwerken is deze 2^e en 3^e afgevaardigde vrij in te vullen door elk van de ziekenhuizen (eigen voordracht).

Als waarnemend lid sluit minstens 1 algemeen directeur aan, die als vertegenwoordiger optreedt van alle algemeen directeurs. Meestal sluiten zij echter allemaal aan als waarnemend lid, net als de hoofdartsen van de individuele ziekenhuizen en de voorzitters van de medische raad. Andere profielen die soms als waarnemend lid de bestuursvergaderingen bijwonen zijn andere directieleden van de ziekenhuizen, of voorzitters van netwerkcomités.

Tabel 1 overzicht van de samenstelling van raad van bestuur en algemene vergadering van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken

	Geldig voor alle netwerken	Geldig voor sommige netwerken
Stemgerechtigd	- Voorzitter bestuursorgaan ziekenhuis - Onafhankelijk bestuurder	Tweede of derde afgevaardigde bestuursorgaan ziekenhuizen

Waarnemend	▪ 1 algemeen directeur	▪ Voorzitter netwerk-medische raad ▪ Algemeen directeur elk ziekenhuis ▪ Voorzitter medische raad elk ziekenhuis ▪ Hoofddarts elk ziekenhuis ▪ Voorzitter netwerk zorgcomité ▪ Voorzitter verpleegkundig comité
------------	--	--

Aangezien het gros van de leden van de het bestuursorgaan en de algemene vergadering bestaat uit bestuurders van de individuele ziekenhuizen, is het voldoen aan de voorwaarde dat minstens 1/3 bestuurders ervaring heeft in gezondheidszorg slechts een formaliteit.

In enkele netwerken werd het **duurtijd van het mandaat** van de bestuurders gedefinieerd, variërend van 4 tot 6 jaar. Voor andere netwerken was het mandaat ongedefinieerd of was de respondent niet op de hoogte.

Op één netwerk na maakt het gehele bestuursorgaan van het netwerk deel uit van de Algemene vergadering en wordt deze aangevuld met 1 of enkele bijkomende leden. Deze bijkomende leden zijn ofwel een bijkomende vertegenwoordiger per ziekenhuis dat deel uitmaakt van het netwerk ofwel onafhankelijke leden.

Niet in alle netwerken zijn ziekenhuisartsen vertegenwoordigd als (waarnemend) lid in het bestuursorgaan, maar dan wordt wel een formeel overleg ingericht waarbij medische raad en bestuur met elkaar in dialoog gaan over medische beleidszaken.

Profiel onafhankelijk bestuurder

De ziekenhuiswet stelt dat minstens één van de leden van het bestuursorgaan een onafhankelijk bestuurder moet zijn en dat bovendien minstens 1 bestuurder een arts moet zijn die niet werkzaam is in één van de ziekenhuisleden. De invulling van deze voorwaarde verschilt sterk tussen de netwerken en resulteert in een mix van profielen:

- (Ex-) topmanagers van grote private bedrijven uit diverse sectoren, al dan niet gerelateerd aan gezondheidszorg (MedTech, informatica)
- Actieve of ex- topmanagers in gezondheidssector: hulpverleningsorganisatie, ziekenhuis
- Voormalige gezagsfuncties in publieke sector: decaan, rector, minister, burgemeester
- Consultants met diverse bestuurservaring

In geval men voor de Algemene Vergadering van het netwerk koos voor bijkomende onafhankelijke AV-leden die geen deel uitmaken van de het bestuursorgaan van het netwerk, hebben deze steeds een medisch profiel maar waren ze werkzaam in een andere sector. Dit was volgens respondenten een bewuste keuze om de strategische beslissingen op netwerkniveau vanuit een andere

invalshoek af te toetsen. Andere stemmen merken daarentegen op dat de aanwezigheid van onafhankelijke bestuurders ertoe leidt dat ziekenhuismanagers terughoudend zijn om hun interne keuren te delen, waardoor weinig inhoud wordt besproken op het bestuursorgaan AV en mede hierdoor het zwaartepunt naar CEO-of hoofdartsenoverleg verschuift.

2.4.1.2 Vergaderfrequentie

Er is een opmerkelijk verschil in vergaderfrequentie tussen de verschillende netwerken, gaande van maandelijks (bestuursorgaan) of halfjaarlijks (AV) tot jaarlijks.

2.4.1.3 Bevoegdheden

Waar de activiteiten van de Algemene Vergadering beperkt zijn tot de strikt wettelijke taken en het bekrachtigen van de besluiten van het bestuursorgaan, kent het bestuursorgaan een bredere agenda.

Administratief wordt de overheidscommunicatie besproken die de voorzitter ontving. Voor een aantal acties gesteld door een ziekenhuis dat deel uitmaakt van het ziekenhuisnetwerk, moet de voorzitter als vertegenwoordiger van het netwerk verklaren dat het netwerk hiermee instemt. Het informeren van de netwerkpartners over de inhoud en context van betreffende aanvraag wordt meestal proactief door het aanvragende ziekenhuis geagendeerd op het bestuursorgaan van het netwerk, maar durft al eens over het hoofd gezien worden. Het informeren van de netwerkpartners is nog niet overal als reflex ingebakken, zo blijkt uit de gesprekken. Proactief dan wel reactief, geeft men de toelichting doorgaans onder de vorm van een presentatie waarna ruimte is voor vragen en men kan overgaan tot akkoord. Daarnaast zijn nog een aantal andere administratieve taken eigen aan het in stand houden van een vzw waarop hier niet verder in detail wordt gegaan.

Eerder dan als centrale plaats voor een besluitvormingsproces, gebruikt men de Raad van Bestuur van het netwerk eerder als informatiekanaal om elkaar op de hoogte te houden van de ontwikkelingen in de eigen ziekenhuizen. Respondenten merken op dat dit vaak beperkt is tot het goede nieuws, maar dat men wel steun en advies bij elkaar zoekt voor moeilijkere vraagstukken of uitdagingen in hun ziekenhuizen, maar dan via informeler overleg in beperkte groep.

De afgelopen maanden en jaren vormde het regionaal zorgstrategisch plan in veel ziekenhuisnetwerken de kernmaterie, al werden de discussies doorgaans niet gevoerd op het niveau van het bestuursorgaan. De afstemming hierrond werd meestal uitgevoerd door de x maal 4 configuratie waarvan sprake in de informele fase en bevatte minstens de algemeen en medisch directeurs, met continue terugkoppeling naar de eigen achterban. De input van het bestuursorgaan van het netwerk beperkte zich tot het eventuele aanstellen van consultants en vastleggen van overeenstemmende budgetten, en het formeel goedkeuren van het vooraf afgestemde zorgstrategisch plan. Aangezien dit tot stand kwam door onderhandeling tussen

ziekenhuizen – zij het niet per se via de officiële organen van het netwerk – zijn de afgevaardigde ziekenhuisleden van het bestuursorgaan wel goed geïnformeerd doordat dit op het bestuursorgaan van het individuele ziekenhuis uitgebreid aan bod kwam. Beslissingen die verband houden met het HOST-project (cfr. Infra) worden meestal ook telkens op niveau van het bestuursorgaan van het netwerk besproken.

Netwerken die (strategische) werkgroepen installeerden voorzien ook ruimte in het bestuursorgaan om verslag uit te brengen van de activiteiten van deze werkgroepen.

Het viel op dat de netwerktaken die in de ziekenhuiswet worden beschreven maar door enkele respondenten werden aangehaald. Het gaat dan om het waarborgen van toegankelijkheid, keuze van referentiepunten, het maken van (terug)verwijsafspraken, Enkele belangrijke nuances hierbij zijn dat op het moment van gegevensverzameling nog niet alle netwerken operationeel waren en dat dit ook deel uitmaakt van de zorgstrategische plannen. Echter, de agenda van het bestuursorgaan is veelal geen weerspiegeling van de gesprekken die ziekenhuizen met elkaar voeren. Net als bij de opmaak van de zorgstrategische plannen is het zo dat dit type van overleg en afstemming veelal plaatsvindt tussen de leden van het ziekenhuisnetwerk, maar naast of buiten de figuur van de ziekenhuisnetwerken en de bijhorende governance organen. In een aantal netwerken wordt wel consequent de stand van zaken inzake de lopende samenwerkingen – al dan niet bestaande naast de netwerkfiguur – besproken op het bestuursorgaan.

Er wordt momenteel geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om bevoegdheid over te dragen van het individuele ziekenhuis naar het niveau van het ziekenhuisnetwerk.

“Maar het netwerk an sich... We hebben vorige maand onze vergadering van het netwerk uitgesteld omdat we doorgewoont geen punten op de agenda hadden, omdat er gewoon niets te bespreken valt.”(algemeen directeur)

Een aantal respondenten is zeer kritisch over het gebrek aan inhoud van het bestuursorgaan van het netwerk. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald, zoals de aanwezigheid van onafhankelijke bestuurders en het gebrek aan beslissingsbevoegdheid. We bespreken deze redenen in meer detail.

Terughoudendheid omwille van aanwezigheid onafhankelijk bestuurders

Een aantal onafhankelijke bestuurders van het netwerk zijn verbonden aan andere ziekenhuizen en/of netwerken waardoor een zeker voorbehoud leeft om strategische materies in hun aanwezigheid te bespreken. Dit speelt overigens niet enkel bij onafhankelijke netwerkbestuurders, maar ook bij bestuurders afgevaardigd door de individuele ziekenhuizen. Bestuurders van ziekenhuizen kunnen ook verbonden of werkzaam zijn in een wegens afstand niet-concurrentieel ziekenhuis, maar zich in een netwerk bevinden waar één of meerdere ziekenhuizen zitten die gezien hun ligging wel concurrentieel zijn ten opzichte van het ziekenhuis waaraan de bestuurder

verbonden of werkzaam is. Er rijzen dus vragen met betrekking tot de mate waarin bestuurders effectief als 'onafhankelijk' gezien worden door andere bestuursleden en de perceptie van mogelijke belangenconflicten die een open debat in de weg staan.

Gebrek aan beslissingsbevoegdheid

Respondenten geven ook aan dat het zowel voor de ziekenhuizen als voor de netwerkbestuurders niet altijd duidelijk is waarvoor het netwerk dan wel het ziekenhuis bevoegd is. Hierbij legt men steeds ook de link naar de verantwoordelijkheid die in het huidige systeem nog steeds exclusief bij de individuele ziekenhuizen ligt. Men geeft aan dat er momenteel niet echt sprake is van een duidelijke bevoegdheidsverdeling, maar dat het huidige model eerder een duplicatie van besluitvorming inhoudt, waarbij zowel het ziekenhuis als het netwerk zonder differentiatie verantwoordelijk zijn voor bepaalde zaken. Bijgevolg vinden sommige respondenten het weinig zinvol om hier tijd in te investeren waarbij zij de netwerk Raad van Bestuur als iets overbodig beschouwen.

Een aantal respondenten geeft aan dat sommige netwerken wel plannen hebben om in de toekomst de netwerkorganen actiever te gaan gebruiken en geven volgende mogelijke agendapunten aan: (1) investeringen in dure materialen, (2) ontwikkeling van subspecialisatie op 1 site en (3) netwerkoeverkoepelende financiële regelingen.

2.4.1.4 Agenda en verslag

Wordt besproken onder het deel 2.5.3 *Netwerksecretariaat* (zie verder)

2.4.2 Dagelijks bestuur

Het dagelijks bestuur verwijst hier naar het overlegplatform dat operationeel de leiding neemt in het netwerk. In de verschillende netwerken kent dit andere benamingen, meestal verwijzend naar hun samenstelling, zoals het CEO-comité, het coördinatiecomité, het overleg directeurs-hoofddartsen, De rode draad doorheen deze samenstellingen is dat de algemeen directeurs steeds betrokken zijn. In één netwerk ligt het zwaartepunt van de besluitvorming bij de hoofddartsen, bij andere netwerken zijn dit de algemeen directeurs.

In sommige netwerken werd dit dagelijks bestuur als zodanig benoemd in statuten en/of reglement, in andere netwerken niet en is dit informeler van aard. Het is niet altijd eenvoudig om een oordeel te vellen of dit dagelijks bestuur al dan niet kan beschouwd worden als een orgaan van het netwerk. De materie die wordt besproken blijkt vaak veel ruimer dan de netwerkcontext. Zo kan dit een forum zijn waarop algemeen directeurs problemen uit hun eigen ziekenhuis ter advies kunnen voorleggen aan collega-directeurs, wordt informatie over de ziekenhuizen en hun werking uitgewisseld, helpt men elkaar met investeringsvraagstukken, ... Het is dus vaak een veel meer informele

ontmoetingsplaats dan de formele bestuursorganen, een plaats waar in openheid met elkaar kan overlegd worden. De gewoonten van dit overleg variëren naargelang het netwerk:

- De **locatie van de bijeenkomsten** varieert van routinematige fysieke bijeenkomst tot ad hoc correspondentie via mail
- De mate van **formalisatie** varieert van statutair beschreven tot organisch en informeel
- **Zwaartepunt besluitvorming**: algemeen directeurs en per uitzondering hoofdartsen
- **Hoofdartsen** zijn niet altijd betrokken in het dagelijks bestuur, al wordt wel een apart overleg ingelegd wanneer dit het medisch beleid raakt.
- Betrokkenheid van netwerkvoorzitter: in sommige netwerken neemt de netwerkvoorzitter de rol van voorzitter van het dagelijks bestuur op, in andere netwerken is de voorzitter niet betrokken in dit overleg.

2.4.3 (College van) netwerkhoofdarts(en)

Ziekenhuisnetwerken kunnen ervoor kiezen te werken met een college van netwerkhoofdartsen of om één netwerkhoofdarts aan te duiden. Tot op heden koos elk van de ziekenhuisnetwerken voor de eerste optie waarbij men als college zonder hiërarchie ten opzichte van elkaar aan de slag gaat. Wel wordt hier en daar een voorzitter van het college van netwerkhoofdartsen aangeduid, maar net als bij het dagelijks bestuur is dit eerder een formele rol, o.a. met het oog op het bewaken van netwerk brede evenwichten.

Respondenten zijn vrij positief over het overlegorgaan tussen de hoofdartsen. Ze overleggen frequent, de inhoud van het overleg beperkt zich niet tot formele netwerkmateries en kan zowel strategisch als meer operationeel zijn (oprichten nieuwe diensten op ziekenhuisniveau, opvangen capaciteitsproblemen, ...). Soms vindt er ook structureel overleg plaats tussen hoofdartsen over de netwerkgrenzen heen. Ook in netwerken waar het bestuurlijk niet zo vlot loopt, lijkt het college van netwerkhoofdartsen vrij autonoom te functioneren.

2.4.4 Medische raad van het netwerk

2.4.4.1 Samenstelling

De Medische Raad van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk is het vertegenwoordigend orgaan van de ziekenhuisartsen die werkzaam zijn in alle ziekenhuizen die deel uit maken van het netwerk. Op het moment van gegevensverzameling had nog niet elk netwerk een medische raad van het netwerk ingericht (verder als nMR afgekort). De netwerken waarbij dit wel het geval was maakten elk gebruik van de overgangsregeling waarbij de medische raad van het netwerk wordt **samengesteld door afvaardiging van de medische raden van de individuele ziekenhuizen**. In de toekomst, zo geven respondenten aan, zal men overgaan tot de rechtstreekse verkiezing door ziekenhuisartsen van hun vertegenwoordiging in de medische raad van het netwerk.

“Dat is wel nog net een ander gegeven omdat je daar met een verkiezingsgegeven zit he. Daar zit men met een probleem, omdat dit in principe paritair moet zijn. Dus in ons geval kom je daar met evenveel van al die ziekenhuizen voor de eerste keren samen en de tweede keer dan niet. En dan weten we dat het eigenlijk vooral zal gewonnen worden door diegenen van de grootste ziekenhuizen.”(algemeen directeur)

Hoewel er een bescherming voor kleine ziekenhuizen werd ingebouwd (elk ziekenhuis dat deel uitmaakt van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moet gegarandeerd worden vertegenwoordigd door minimum één in dat ziekenhuis werkzame arts), hebben sommige respondenten bedenkingen over de representativiteit wanneer de verkiezingsprocedure in werking wordt gesteld, in lijn met de vrees van kleinere ziekenhuizen om ‘opgegeten’ te worden door een grotere partij.

“Die ene arts die daar zal inzitten van dat minderheidsziekenhuis, om het nu zo te noemen, ja, die zit daar, bij wijze van spreken, zijn tijd te verdoen en alle anderen zullen beslissen natuurlijk.”(hoofddarts)

Anderzijds geeft men ook aan dat pariteit in de medische raad van het netwerk slechts te verdedigen valt wanneer het verschil tussen de betrokken ziekenhuizen niet te groot is.

2.4.4.2 Agendapunten

Klassiek worden op de Medische Raad van het ziekenhuis punten rond aanwervingen van artsen en financiële kwesties tussen artsen en bestuur geagendeerd. Vandaag gebeuren er nergens aanwervingen op netwerkniveau en zijn er geen plannen om dit in de nabije toekomst te doen. De moeilijkheid rond aanwerven van personeel op netwerkniveau wordt later in dit rapport besproken onder hoofdstuk 3 *Middelen van het netwerk*. Geen van de ziekenhuisnetwerken delegeerde bevoegdheden inzake financiële en/of algemene regeling naar het netwerkniveau. Bijgevolg is men nog zoekende naar een zinvolle invulling van de medische raad van het netwerk. Hoewel verbintenissen tussen arts en ziekenhuis nog steeds zullen worden afgesloten op ziekenhuisniveau, is het wel denkbaar dat in de toekomst – waar men netwerk brede artsenassociaties afsluit – op de Medische Raad van het netwerk dergelijke aanwervingen besproken zouden worden.

“De Medische Raad van het netwerk is nog niet samengesteld. Die medische raden van de leden zijn daarmee bezig, maar dat schijnt ook geen gemakkelijke bevalling te zijn, om redenen die ik ook niet volledig doorgrond. Daar leeft toch nog een deel van de historie van het wantrouwen, denk ik.” (netwerkvoorzitter)

Sommigen geven aan dat in de netwerken waar de medische raad van het netwerk nog in oprichting is, er weinig enthousiasme is omdat de bestuurlijke dynamieken van de eigen ziekenhuizen doorwerken en er geen wens is om dergelijk overleg op netwerkniveau veel ruimte te geven. *“Vanuit*

bepaalde hoeken hoor je dan: ‘Die medische raad van het netwerk, dat kan. Dat mag. Maar dat moet een doodgeboren kind blijven.’” (algemeen directeur)

Algemeen geeft men aan dat de taken die een medische raad van het netwerk heeft, al grotendeels worden ingevuld door andere organen, met name door de individuele medische raden van de ziekenhuizen die nog steeds een grote bevoegdheid hebben om dingen goed te keuren. En wat vandaag toch wordt beslist op een medische raad van het netwerk dient nog steeds teruggekoppeld te worden naar de individuele medische raden.

De adviesfunctie van de medische raad van het netwerk wordt in sommige ziekenhuisnetwerken al opgevangen door een gemengd comité dat instaat voor het dagelijks bestuur waar de respectievelijke voorzitters van de Medische Raad deel van uitmaken (genre x maal 4 configuratie uit informele fase). Daarnaast bestaan er ook netwerken die **een eigen medisch adviserend** orgaan opgericht hebben waarin niet enkel voorzitters of afgevaardigden van de medische raad zijn betrokken, maar ook de hoofdartsen en de verpleegkundig directeurs.

Tot slot zijn er ook ziekenhuisnetwerken die gebruik maken van de mogelijkheid tot oprichten van een netwerk Permanent Overleg Comité (**n-POC**). Zij die een n-POC gebruiken geven aan dat agenda's grotendeels parallel lopen met de medische raad van het netwerk.

In sommige netwerken wordt door de leden aan een **integratie of fusie** gewerkt. Ten aanzien van die netwerken geven respondenten aan dat de medische raad van het netwerk wel wordt gebruikt om de gesprekken tussen de artsenkorpsen te laten verlopen. Strikt genomen kan dit echter niet als een activiteit van het netwerk worden beschouwd, aangezien er over deze gesprekken ook niet gerapporteerd wordt aan het netwerk bestuursorgaan.

2.5 FUNCTIES

Naast de bestuursorganen zijn ook een aantal functies te onderscheiden in het netwerk. We bespreken deze functies in dit deel.

2.5.1 De (onder)voorzitter

Elk netwerk beschikt over een voorzitter en eventuele ondervoorzitter(s). Over de rol, profiel en functioneren van de figuur van netwerkvoorzitter blijken er heel wat uiteenlopende meningen en ervaringen te bestaan. Algemeen geldt echter voor alle ziekenhuisnetwerken dat deze persoon een faciliterende rol opneemt waarbij die de voortgang bewaakt en samenspraak bevordert.

Tijdsbesteding

Doorgaans vergoed aan 1 dag per week.

Profiel voorzitter

Er bestaat wel wat variatie op de manier waarop men deze positie invult. Algemeen zijn er drie benaderingen:

- 1) Men kiest voor een **voorzitter die ook bestuurder is in één van de individuele ziekenhuizen**. Door middel van een rotatiesysteem wisselt het voorzitterschap periodiek. Doorgaans is de looptijd van een mandaat in dit systeem 1 jaar. De schijn van partijdigheid die dit met zich meebrengt wordt als nadeel beschreven. Dit tracht men uit te balanceren door in de andere organen/comités voorzitters aan te duiden uit de andere ziekenhuizen.
- 2) Men kiest voor een **onafhankelijke voorzitter** (onderstaande geldt ook voor andere onafhankelijke bestuurders)
 - a. Ofwel met wervingsproces: al dan niet in samenwerking met een selectiebureau wordt een functieprofiel opgesteld waarna de vacature openbaar wordt gemaakt en geïnteresseerden zich kunnen aanmelden. Uit deze kandidaturen wordt een voorselectie gemaakt waarna gesprekken worden uitgevoerd om na te gaan of er een overeenkomst is tussen de kandidaat en het netwerk en wordt finaal een voorzitter al dan niet benoemd.
 - b. Ofwel op basis van voordracht: individuele ziekenhuizen stellen een shortlist op van personen waarvan men denkt dat alle ziekenhuizen zich daarin kunnen vinden en maken daaruit gezamenlijk een keuze en benaderen vervolgens de perso(o)n(en) om te polsen naar hun beschikbaarheid en bereidheid om de functie op te nemen vooraleer de voorzitter te benoemen.

In een netwerk met 2 ziekenhuizen wordt een onafhankelijke voorzitter als een (potentieel) voordeel benoemd omdat deze als derde en onafhankelijke partij een nuttige stem kan zijn om tot consensus te komen.

Taken

“Wat ik ook vaststel – dat is misschien nuttig om te weten – is dat je voelt dat veel netwerken vinden dat de netwerkvoorzitters een rare rol hebben. Hun rol is onduidelijk en wordt soms gecontesteerd” (voorzitter)

De rol van de voorzitter wordt in de eerste plaats omschreven als **faciliterend**, stimuleren dat er banden worden gesmeed en men elkaar leert kennen om de interne cohesie te laten groeien. Een voorzitter haalt bijvoorbeeld aan dat hij tracht de politiek en emotie uit discussies te halen en deze te herleiden tot feiten en evidentie. Voorzitters **informer** de leden van de netwerk Raad van Bestuur en in het bijzonder de onafhankelijke leden, zeker in de netwerken waar de agenda eerder leeg is en vooral wordt gebruik gemaakt van een parallel circuit voor besluitvorming en informatie-uitwisseling. Dit is natuurlijk maar mogelijk als netwerkvoorzitters zelf goed op de hoogte zijn van hetgeen in de informele circuits gaande is, wat niet altijd het geval lijkt te zijn.

Daarnaast wordt de voorzitter ook een externe rol toegeschreven, waarbij die de formele maar ook informele **communicatie met externen en overheden** opneemt (zie ook later, hoofdstuk 5 *Het netwerk en actoren in de omgeving*).

De voorzitter neemt in de meeste netwerken ook **administratieve taken** op waarvan sommigen eerder typisch zijn voor een bestuurssecretariaat: notuleren, oog houden op het vervullen van administratieve verplichtingen, valideren van betalingen, ondertekenen van correspondentie van het netwerk.

Ze kunnen verder ook een **coördinerende rol** opnemen. Het gaat dan om het detecteren van potentiële samenwerkingsthema's, daar structuur in aanbrengen en draagvlak creëren. Het is daarentegen eerder uitzonderlijk dat men aangeeft dat de voorzitter ook mee gewicht geeft aan het strategisch beleid van het netwerk.

De onafhankelijke voorzitters stellen ook vast dat het voorzitterschap van het ziekenhuisnetwerk sterk afwijkt van de gang van zaken in het bedrijfsleven. De meest aangehaalde verschillen zijn de snelheid van besluitvorming, het gebrek aan resultaatsverbintenis en de onduidelijkheid over de te varen koers. Een aantal voorzitters gaven ook blijk van beperkte motivatie in deze werkomstandigheden en niet zeker te zijn of ze hun mandaat zullen vol maken.

“Als dit enkel mijn taak is... De vergoeding die ik krijg is een zeer correcte vergoeding, maar ik ga mij niet laten vergoeden om gewoon permanent vriendelijk te zijn tegen iedereen zonder verdere impact. Die duurtijd van mijn mandaat is dus geen absolute zekerheid.” (netwerkvoorzitter)

Andere respondenten gaven ook aan dat het niet eenvoudig is om de taak van voorzitter uit te voeren als onafhankelijke, omdat de speelruimte zeer sterk onderhevig is aan de goodwill en engagement van de verschillende ziekenhuizen dat niet altijd even groot is.

2.5.2 Coördinator

Naast een voorzitter kan er ook een coördinator aangesteld worden. Niet alle netwerken hebben ervoor gekozen om een netwerkcoördinator aan te stellen en de invulling van deze rol varieert. Soms neemt de netwerkvoorzitter de nadrukkelijke rol van coördinator op, terwijl in andere netwerken één van de algemeen directeuren of een gedetacheerde (staf)medewerker deze verantwoordelijkheid op zich neemt.

Enkele respondenten uit netwerken zonder specifieke coördinator geven aan dat er wel behoefte is aan een coördinator – bij voorkeur een profiel zonder directeursfunctie in het ziekenhuis vanwege hun al drukke agenda – maar dat dit idee momenteel binnen het netwerk weinig animo geniet. Idealiter laat een voldoende onafhankelijke coördinator zich ondersteunen door verbindingsfunctionaris(sen) met voeling met de individuele ziekenhuizen en vormt zich feitelijk een team dat fungeert als klankbord, rechterhand van de voorzitter, met de nodige juridische ondersteuning en wordt ook gezorgd voor het notuleren van vergaderingen.

2.5.3 Netwerksecretariaat

Geen enkel netwerk heeft personeel in dienst op het niveau van het netwerk. Het feitelijke netwerksecretariaat wordt verzorgd door directiemedewerkers van individuele ziekenhuizen, een directeur of een voorzitter. Respondenten geven aan dat het geen ideale situatie is om dit van directeurs of voorzitters te vragen, omdat deze taken in andere contexten niet behoren tot hun takenpakket. Het is bovendien niet ideaal te verwachten dat een directeur of voorzitter zowel inhoudelijk bijdraagt als notulen neemt, maar gezien de situatie zoals ze is, is er in die netwerken weinig andere keuze. Tegelijkertijd roept dit vragen op over de mate waarin sommige ziekenhuizen effectief willen investeren in voldoende ondersteunende capaciteit op netwerkniveau.

De agenda van de raad van bestuur wordt typisch opgemaakt door het dagelijks bestuur (zie later voor samenstelling/invulling) in samenspraak met de voorzitter. Inhoudelijk is de agenda, zoals hierboven al aangehaald, meestal beperkt omdat veel samenwerking en overleg blijkt te gebeuren buiten de officiële bestuursorganen van het netwerk.

Na de vergadering wordt het verslag opgemaakt door een algemeen directeur, de netwerkvoorzitter of een directiemedewerker. Het verslag wordt verspreid onder de leden (zowel waarnemend als stemgerechtigd). Er zijn geen afspraken over verdere verspreiding binnen de eigen achterban, maar in de praktijk worden de netwerkbesluiten meestal geagendeerd op het bestuursorgaan van de individuele ziekenhuizen en de medische raad. In één netwerk worden alle documenten op een weblocatie geplaatst die toegankelijk is voor alle medische, bestuurlijke en operationele verantwoordelijken van de ziekenhuizen.

2.5.4 Financiële taken

Er is meestal geen sprake van een financiële medewerker op netwerkniveau omdat volgens de respondenten de financiële verrichtingen zich beperken tot de vergoeding van bestuurders en consultants, en instandhoudingskosten van de vzw. De inkomsten zijn afkomstig van bijdragen van de individuele ziekenhuizen. Om deze reden worden deze taken doorgaans opgenomen door één van de financieel directeurs van de leden-ziekenhuizen of in de schoot van de financiële werkgroep. De werking van de werkgroepen wordt verder toegelicht bij *2.4.1 Besluitvorming*.

2.6 BESLUITVORMING

De motor van het netwerk situeert zich volgens respondenten meestal in het dagelijks bestuur (in de netwerken waar dit bestaat) of het CEO-overleg: hier wordt de agenda voor de raad van bestuur van het netwerk voorbereid en toetst men samenwerkingsopportuniteiten af.

2.6.1 Besluitvormingsproces

Het dagelijks bestuur of het CEO-overleg werkt aan het zorgstrategisch plan en andere strategische beslissingen. Daarbij is het volgens respondenten niet eenvoudig een onderscheid te maken tussen

de zaken die zij bespreken in kader van het ziekenhuisnetwerk enerzijds en hun overleg over andere onderwerpen anderzijds. Dit is een indicatie dat de ziekenhuizen eerder vertrekken van de ruimere samenwerkings-, afstemmings- en overlegknopen en daar de netwerkzaken in meenemen, eerder dan de netwerkzaken ervan af te scheiden. Het dagelijks bestuur of het CEO-overleg blijft alvast de drijvende kracht te zijn achter het overleg, afstemming en samenwerking tussen ziekenhuizen.

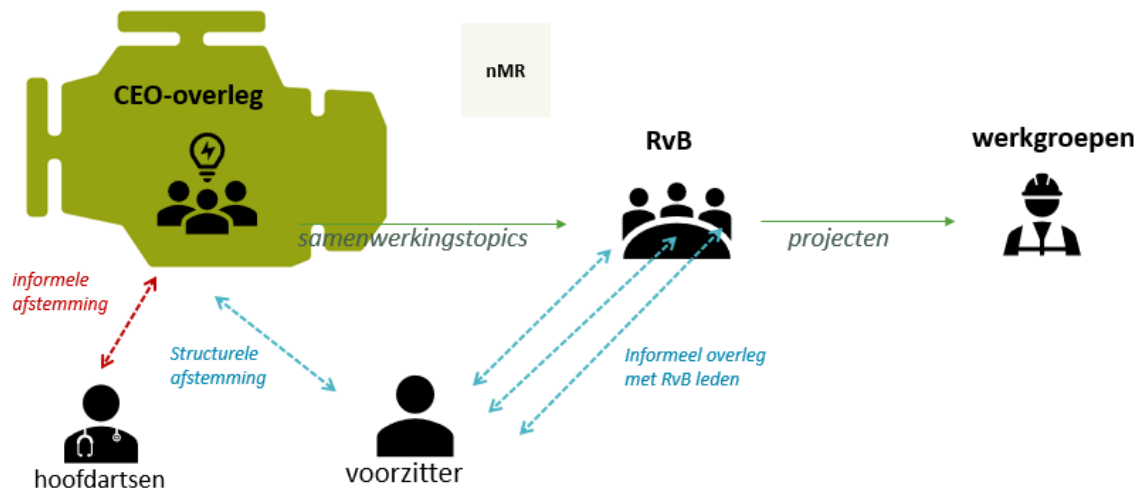
“Wat dat er ook volgens mij ook moet besproken worden in de toekomst, zijn de strategische beslissingen die we dan wel moeten voorleggen aan het bestuursorgaan. Dat komt dan als we beginnen te spreken over ‘hoe gaan we het zorglandschap optimaliseren?’. Om het eenvoudig te houden gebeurt dat het best met de CEO’s en de hoofddartsen en om dat dan voor te leggen aan het bestuursorgaan van het netwerk.”(algemeen directeur)

Afhankelijk van de inhoud, worden ook andere groepen nauw betrokken. In sommige netwerken worden artsen (hoofddarts of voorzitters medische raad) rechtstreeks betrokken bij het strategisch beleid (incl. niet-medisch), in andere niet. Hoofddartsen worden consequent betrokken wanneer er impact is, rechtstreeks of onrechtstreeks, op het medisch beleid. Deze afstemming wordt al dan niet uitgebreid met voorzitters van de medische raden van de ziekenhuizen. Waar de netwerkvoorzitter zich situeert in dit proces, verschilt van netwerk tot netwerk. Soms maakt de voorzitter effectief en volwaardig deel uit van het CEO-overleg (of afgeleide tafels) of is er sprake van structurele afstemming met en rapportage aan de voorzitter, maar elders wordt de voorzitter slechts gebriefd over materie die men op de agenda van de raad van bestuur van het netwerk wenst te bespreken.

Hoewel de agenda en inhoud van het bestuursorgaan van het netwerk veelal gezamenlijk door de CEO’s wordt bepaald, geven respondenten aan dat de netwerkvoorzitter doorgaans voorafgaandelijk aan de bestuursvergadering van het netwerk informeel overleg pleegt met de voorzitters van de individuele ziekenhuizen. Het doel hiervan is om al zicht te krijgen op de standpunten van de verschillende bestuurders en mogelijke weerstand of twijfel uit te klaren. Voorzitters van de individuele ziekenhuizen zijn volgens respondenten doorgaans wel al goed geïnformeerd via de CEO van het ziekenhuis waarvan ze bestuurder zijn, maar de netwerkvoorzitters proberen via deze werkwijze te anticiperen op mogelijke tegenstellingen tussen ziekenhuizen.

Aangezien de meeste netwerken op het moment van gegevensverzameling nog niet gestart waren met de operationele werking van de medische raad van het netwerk, kunnen we weinig zeggen over de rol die deze in de praktijk zullen innemen. In een aantal netwerken staan zij mee aan het roer in een x maal vier configuratie, in andere netwerken voorziet men een ‘netwerk permanent overlegcomité’ (n-POC). In zo’n n-POC zetelt een delegatie van bestuurders en een delegatie van de medische raad van het netwerk, waarin zij onderling tot consensus proberen te komen over de aangelegenheden waarbij het advies van de medische raad wordt voorzien.

Hoewel de wetgeving een uitgebreidere bevoegdheid geeft aan de medische raad van het netwerk dan aan de medische raad op ziekenhuisniveau, lijkt de n-MR minder door te wegen op het netwerkbeleid dan dat de ziekenhuis medische raden in ziekenhuizen doorwegen op het ziekenhuisbeleid. Dit lijkt weinig verrassend, gezien het gebrek aan middelen en activiteiten op netwerkniveau.



Figuur 4: schematische weergave van hoe beslissingen op netwerkniveau doorgaans worden genomen

Trage besluitvorming

De standpunten en beslissingen in het bestuursorgaan worden telkens vooraf afgetoetst bij de eigen achterban in het ziekenhuis – wat ook geldt voor andere netwerkorganen. Heel wat respondenten halen aan dat dit als een duplicatie wordt ervaren en een vrij log besluitvormingsproces tot gevolg heeft.

“Hoe wij nu governancegewijs georganiseerd zijn binnen het netwerk... Ik zie niet in hoe wij als netwerk korter op de bal kunnen spelen. Als je nu ons zorgstrategisch plan bekijkt: daar is ongelofelijk hard aan gewerkt, daar zijn veel meetings over gegaan om alles nog eens te bediscussiëren. In totaal hebben wij x ziekenhuizen. Dat wil zeggen x keer bestuursvergadering, x keer medische raad, maar dan ook nog eens een gemeenschappelijke bestuursvergadering en nog een gemeenschappelijke medische raad... Dat duurt maanden om iets goed te keuren. Om nu te zeggen dat we daar een agile organisatie kunnen van maken, dat lijkt mij toch niet zo evident met zo’n governance.” (algemeen directeur)

“Naar governance toe heb je hier wel een netwerk en heb je geen klassieke verhouding voorzitter/algemeen directeur. Er is eigenlijk geen directeur van het netwerk. Er is geen staf in het netwerk. Je moet beroep doen op de individuele medewerking van mensen.” (netwerkvoorzitter)

“Ik heb soms het gevoel dat iedereen naar iedereen kijkt. Men weet dat er iets zal moeten gebeuren. Het bestuursorgaan kijkt af en toe naar ons als groep van algemeen directeurs van, ‘ja jongens, wie moet nu echt het initiatief nemen?’.” (algemeen directeur)

2.6.2 Werkgroepen (of stuurgroepen)

Naargelang het netwerk worden werkgroepen (of stuurgroepen) in het leven geroepen, zowel voor input als voor uitvoering van projecten. Een strategie om tot samenwerking te komen tussen diensten – al dan niet klinisch – is het bewust samen zetten van de respectievelijke diensten van de verschillende ziekenhuizen, met de expliciete vraag de mogelijke voordelen en risico's van samenwerking voor hun discipline over de ziekenhuisgrenzen heen te bespreken. Daar waar interessante voorstellen uit de bus komen en waar men zelf overtuigd is dat de voordelen opwegen tegen de nadelen, kan vervolgens een voorstel geformuleerd worden richting raden van bestuur om dit samenwerkingsvoorstel vorm te geven. Het kan hier gaan om diverse types samenwerking, o.a. apotheek, radiologie, ...

Wat ook mogelijk is, is het gezamenlijk uitvoering geven aan projecten nadat deze goedgekeurd zijn door de betrokken bestuursorganen. In de praktijk komt echter niet elk project tot uitvoering omdat men bij de uitwerking op een aantal hinderpalen of tegenstellingen botst.

We beperken ons hier tot de samenwerkings(plannen) die respondenten aan het netwerk koppelen – het is echter duidelijk dat er heel wat andere samenwerking tussen ziekenhuizen buiten het netwerk bestaat. De vertrekpositie op het vlak van samenwerking met de formele netwerkpartners verschilt ook van regio tot regio. Er zijn regio's waar al heel wat samenwerking bestond over de ziekenhuisgrenzen heen, waarbij deze eerder spontaan op gang kwam vooraleer er sprake was van ziekenhuisnetwerken en dus ook niet aan de komst ervan kan toegeschreven worden. Tot op vandaag kwamen de meeste medische samenwerkingen bottom-up tot stand en wordt die door respondenten niet aan de netwerken toegeschreven.

Initiatieven die concreet aan de netwerken worden gelinkt worden verder in het rapport besproken onder hoofdstuk 4 *‘Activiteiten van het netwerk’*.

2.7 GOVERNANCECULTUUR

2.7.1 Gelijkwaardigheid

Een leidend principe in de governance van vrijwel alle netwerken is gelijkwaardigheid, wat zich in de praktijk vertaalt in een gelijk stemrecht voor alle partners en een gelijk aantal vertegenwoordigers per ziekenhuis in de verschillende bestuursorganen, ongeacht hun grootte, statuut of erkenning. Dit zorgt soms wel voor een 'stoelendans' als het gaat om snel roterende voorzitterschappen en heeft een directe invloed op de leiderschapsdynamiek en langetermijnvisie van het netwerk. Respondenten geven echter wel aan dat dit principe in de toekomst ter discussie kan worden gesteld en er hierover in sommige netwerken eerder al meningsverschillen bestonden. De al dan

niet verdere toepassing hiervan zal afhankelijk zijn van de middelen die beschikbaar worden gesteld op netwerkniveau. Indien dit substantieel wordt, kan het principe van gelijke inbreng en gelijke vertegenwoordiging op een bepaald moment worden heroverwogen als individuele bijdragen sterk zouden gaan verschillen.

2.7.2 Vergadercultuur

Permanente unanimiteit

Het uitgangspunt in het besturen van de netwerken is dat kwesties op voorhand uitgeklaard en doorgesproken worden, zodat er in feite geen discussie meer is eens dit op het niveau van een bestuursorgaan van het netwerk komt. Dergelijke praktijk is trouwens ook in sommige ziekenhuizen de normale gang van zaken, maar in andere ziekenhuizen worden discussies wel eerder op de bestuursvergaderingen zelf gevoerd in plaats van vooraf. Dit lijkt bij de netwerken dus niet het geval: eens kwesties in de formele bestuursorganen van het netwerk besproken worden, zijn de eventuele discussies al uitgeklaard, anders wordt een punt niet naar het netwerk gebracht. Meerdere respondenten gaven bijvoorbeeld aan dat het zorgstrategisch plan op het bestuursorgaan van het netwerk op enkele minuten werd afgehandeld, hoewel hier heel wat strategisch achtergrondwerk aan te pas kwam. De discussies hieromtrent werden dan eerder apart gevoerd tussen de ziekenhuizen zelf, maar dus niet tijdens de bestuursvergaderingen van het netwerk.

Hetzelfde beeld geldt voor de medische raden van het netwerk. Daar waar deze opgestart zijn, dienen vergaderingen om te bevestigen dat men het eens dan wel oneens is, maar de eigenlijke gesprekken gebeuren in de ziekenhuizen zelf of aan aparte overlegtafels. Wel wordt door respondenten beaamd dat de medische raad op netwerkniveau een goed hulpmiddel is om elkaar te ontmoeten en de dialoog op gang te brengen.

Hoewel er sprake is van het principe van gelijkwaardigheid in de bestuursorganen van het netwerk, wil dit niet zeggen dat unanimiteit overal formeel vereist is. Sommige netwerken willen vermijden dat elk lid vetorechten heeft met het risico op blokkering en stellen dan bijvoorbeeld dat minstens twee leden niet akkoord dienen te zijn alvorens dit leidt tot niet-aanvaarding van een punt.

Ontmoetingsplaats

Er zijn grote verschillen tussen netwerken op het vlak van al dan niet fysiek vergaderen. In sommige netwerken is digitaal overleg de norm en hebben sommige leden van de raad van bestuur van het netwerk elkaar nog nooit fysiek ontmoet. Andere netwerken zetten zoveel mogelijk in op fysieke vergaderingen. De voorstanders van fysiek overleg geven aan dat digitaal overleg heel wat (informele) interactiekansen doet verloren gaan en er geen gelegenheid is om elkaar echt te leren kennen en interpersoonlijke relaties op te bouwen. Anderzijds geven sommige respondenten aan dat bestuursleden overbevraagd zijn en dat een digitale bijeenkomst makkelijker te verenigen is met de verschillende agenda's van bestuursleden. Een aantal andere respondenten onderschrijft

ook de meerwaarde van fysieke vergaderingen, maar geeft aan dat de tijdsinvestering voor dergelijke ontmoeting nu te hoog is in verhouding tot wat er maar op het niveau van het netwerk te bespreken valt. Sommige bestuursvergaderingen zijn volgens sommige respondenten zo kort dat een verplaatsing langer zou duren dan de vergadering zelf.

2.7.3 Bottom up

Doorheen de meeste gesprekken werd het bottom-up principe als tegenhanger van een top-down aanpak opgeworpen. Het gaat dan zowel over het tot stand komen van initiatieven en projecten, het toelaten en laten groeien van activiteit van onderuit, als de leiderschapsstijl. De sterke positie van artsen binnen ziekenhuizen en bij uitbreiding ook het netwerk, komt hier ook naar voren. Vrijwel alle respondenten geven immers aan dat het niet verstandig is om een idee door te duwen wanneer het gros van de artsen tegen is. Initiatieven groeien volgens de meeste respondenten dus idealiter vanuit de geledingen binnen de ziekenhuizen zelf en krijgen dan eventueel later een vertaling op het niveau van het netwerk, maar niet omgekeerd vanuit een centrale netwerksturing naar de ziekenhuizen toe.

“De ziekenhuizen van x en y komen niet goed overeen – op bestuursniveau. Maar stel dat er rond een bepaalde discipline artsen van x en y willen samenwerken... dan moet je een heel sterk bestuur zijn om tegen die artsen te kunnen zeggen ‘neen, jullie mogen niet’.... Artsen zijn daar heel autonoom in. Formeel moet dat door het bestuursorgaan van het ziekenhuis goedgekeurd worden, maar uw artsen zijn eigenlijk uw topkaderleden he. Als die zeggen ‘dat is het beste voor onze ziekenhuizen’, dan moet je al een heel sterk en heel principieel bestuur zijn om daartegenin te gaan.”(netwerkvoorzitter)

2.7.4 Leiderschap

Leiderschap is een ruim begrip, maar gaat hier over zowel leiderschap van individuen zoals voorzitters, over leiderschap van bestuursorganen alsook leiderschap van deelnemende organisaties in de netwerken en vanuit de bevoegde overheden.

2.7.4.1 Leidende of lijdende figuren?

Er is heel wat variatie in de inschattingen en opvattingen omtrent leiderschap in de netwerkcontext. De leiderschapspraktijk hangt ook samen met de mate waarin er al dan niet voor een sterke netwerkvoorzitter is gekozen, in welke mate men collegiaal werkt en hoe het voorzitterschap van comités, werkgroepen, ... vormgegeven wordt, alsook van de evenwichten die moeten worden bewaakt tussen de organen en tussen de leden van het netwerk onderling. Er leven ook vragen rond welke figuren en welke bestuursorganen de leiding nemen binnen het netwerk met het oog op besluitvorming (zie ook 2.4 *Besluitvorming*). Er is met andere woorden geen eenduidige leiderschapspraktijk noch -visie te vinden in het netwerklandschap.

“Ik vind dat er een duidelijk mandaat moet komen ofwel dat er een coördinator wordt aangesteld. Is dat op het niveau van algemeen directeurs, is dat op het niveau van het bestuursorgaan, dat is mij eerlijk gezegd allemaal gelijk, zolang het maar duidelijk is. Mijn verwachting is dat er duidelijkheid komt over wie dit nu gaat leiden. Ik stel ook altijd dat er maar één haan op een mesthoop mag zijn. Werken in colleges gaat in het begin, maar na enige tijd moet men daarvan afstappen. Er is 1 iemand die de eindbeslissingen moet kunnen nemen. Iedereen probeert zijn gelijk te halen binnen het forum en dat is niet goed. Daar moet één iemand een mandaat krijgen om uiteindelijk de knoop door te hakken, indien het niet lukt. Op welk niveau dat is, dat is afhankelijk van de cultuur. Je kan evengoed zeggen: ‘als het echt strategie is, gaan we dat leggen op niveau van het bestuursorgaan.’, maar als dat dan maakt dat dat bestuursorgaan dermate bij het operationele zit, dan zitten we weer met een spanningsveld.” (algemeen directeur)

Dit citaat illustreert bijvoorbeeld hoe sommigen een duidelijke, finale beslissingsrol bepleiten, terwijl anderen eerder een collegiaal bestuur bepleiten zonder één finale beslisser. De noden hieromtrent hangen ook af van de mate waarin het netwerk eerder een tafel blijft waar onderlinge afspraken geformaliseerd worden, of ook een effectieve operationele invulling krijgen waarbij ten aanzien van personeel en activiteiten leiderschap vereist is.

Roterend voorzitterschap organen en comités

De meeste netwerken kiezen ervoor om voor elk van de organen een voorzitter aan te stellen (soms is dat dezelfde netwerkvoorzitter, soms verschilt het voorzitterschap van orgaan tot orgaan) in een systeem van roterend en evenwichtig voorzitterschap. Dit wil zeggen dat men afsprekt dat gedurende een bepaalde termijn (meestal één, uitzonderlijk twee jaar) ziekenhuis X de voorzitter levert voor het CEO-comité, ziekenhuis Y de voorzitter voor het college van hoofdartsen en ziekenhuis Z de voorzitter voor een ander comité, bijvoorbeeld het verpleegkundig comité. De argumenten hiervoor zijn dat dit de machtssevenwichten bewaart en dit bevorderlijk is voor het vertrouwen vanuit alle geledingen in de netwerkorganen. Sommige respondenten uiten echter ook kritiek op dit systeem en stellen dat de voorzittersmandaten zodanig beperkt zijn in tijd dat er onvoldoende tijd is om als voorzitter een beleid te voeren. Het streven in de praktijk naar consensus tussen de ziekenhuizen betekent volgens sommigen ook dat de verwachtingen ten aanzien van het voorzitterschap eerder vormelijk is en de wens naar evenwicht primeert soms ook boven het aanduiden van voorzitters op basis van competenties op het vlak van netwerksamenwerking.

Colleges maken ontmoetingsplaatsen

Naast de kritieken en verzuchtingen ten aanzien van de wettelijk voorgeschreven bestuursorganen van het netwerk worden ook positieve effecten opgemerkt. Met name in netwerken waar men elkaar vóór de netwerkvorming niet kende/nog niet of nauwelijks samenwerkte, zou het helpen de afstand tussen ziekenhuizen te verkleinen, informatie uit te wisselen en zo minstens al een goede basis voor vertrouwen te leggen die in een later stadium eventueel tot meer en nauwere samenwerking kan leiden.

“Los van het feit dat de persoonlijke relaties goed kunnen zijn, weet ik niet of dat heel veel meerwaarde biedt. Dat wij [in die organen] contact hebben met elkaar is wel een meerwaarde. Dat geldt voor de hoofddartsen maar evenzeer voor de algemeen directeurs, met onze collega’s van de andere ziekenhuizen. Dat zijn algemeen directeurs waar wij anders zelden of nooit contact mee zouden hebben. Dat maakt dat je elkaar makkelijker kan bellen, dat je bepaalde dingen makkelijker kan bekomen.” (algemeen directeur)

Dit sluit aan bij één van de achterliggende gedachten die men met de governancevoorschriften uit de ziekenhuiswet voor ogen had. De wetgever wilde volgens sommigen er immers voor zorgen dat het netwerkinitiatief niet vrijblijvend was. Door het opleggen van deze bestuursorganen en de ruimere vereisten hoopte de wetgever dat men - gezien de investeringskost – uiteindelijk de nodige inspanningen zou leveren om de netwerken een zinvolle invulling te geven.

Impact van de netwerkvoorzitter

Uit de gesprekken ontstaat een beeld dat de meeste netwerkvoorzitters in de eerste plaats proberen het overleg tussen ziekenhuizen in goede banen te leiden. Sommige voorzitters blijken echter een sterkere rol te ambiëren en proberen ook te wegen op het strategisch beleid en een leidende rol op te nemen binnen hun netwerk. Dit levert zeker een aantal frustraties op en wijst er ook op dat de verwachtingen en profielen van voorzitters niet altijd stroken met de verwachtingen van de ziekenhuizen en de ruimte die zij wensen te geven aan het netwerk en de bestuursorganen van het netwerk.

“De voorzitter is nergens de baas van en heeft nergens iets over te zeggen.”(netwerkvoorzitter)

Bij de keuze voor een onafhankelijke voorzitter werden vaak grote namen binnengehaald, die – op basis van hun ervaring en/of bekendheid - verwachten een leidende rol te kunnen opnemen. Hoewel zij formeel fungeren als uithangbord van het ziekenhuisnetwerk, is hun macht beperkt binnen het netwerk. Respondenten geven aan dat heel wat bestuurders van individuele ziekenhuizen de ruimte voor de bestuursorganen van het netwerk beperkt willen houden ten voordele van hun individuele ziekenhuizen waar ze mee aan het stuur zitten. Omgekeerd zijn er heel wat voorzitters die net voldoende impact willen hebben op het netwerkniveau en zich niet tot een ceremonieel voorzitterschap willen beperken. Wanneer een voorzitter zich echter te sturend opstelt, loert een conflict met de andere bestuurders snel om de hoek. Maar de situatie waarin netwerkvoorzitters zich meer terughoudend opstellen, is volgens sommigen evenmin ideaal. In beide gevallen wordt de voorzittersrol vaak bestempeld als een eerder ondankbare taak om uit te voeren. Het zal dus nog moeten blijken in hoeverre de huidige voorzitters de bestuursruimte voldoende vinden en in hoeverre deze verder verruimd kan worden in de toekomst.

Als je het mij vraagt, denk ik dat die voorzitter een meer sturende rol moet kunnen opnemen. Een visierol. Die zou zich wel opdringen, ja. Maar ik denk dat dit in de gegeven omstandigheden meer een theoretisch vraagstuk is. Want als je dat vandaag begint te doen als voorzitter, dan word je

binnen de 5 minuten afgeserveerd. Je moet dus een heel low-profile rol aannemen als je wil overleven als voorzitter.” (algemeen directeur)

2.7.4.2 Leiderschap van partners in het netwerk?

Het principe van gelijkwaardigheid in vertegenwoordiging en stem betekent niet dat er geen verschil zit op het vlak van het leiderschap dat ziekenhuizen opnemen binnen het netwerk. Enerzijds stellen sommige respondenten dat deze gelijkwaardigheid op papier soms in contrast staat met de officieuze machts- en leiderschapsverhoudingen, al is de grootste speler niet per definitie de meest dominante of de meest sturende partner. De dynamiek tussen de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk wordt immers bepaald door een samenspel van historische en nieuwe krachtsverhoudingen en de mate waarin de netwerkagenda samen spoort met de eigen strategie en visie van het ziekenhuis.

Historische krachtsverhoudingen

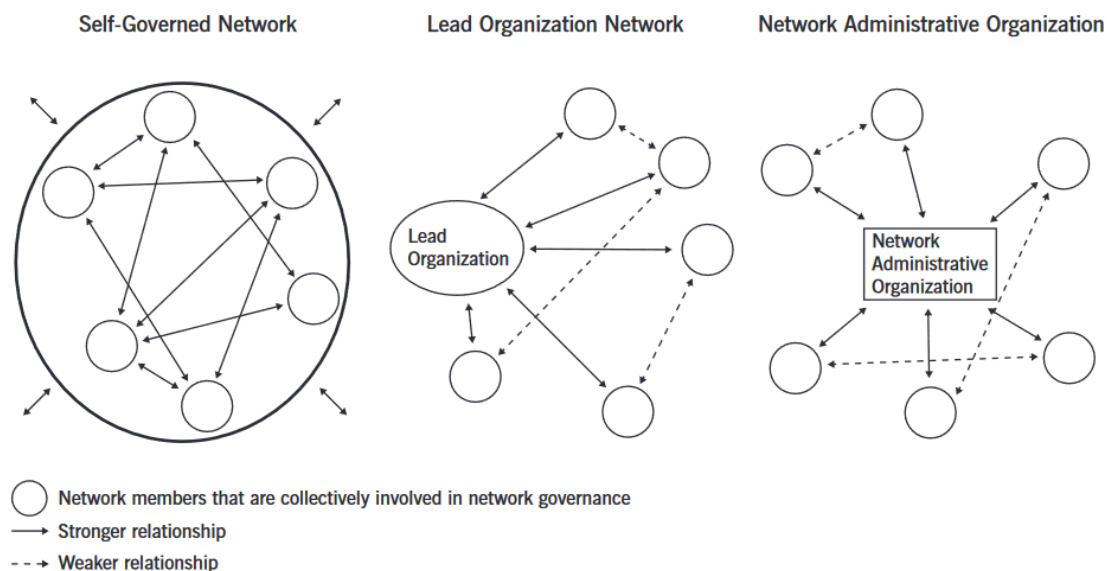
Ziekenhuizen binnen een regio opereren al tientallen jaren volgens een bestaand evenwicht tussen elkaar, waarbij grootte, erkenningen, reputatie, e.d. ertoe leidden dat er al een zeker machts- evenwicht bestond tussen deze ziekenhuizen alvorens ze als partners in het netwerk stapten. Als logische reflex leeft (of leefde) hierbij ook de verwachting dat die krachtsverhoudingen zich zouden doorzetten en ertoe zou leiden dat een sterkere partner ook een leiders- en/of coördinerende rol zou opnemen. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd het geval te zijn en is het niet ongebruikelijk dat een ‘kleinere’ partij de netwerkkar trekt, bijvoorbeeld vanuit hun eigen strategie en perspectieven. Dit uit zich dan in het opnemen van eigenaarschap van gezamenlijke projecten en administratieve taken.

Daarnaast geven sommige respondenten aan dat wanneer de verwachting dat een grotere partner ook de meest trekkende partij zou zijn, niet wordt ingelost, dit tot verlamming kan leiden omdat dan de vraag opduikt wie dan wel dergelijke rol zou moeten opnemen. Het is dan ook interessant om zien dat er sprake is van (het streven naar) gelijkwaardigheid tussen partners enerzijds maar ook een al dan niet expliciete verwachting in heel wat netwerken anderzijds dat de grootste speler ook het voortouw neemt in de netwerkontwikkeling. Ook bij netwerken waarbij de ziekenhuizen min of meer even groot zijn, of er geen duidelijke dominante partij is, blijkt het niet altijd eenvoudig te zijn om dergelijk leiderschap in het netwerk te bewerkstelligen.

“In onze governancestructuur heeft iedereen evenveel te zeggen. Dat zal in andere ziekenhuizen ook wel zo zijn, maar in de praktijk zie je dat in een netwerk rond een groot ziekenhuis, dat ene ziekenhuis toch wel altijd een soort van leidersrol zal opnemen. Dat is bij ons toch veel moeilijker. Bij ons is er één ziekenhuis een beetje groter, maar niet significant. We moeten de zaken aanbrengen of de opportuniteiten die er voor ons waren dan in consensus proberen te beslissen. Ik denk dat dat toch wel anders is wanneer één ziekenhuis echt de trekker kan zijn vanuit die rol.

Als je onze agenda zou bekijken waarover wij praatten, dat waren besognes van ziekenhuizen maar geen netwerkverhalen.” (algemeen directeur)

De verwachting bij sommigen dat er een leidend ziekenhuis binnen het netwerk zou moeten zijn, is overigens slechts één manier van denken over hoe netwerken kunnen functioneren. Twee andere manieren waarop netwerken kunnen functioneren is precies gedeeld leiderschap ('shared governance') of het werken via een aparte netwerkstructuur die voldoende autonoom kan functioneren (door voldoende capaciteit op het niveau van het netwerk samen te brengen, bijvoorbeeld via een sterk netwerksecretariaat).⁴² In sommige netwerken lijkt vooral sprake van het gedeeld leiderschapsmodel, met sterke synergiën zijn tussen de agenda's en strategie van de individuele ziekenhuizen en een interessant samenwerkingsportfolio



Figuur 5: 'modes of network governance'. Figuur overgenomen uit Popp et al (2014), gebaseerd op Keith G. Provan, Patrick Kenis, *Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness*, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 18

Nieuwe krachtsverhoudingen

Het initiatief van ziekenhuizen die – ongeacht hun historische status – een leidende rol trachten op te nemen kan ingegeven zijn vanuit verschillende belangen. De netwerkvorming en de legislatieve initiatieven hierrond creëerden immers een basis voor het eventueel herijken van de krachtsverhoudingen in de regio. De netwerken vormen daarbij, naargelang het ziekenhuis in kwestie, een opportuniteit, een noodzaak, een bedreiging of geen enkele meerwaarde.

Wanneer een ziekenhuis met verouderde infrastructuur een infrastructuursubsidie wenst aan te vragen, dient deze aanvraag vergezeld te zijn van een individueel zorgstrategisch plan (ZSP).

Echter, sinds 2022 kan een ziekenhuis geen individueel zorgstrategisch plan meer indienen zonder een goedgekeurd regionaal zorgstrategisch plan. De verantwoordelijkheid voor het opstellen van dit regionale ZSP ligt echter bij de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. In dit regionale plan beschrijven netwerken hoe ze de zorg in de regio willen organiseren, rekening houdend met de behoeften van de populatie. Dit omvat o.a. de verdeling van zorgtaken tussen ziekenhuizen, wat onderwerp vormt van strategische onderhandelingen tussen de verschillende ziekenhuizen. Dit impliceert dat ziekenhuizen die behoefte hebben aan infrastructuursubsidies, zich in een zwakkere positie bevinden bij onderhandelingen ten opzichte van ziekenhuizen met recente infrastructuur. Het ontbreken van een regionaal ZSP kan op korte termijn immers grotere nadelen met zich meebrengen voor het ziekenhuis dat dringend nieuwe infrastructuur nodig heeft dan voor een naburig ziekenhuis dat nog recent de infrastructuur kon vernieuwen of uitbreiden. Maar de staat van de infrastructuur is niet de enige parameter die de krachtsverhoudingen in het netwerk bepaalt.

Sommige kleine ziekenhuizen, ongeacht hun infrastructuurstatus, zien de samenwerking in het netwerk immers als een **noodzaak** om te kunnen blijven overleven. Specifieke uitdagingen inzake personeel en investeringen zijn voor sommige kleinere spelers ook moeilijker om alleen het hoofd te bieden. Vanuit een streven naar behoud van autonomie ziet men in samenwerking in netwerkverband een kans om de overname door een ander ziekenhuis te voorkomen.

Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich grote ziekenhuizen die in de netwerkvorming een **opportuniteit** zien om hun activiteiten en expertise uit te breiden en verder in te zetten op subspecialisatie. Op deze manier zien sommige ziekenhuizen een kans om te kunnen concurreren met grote buitenlandse ziekenhuiscentra.

Een aantal andere ziekenhuizen ervaren, volgens respondenten, de netwerken dan weer als een **bedreiging**. Dit kunnen zowel ziekenhuizen zijn waarbij de samenwerkingsgedachte indruist tegen het strategisch beleid van het ziekenhuis, of waarbij de samenwerkingsgedachte wel zit ingebakken, maar dat het nieuwe netwerk de bestaande samenwerkingsinitiatieven tenietdoet of bemoeilijkt.

Tot slot zijn er ook ziekenhuizen die **onverschillig** staan ten opzichte van de netwerkvorming en het netwerk niet per se nodig hebben. Sommigen geven aan dat in deze groep met name middelgrote ziekenhuizen met recente infrastructuur te vinden zijn. Dit plaatst hen in een relatief sterke positie bij netwerkonderhandelingen.

“Zij zeggen dat zolang ze niet weten wat de bedoeling is met die netwerken, zij niet geïnteresseerd zijn om hieraan verder te werken. En dus zat iedereen daar rond de tafel te kijken van ‘bon, wat doen we dan?’”(algemeen directeur)

2.7.4.3 Een sturende overheid?

Naast de vraag in hoeverre het leiderschap van individuele ziekenhuizen dan wel van de ziekenhuizen samen moet komen in de netwerken, is de rol van de overheid een vraagstuk dat bij veel respondenten leeft. Dient de overheid zoveel mogelijk afstand te bewaren of dient de overheid veel actiever invulling te (helpen) geven aan de netwerksamenwerking dan tot nu toe het geval was? Enerzijds was het volgens respondenten bij de oprichting van de netwerken de vraag van de ziekenhuissector om zoveel mogelijk zelf invulling te kunnen geven en benadrukken sommigen het belang van ruimte voor ondernemerschap bij de ziekenhuisnetwerken en ziekenhuizen zelf. Anderzijds gaven heel wat respondenten aan dat ze meer richting en sturing verwachten van de overheden. De sturing omvat momenteel de spelregels en voorwaarden voor erkenning en een aantal governance-vereisten, maar ook de vereisten omtrent de zorgstrategische planning. Zoals eerder aangegeven linken heel wat respondenten het sturingsvraagstuk van de netwerken ook meteen aan de ruimere sturingsvragen in de gezondheidszorg, zoals de ziekenhuisfinanciering. Anderen leggen ook de link met het samenspel met andere spelers, zoals de eerste lijn en de welzijnssector. We reflecteren hier nog op in het laatste hoofdstuk van dit rapport.

3 MIDDELEN VAN HET NETWERK

Samenwerking in netwerken is ook te benaderen als een manier om hulpmiddelen ('resources') met elkaar te verbinden om bepaalde doelen te bereiken. In dit deel gaan we daarom dieper in op het vraagstuk over de mate waarin middelen (geld, personeel, informatie, capaciteit, ...) in de netwerken verbonden of zelfs gepoold worden en waarom dat zo is. Deze kwestie omvat zowel de vraag omtrent de hulpmiddelen die ziekenhuizen op eigen initiatief verbinden aan het netwerk als de vraag in hoeverre de overheden zelf hulpmiddelen – met name financiering - aan de netwerken koppelen.

“Vanuit mijn functie van directeur pleit ik niet voor een financiering op netwerkniveau! Maar...ik zie persoonlijk geen andere uitweg dan dat er een andere financiering komt. Toch als je het netwerk als een belangrijk deel van je zorgsysteem ziet. Ze hebben het nog niet expliciet uitgesproken, maar als ze zeggen dat de netwerken de entiteiten worden waarbinnen men moet samenwerken, dan zal het toch niet anders kunnen. Of het zal toch heel moeilijk zijn.” (algemeen directeur)

Dit citaat illustreert het belang van het middelenperspectief, hoe dat snel vertaald wordt in een financieringskwestie en hoe respondenten ook zelf hiermee worstelen, bijvoorbeeld naargelang ze hun persoonlijke mening geven of vanuit hun functie in een organisatie antwoorden. Verder geven respondenten aan dat het moeilijk is om hieromtrent objectieve discussies (op basis van feiten en data) te voeren, bijvoorbeeld omdat het niet altijd duidelijk is welke financiële gevolgen een samenwerking zal teweegbrengen. Bijgevolg lijken andere argumenten - politiek, persoonlijke standpunten, belangen en emotie - in het debat de overhand te nemen.

Vooralsnog moeten ziekenhuizen immers individueel verantwoording afleggen en worden middelen op ziekenhuisniveau toegekend, waarbij een aanzienlijk deel van die middelen activiteitsgebonden zijn. In de huidige, complexe ziekenhuisfinanciering kan, bijgevolg, een kleine verschuiving in activiteiten een cascade van veranderingen in de inkomensstromen teweegbrengen die niet te simuleren of voorspellen valt. Bijgevolg zijn ziekenhuizen zeer op hun hoede zodra ze nog maar vermoeden dat samenwerking in het netwerk een negatieve impact op de activiteiten en dus financiën van hun individuele ziekenhuis kan hebben, al dan niet ten voordele van een ander ziekenhuis in datzelfde netwerk.

Het delen van middelen is in deze context dan ook een delicaat vraagstuk, zelfs al is de wederzijdse afhankelijkheid van middelen eigen aan netwerken.⁴³ De meest voor de hand liggende middelen in de ziekenhuiscontext zijn de tastbare middelen zoals subsidies, erkenningen, infrastructuur en personeel, maar ook de patiëntenpopulatie die ze bedienen. Er zijn ook minder tastbare middelen als informatie, beslissingsautoriteit en legitimiteit die ook belangrijk kunnen zijn om als netwerk resultaten te kunnen bereiken.⁴³ Een ziekenhuis kan dan relatief sterker staan dan een ander ziekenhuis op het vlak van financiële middelen en infrastructuur, maar dat andere ziekenhuis heeft

soms wel een zekere autoriteit die ook belangrijk wordt geacht in de regio. Actoren wiens hulpmiddelen cruciaal zijn (want zo omvangrijk en/of noodzakelijk maar onvervangbaar) voor het welslagen van een netwerk, zijn kritische actoren⁴³. Dit impliceert ook dat inertie van deze actoren problematisch kan zijn in het bereiken van netwerkdoelen. Toegewijde actoren daarentegen zijn diegene die – ongeacht het gewicht van hun middelen – bereid zijn deze in te zetten om via het netwerk doelstellingen te verwezenlijken. Deze doelstellingen zijn niet noodzakelijkerwijs dezelfde als andere actoren en deze middelen kunnen bijgevolg blokkerend of faciliterend werken. Het onderscheid wordt samengevat in Tabel 2.

Tabel 2: actor-afhankelijkheden (vertaald uit Klijn en Koppenjan 2015⁴³)

	Toegewijde actoren		Niet-toegewijde actoren	
	Kritische actoren	Niet-kritische actoren	Kritische actoren	Niet-kritische actoren
Vergelijkbare perceptie en doelstellingen	- Participatie waarschijnlijk - Potentiële bondgenoten	- Participatie waarschijnlijk - Potentiële bondgenoten	- Noodzakelijke potentiële actoren - Moeilijk te activeren	Hoeven niet betrokken te worden
Tegengestelde perceptie en doelstellingen	Potentiële blokkeerders “Bijtende honden”	Potentiële critici “Blaffende honden”	Potentiële blokkeerders die niet meteen zullen handelen “Slapende honden”	Aandacht niet meteen noodzakelijk

Over de ideale mix van hulpmiddelen of de ideale financiering van netwerken is echter weinig geweten, omdat dit afhangt van heel wat specifieke contextfactoren, zoals hier de specifieke Belgische ziekenhuiscontext dat historisch vorm gekregen heeft.

Bij onze respondenten zijn de meningen hierover dan ook verdeeld. Wie spreekt vanuit het belang van een individueel ziekenhuis, pleit in de eerste plaats voor betere financiering van de eigen werking en dus niet voor financiering op netwerk niveau. Sommigen vrezen ook dat financiering op netwerk niveau ten koste zou gaan van de financiering van het individuele ziekenhuis, terwijl de financiële toestand van de meeste ziekenhuizen al allesbehalve rooskleurig is. Wie spreekt met het netwerk zelf voor ogen, geeft echter ook aan dat het toekennen van financiële middelen aan de netwerken de slagkracht van de netwerkfiguur zou vergroten.

In die context lijken sommige netwerken dan ook op de grenzen te botsen, waarbij meer intensieve samenwerking (waarbij bijvoorbeeld gezamenlijke diensten geleverd zouden worden) niet kan zonder eenheid van middelen en bestuur, maar waarbij de netwerkfiguur in zijn huidige vorm niet als bruikbaar wordt beschouwd en er ofwel aparte overeenkomsten, andere vormen, of een integratie of zelfs fusie volgt om dat te bewerkstelligen.

Het vraagstuk omtrent middelen is bovendien ook binnen ziekenhuizen ingewikkeld omdat die middelen deels via de artsen verworven worden en het dus ook binnen ziekenhuizen al een moeilijke oefening is welk deel van de middelen voor de artsen en welk deel voor het ziekenhuis als organisatie is. Dat maakt de artsen alvast een zeer machtige stakeholder binnen het ziekenhuis en bijgevolg ook in het vraagstuk omtrent de middelen van het netwerk. Verder is ook de vraag in welke mate constellaties van ziekenhuizen met centrale middelen en bestuur eerder kunnen worden beschouwd als grote campusorganisaties dan wel als netwerken van aparte ziekenhuizen.

Omdat respondenten het huidige en toekomstige functioneren van de ziekenhuisnetwerken sterk verbinden met het vraagstuk van (ziekenhuis-)financiering, gaan we daar in het volgende deel dieper op in. We bespreken eerst een aantal basisconcepten rond financiering van de gezondheidszorg in België en relevante reflecties die hierover in onze interviews aan bod kwamen, om vervolgens dieper in te gaan op het ruimere middelenvraagstuk van de netwerken. Deze informatie is ook samen te lezen met de hoofdstukken rond 'activiteit van het netwerk' en 'het netwerk en zijn omgeving'.

3.1 ZIEKENHUISFINANCIERING

Ziekenhuizen kennen een duale financiering. Dit wil zeggen dat zij deels rechtstreeks gefinancierd worden door de federale overheid via het Budget Financiële Middelen (BFM) en deels inkomsten halen via de honoraria van artsen die prestaties leveren in dat ziekenhuis. Daarnaast hebben zij nog een derde, diverse inkomstenstroom, zoals subsidies voor infrastructuur, bedrijfsopbrengsten (cafetaria, parking, ...), farmaceutische producten, supplementen en conventies.

Om als ziekenhuis(-dienst) erkend te worden – en bijgevolg in aanmerking te komen voor financiering – moet de gemeenschapsoverheid deze **erkenning** verlenen. Naast deze basiserkenning, specificeert deze erkenning ook welke activiteiten het ziekenhuis mag uitvoeren en hoeveel patiënten het mag behandelen. Hierin wordt onderscheid gemaakt in erkenningen voor ziekenhuisbedden, functies (apotheek, MUG, ...), zorgprogramma's (oncologie, cardiale pathologie, ...), medische diensten (brandwondencentrum), netwerk (netwerk pediatrie, referentiecentrum, samenwerkingsverbanden (palliatieve zorg en orgaantransplantatie) en medisch-technische diensten (radiotherapie, dialyse, ...). Bovendien kunnen specifieke erkenningen voor projecten of de terugbetaalbaarheid van bepaalde ingrepen of behandelingen ook worden verleend door de federale overheid of het RIZIV.⁵

3.1.1 Het Budget Financiële Middelen (BFM)

Het BFM is een vergoeding voor het 'ziekenhuisverblijf' van gehospitaliseerde patiënten en chirurgische dagziekenhuizen. Ruwweg dient dit om de werkingskosten van het ziekenhuis te dekken (personeel, materiaal, investeringen, ...). Dit omvat, samen met de honoraria, de grootste inkomstenbron van ziekenhuizen en kwam in 2022 overeen met 37% van hun inkomsten.⁴⁴ Het

BFM wordt jaarlijks vastgesteld en in twaalfden uitbetaald door de federale overheid (RIZIV) via de mutualiteiten en bestaat uit verschillende delen. Het bedrag van deze delen is afhankelijk van de eigen activiteit en kenmerken van het ziekenhuis en verschilt dus van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het is gebaseerd op een assumptie van verbruik van het komende jaar, waardoor er dus steeds een verschil zit tussen het verwachte en het rechthebbend budget. Deze verschillen wordt achteraf verrekend en noemt men het **inhaalbedrag**. Het inhaalbedrag kan positief of negatief zijn en wordt verrekend met het toekennen en uitbetalen van een volgend BFM.⁴⁵

Het is belangrijk om op te merken dat ook deze herberekening (inhaalbedrag) geen exacte kostendekking garandeert voor de reële kosten van het ziekenhuis. Het totale BFM-bedrag voor de volledige ziekenhuissector wordt vooraf vastgelegd en bedroeg voor 2022 € 10.086.579.010.⁴⁶ Het globale BFM-budget is dus een gesloten budget dat verdeeld wordt onder de ziekenhuizen naargelang zij proportioneel 'punten' hebben in de verschillende delen. Het grootste deel van het BFM is gebaseerd op een 'puntensysteem' waarbij de waarde van elk punt wordt bepaald door het aandeel van de taart dat elk individueel ziekenhuis inneemt. Een aantal andere delen in het BFM wordt gefinancierd volgens vaste bedragen per verantwoord bed of volgens het al dan niet aanwezig zijn van een bepaalde karakteristiek (bijv. erkenningen).⁴⁵ **Het bedrag dat de ziekenhuizen ontvangen is dus niet gebaseerd op de werkelijke kosten die zij maken.**

De ziekenhuiswet bevat een passage die het de minister mogelijk maakt om een deel van het BFM op netwerkniveau toe te kennen. Deze optie werd tot op heden nog niet gelicht, noch zijn er ons concrete plannen bekend om dit in de nabije toekomst te doen. Aangezien het BFM een gesloten enveloppe is, zou het rechtstreeks toekennen van middelen aan het netwerkniveau immers een financiële transfer van het individuele ziekenhuis naar het netwerkniveau betekenen, iets wat ziekenhuizen in financieel precaire tijden lijken te willen vermijden. Aangezien het BFM niet toereikend is om de werkingskosten van ziekenhuizen te dekken, gebruiken ziekenhuizen ook andere kanalen om extra financiering te verwerven. Deze worden hieronder besproken.

3.1.2 Honoraria

De honoraria maakten in 36% van de inkomsten van ziekenhuizen uit en zijn afkomstig uit (para)medische prestaties.⁴⁴ Prestaties worden gefactureerd aan patiënt en/of mutualiteit a.d.h.v. prestatiecodes die onderdeel uitmaken van de nomenclatuur. Deze nomenclatuur verwijst naar een gestandaardiseerd codesysteem dat wordt gebruikt om (para)medische prestaties op te lijsten die deels of volledig vergoed worden door het RIZIV, gekoppeld aan de (gedeeltelijke) vergoeding die hier tegenover staat. Deze lijst komt tot stand d.m.v. onderhandelingen tussen afgevaardigden van mutualiteiten en zorgverleners in de Nationale commissie artsen ziekenfondsen (NCAZ/MEDICOMUT).

Het factureren van een prestatiecode is altijd gelinkt aan een zorgverlener die bevoegd moet zijn (op basis van zijn beroepstitel, erkenning) om de betreffende nomenclatuur toe te passen. Het is

een ereloon waarmee onderzoeken en behandelingen worden vergoed. Er bestaan 2 manieren om deze honoraria te innen en beide worden in de praktijk toegepast.

- Centrale inning: hierbij stuurt het ziekenhuis facturen uit naar mutualiteit en/of patiënt en ontvangt de arts (of paramedicus) een afgesproken deel van het geïnde bedrag. (Kan voor zowel ambulante prestaties als bij hospitalisatie)
- Inning door de zorgverlener: hierbij ontvangt de zorgverlener zelf de vergoeding voor de uitgevoerde prestaties. Naargelang de bepalingen van de financiële regeling kan, of moet, de zorgverlener hiervan een deel afstaan het ziekenhuis. (enkel voor ambulante prestaties)

De meeste artsen zijn niet in loondienst van het ziekenhuis maar werken als zelfstandige. Welk deel van de honoraria bestemd zijn voor de (para)medicus en welk deel voor het ziekenhuis, is het resultaat van onderhandelingen tussen artsen en ziekenhuis. De resulterende afspraken worden vastgelegd in de zogenaamde financiële regeling.

Deze financiële regeling verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis en van discipline tot discipline en is het resultaat van lange onderhandelingen. Conflicten die hieruit voortgroeien staan dan soms ook een vlotte samenwerking tussen artsen en management in de weg. Het vormt bijgevolg ook één van de struikelblokken om medische samenwerkingen tussen ziekenhuizen van de grond te laten komen.

3.1.3 Laagvariabele zorg

Voor een aantal zorgopdrachten ontvangen ziekenhuizen een vast bedrag per patiënt. Dit bedrag is in alle ziekenhuizen hetzelfde en bevat de gebundelde honoraria voor alle zorgverleners. De zorgverleners en het ziekenhuis maken onderling afspraken over wie welk deel toebehoort. Het gaat om aandoeningen en ingrepen die weinig variatie kennen tussen patiënten en ziekenhuizen onderling. Voorbeelden zijn o.a. keizersneden, appendectomiën en het vervangen van een hartklep.

3.1.4 Hervorming financiering

De federale overheid werkt aan een grondige hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Dit hervormingsplan tracht een transparanter en eenvoudiger financieringssysteem in werking te stellen waarbij men zoveel als mogelijk gebundelde forfaits wil voorzien.⁴⁷

Daarnaast streeft men ook naar een objectivering van de artsenhonoraria, waarbij onredelijke verschillen tussen disciplines worden weggewerkt en een onderscheid wordt gemaakt tussen werkingskosten en professionele vergoeding. De werkingskosten zijn die middelen die nodig zijn om de nodige uitrusting en omkadering te voorzien en behoren toe aan het ziekenhuis. De professionele vergoeding is een zuiver ereloon voor de arts. Door deze opsplitsing in honoraria zouden discussies en onderhandelingen over afdrachten tussen arts en ziekenhuis overbodig worden.⁴⁷

3.1.5 Financiering van infrastructuur

Hoewel de werking van ziekenhuizen grotendeels gefinancierd wordt door de federale overheid, zijn de gemeenschappen bevoegd voor de financiering van de investeringen in infrastructuur en medisch-technische diensten.⁴⁸ Bij nieuwbouw, uitbreiding of verbouwing kunnen Vlaamse ziekenhuizen beroep doen op een infrastructuursubsidie van VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden). Dit noemt men het **strategisch forfait**. Om bestaande infrastructuur te onderhouden, ontvangen ziekenhuizen jaarlijks een **instandhoudingsforfait**, ongeacht de werkelijke investeringen. Het bedrag van beide forfaits houdt rekening met ziekenhuisspecifieke parameters zoals aantal bedden, aantal operatiezalen, ... en kan meevolueren naargelang deze parameters wijzigen.⁴⁹

De uitgevoerde werken moeten steeds passen binnen de zorgstrategische plannen. Het zorgstrategisch plan vormt de basis voor het al dan niet toekennen van een **strategisch forfait** voor infrastructuurwerken. Deze beoordeling gebeurt via een procedure waarbij het dossier wordt beoordeeld door de Vlaamse Overheid volgens een kalender met tijdslijnen die meerdere maanden/jaren kunnen omvatten⁵⁰

Wanneer de infrastructuursituatie zo dringend is dat ze een risico vormt voor de patiëntveiligheid, kan worden afgeweken van deze procedure waarbij het betreffende ziekenhuis een aanvraag als precair kan indienen. Bovenop de voorwaarde van dringendheid, geldt ook dat de plannen niet in strijd mogen zijn met de doelstellingen van de netwerkvorming en zorgstrategische planning.⁵¹ In de huidige (uittredende regering Jambon) en vorige legislatuur (regering Bourgeois) werden enkel nieuwe middelen toegekend voor precaire dossiers.⁵² Dit lokt heel wat kritiek uit, met name over de onduidelijke criteria waarop de toekenning van middelen via de weg van precaire dossiers gebeurt. Volgens sommige respondenten wekt dit een schijn van partijdigheid op. Bovendien geven respondenten aan dat deze manier van financieren weinig toekomstgericht is – want ad hoc - en echte innovatie – ook m.b.t. samenwerking – remt.

3.1.6 En de netwerken?

Tot 2021 was er een dotatie van de federale overheid voor elk van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. Deze werd, op vraag van een groot deel van de sector, inmiddels afgeschaft. De ziekenhuisnetwerken gebruiken momenteel bijdragen van de leden om de netwerkwerking te financieren. De bijdragen zijn gebaseerd op pariteit, waarbij elk lid evenveel betaalt. In enkele netwerken maakt men hierbij wel een onderscheid tussen effectieve en toegetroden leden. Zolang ziekenhuisnetwerken geen (of beperkte) omzet of activiteit hebben, lijkt deze financieringswijze te volstaan. Het gaat immers om beperkte bedragen die de basisgovernance (functioneren bestuursorganen, voldoen aan wettelijke rapporterings- en publicatieverplichtingen, ...) van het netwerk moeten dekken. Indien er ook ziekenhuisactiviteiten op netwerkniveau zouden ontwikkeld

worden, zo geven respondenten aan, zou het systeem van pariteit wel te herbekijken zijn en andere financiële regelingen tussen de leden vergen.

Erkenningen kunnen niet worden toegekend op netwerkniveau, maar kunnen wel worden uitgebaat op het niveau van een ziekenhuisassociatie of door een ziekenhuisgroepering, wat die samenwerkingsvormen voor intensieve samenwerking aantrekkelijker lijkt te maken dan de ziekenhuisnetwerken.

Wel zijn er een aantal projecten, verplichtingen en subsidies die vastgekleefd worden aan het (akkoord van) het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, zoals HOST en Data Capabilities. De daaraan gekoppelde middelen worden echter steeds toegekend aan één of meerdere ziekenhuizen van het netwerk.

3.2 FINANCIËLE HEFBOOM VOOR VERDERE STAPPEN IN SAMENWERKING ONTBREEKT

Respondenten geven aan dat de huidige ziekenhuisfinanciering en verwante regelgeving de samenwerking tussen ziekenhuizen in algemene termen niet bevordert. Dit is geen nieuwe vaststelling en werd al in eerdere adviezen en rapporten beschreven^{10,18}. Concreet wordt aangegeven dat het huidige financieringssysteem zodanig complex is dat financiële gevolgen van samenwerking niet kunnen berekend of verrekend worden of sterker, dat samenwerking financieel wordt afgestraft. De ziekenhuisnetwerken bevinden zich dus in een ruimere context die samenwerking niet blijkt te stimuleren zonder bestuurlijke integratie, al blijkt er op het terrein wel heel wat samenwerking te bestaan rond concrete projecten.

3.2.1 Lateralisatie van zorg is onberekenbaar

“Als het toch de bedoeling is om te consolideren op een bepaalde manier, dan is de enige logische stap een fusie. Veel collega’s denken daar ook zo over. Op eender welke andere manier zit je met apothekersrekeningen. In de huidige financiering is lateralisatie van zorg onberekenbaar. Dat zal dus ook niet gebeuren.” (Algemeen directeur)

De complexiteit van de ziekenhuisfinanciering maakt dat de effecten van het afbouwen van activiteit in de eigen organisatie niet te voorspellen zijn. De financiering van ziekenhuizen is immers sterk gebaseerd op activiteit en bovendien kan het afstoten van een dienst of activiteit een cascade van activiteitsverlies met zich meebrengen. Een frequent aangehaald voorbeeld is het consolideren van materniteiten binnen de regio. Gezinnen kiezen meestal voor een pediater verbonden aan het ziekenhuis waar de bevalling plaats vond. Nog tijdens het kraamverblijf is er een eerste contact. Het sluiten van de plaatselijke materniteit zal bijgevolg een groot effect hebben op de pediatrische afdeling van dat ziekenhuis. Bevallingen en pediatrische patiënten zijn bovendien twee belangrijke patiëntenstromen op de spoedafdelingen. Wanneer dit deel van de spoedopnames wegvalt, vreest men onvoldoende activiteit te hebben om een spoeddienst te laten bestaan. Aangezien het hebben

van een spoeddienst (een dienst voor eerste opvang van spoedgevallen) één van de voorwaarden is om als ziekenhuis erkend te worden, is het niet verwonderlijk dat ziekenhuismanagers in de gegeven omstandigheden niet bereidwillig zijn hun materniteit te sluiten.

3.2.2 Huidig financieringssysteem ‘straff’ samenwerking

Globaal genomen kan vanuit een netwerkperspectief het inderdaad zinvol zijn om één of meerdere materniteiten te sluiten om elders in het netwerk de capaciteit te versterken, maar in de huidige context levert dat winnaars en verliezers op bij de netwerkpartners. Het is dan ook begrijpelijk dat in de huidige context een individuele partner niet op eigen initiatief diensten wilt afbouwen in kader van de netwerksamenwerking. Zonder bijkomende prikkels kan het zowel voor het afbouwende als het uitbreidende ziekenhuis oninteressant zijn om zo'n verschuiving te aanvaarden. Het afbouwende ziekenhuis riskeert een inkomensverlies, maar ook omgekeerd kan het uitbreidende ziekenhuis niet in staat zijn om de nodige infrastructurele investeringen te dragen die nodig zijn om de extra activiteit op te nemen. Ook de huidige personeelsschaarste is een factor waar ziekenhuizen rekening mee houden en het is geen evidentie dat het personeel bereid is mee te verhuizen.

De sterke positie van de artsen is hierin ook belangrijk. Zelfs als de ziekenhuismanagers onderlinge akkoorden zouden kunnen sluiten met een verdeling van zorgtaken waarbij elk ziekenhuis geeft en neemt, is dit niet per se voordelig voor de arts waarvan de activiteiten wegschuiven van het eigen ziekenhuis. Een neuroloog heeft er bijvoorbeeld weinig boodschap aan dat er ter compensatie van de afbouw van de neurologische dienst in het ziekenhuis een uitbreiding komt van de dienst orthopedie. De weerstand in deze situaties, zo geven respondenten aan, omvat verschillende overwegingen:

- 1) Artsen werken meestal onder een zelfstandig statuut waarbij hun inkomen rechtstreeks evenredig is met het aantal patiënten dat zij behandelen.
- 2) Wanneer centralisatie inhoudt dat één of meerdere diensten worden samengevoegd op één locatie, kan dit betekenen dat artsen zich verder moeten verplaatsen vanuit hun woonplaats.
- 3) Wanneer centralisatie een efficiëntieverhoging betekent, kan dit ten koste gaan van de artsentewerkstelling. Dit kan bijgevolg bedreigend overkomen.

“(…) en dan heb je ook nog altijd de artsen die nog hun eigen verhaal hebben. Dat is niet altijd hetzelfde verhaal dan wat wij beogen. Dat is een zeer machtige partner zowel binnen het ziekenhuis als in de netwerken.” (algemeen directeur)

Er dreigen momenteel in heel wat situaties dus negatieve consequenties te zijn voor ziekenhuizen die bedden of activiteiten af zouden bouwen ten voordele van regionale samenwerking met andere ziekenhuizen. Op het terrein heerst een gevoel dat de eerste die durft te bewegen hiervoor kan worden afgestraft. De huidige financiële situatie van de ziekenhuissector maakt dat ziekenhuizen

geen marge zien om dergelijke risico's te nemen en zich bijgevolg beperken tot samenwerking waar een duidelijke win-win bestaat voor alle partners.

3.2.3 Inkomensverlies bij opzeggen huidige samenwerking

Het blijft belangrijk om te herhalen dat de netwerken tot stand gekomen zijn in een landschap waar wel al heel wat samenwerking bestond, maar dat die samenwerking niet altijd samenvalt met de netwerken zoals ze gevormd zijn. Bijgevolg is er ook een spanning mogelijk tussen die bestaande samenwerking tussen ziekenhuizen die in verschillende netwerken zitten en de opstelling van diezelfde ziekenhuizen binnen hun respectievelijke netwerken.

“Er staat geen muur rond het netwerk. We hebben in ons netwerk een ziekenhuis dat heel nauw samenwerkt met een ander ziekenhuis buiten ons netwerk. Dat zit ook in hun Raad van Bestuur. Het is niet omdat er nu opeens een netwerk is, dat die bereid zijn om alles op te geven. Als je met een partner al jaren samenwerkt en dat loopt goed, waarom zou je dat doen? Ook andersom, aangezien dat ene ziekenhuis bestuurder is, waarom zouden zij die samenwerking stopzetten? Het gaat over macht en aantallen en centen. Op termijn komt er misschien wel een verschuiving. Sommige zaken lukken wel maar het gaat traag en het vertrouwen moet groeien.”
(Netwerkvoorzitter)

Heel wat ziekenhuizen hadden immers al een bestaand samenwerkingsportfolio met de naburige, maar ook verder gelegen ziekenhuizen. Er zijn momenteel weinig prikkels om samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen buiten de netwerkgrenzen op te zeggen. Ziekenhuizen voelen er weinig voor om langdurige relaties, opgebouwd vertrouwen en bestuurlijke verwevenheid op te zeggen ten voordele van één of meerdere nieuwe netwerkpartners. Het blijkt niet louter een zakelijke overweging te zijn, maar omvat ook complexe belangenafwegingen en machtsverhoudingen. Als hier al veranderingen zouden optreden, zal dat volgens respondenten geleidelijk verlopen en is dat sterk afhankelijk van het al dan niet groeien van onderling vertrouwen tussen de netwerkpartners.

3.2.4 Vragen omtrent rechtszekerheid

Verschillende respondenten geven aan dat de regels onduidelijk zijn waarbinnen ziekenhuizen zich kunnen bewegen om middelen in het netwerk uit te wisselen. We noteren volgende vragen: Zal mijn ziekenhuis nog erkend worden als ik bepaalde activiteiten afbouw ten voordele van andere netwerkpartners? Kan ik mijn ziekenhuisapothek extern organiseren? Wat zijn de gevolgen als ik personeelsleden of artsen uitwissel met andere netwerkpartners? Op basis van welke criteria zal mijn aanvraag voor infrastructuursubsidies al dan niet als precair dossier worden behandeld? Respondenten uit de sector geven aan dat ze van verschillende overheidsinstanties tegenstrijdige antwoorden krijgen, en omwille van bevoegdheidsverdelingen geen absolute zekerheid hebben of

de ene dan wel de andere overheid de autoriteit heeft om toestemming te verlenen zonder door een andere overheid (of overheidsdienst) ervoor te worden afgestraft.

3.2.4.1 Geen model om artsen en personeel uit te wisselen

Geen enkel van de bevroegde netwerken heeft personeel op de loonlijst van het netwerk. Wanneer personeel zou worden aangeworven op het niveau van het netwerk, stellen enkele respondenten, moet een ondernemingsraad worden opgericht die bestaat uit de ondernemingsraden van de verschillende ziekenhuizen. Dat zou impliceren dat om pakweg het netwerksecretariaat te laten verzorgen door één administratief medewerker die wordt aangeworven op netwerkniveau, er zich een ondernemingsraad van tientallen personen moet verzamelen en buigen over statuten enzovoort. Om dit te vermijden wordt personeel dat netwerktaken uitvoert gedetacheerd uit één van de ziekenhuizen en de kost hiervan wordt vervolgens verrekend tussen de andere leden. Deze werkwijze bestempelen betrokkenen ook als weinig efficiënt en erg ingewikkeld.

Ook voor artsen geldt een problematiek om op netwerkniveau te functioneren. Omwille van de diverse algemene regelingen die gelden in verschillende ziekenhuizen, is het verder niet eenvoudig om artsen tussen ziekenhuizen uit te wisselen. Toch zijn er ook voorbeelden waar het uitwisselen van artsen en personeel – met de nodige spitsvondigheid – goed verloopt. Maar de onzekerheid en omslachtigheid die hiermee gepaard gaat, maakt dat twijfelende partners dit als een gemakkelijk excuus kunnen invoeren om samenwerking niet te intensifiëren.

3.2.4.2 BTW?

Sommige respondenten geven ook aan dat er onduidelijkheid zou zijn over BTW-implicaties van meer intense samenwerking, maar we kregen hier zelf alvast geen helder beeld over. Gezien de onduidelijkheid en de techniciteit van deze kwestie gaan we hier nu niet verder op in, maar het is duidelijk dat overheden hieromtrent eventuele drempels tot samenwerking dienen aan te pakken als ze versterkte samenwerking tussen ziekenhuizen als wenselijk zien.

3.2.4.3 Focused factories

Sommige respondenten wijzen ook op de trend in de gezondheidszorg naar hyperspecialisatie en hoe zich dat op organisatieniveau kan doorvertalen. Zo kan een ziekenhuis zich zodanig toelagen op een bepaalde discipline of ziektebeeld dat het een zogenaamde ‘focused factory’ vormt. Het is echter niet duidelijk of een ziekenhuis dat deze weg inslaat in de toekomst de erkenning als ziekenhuis kan behouden. Een aantal ziekenhuizen beschouwen dit wel als een ernstige piste en zien hiermee een aantal kwaliteits- en efficiëntievoordelen gepaard gaan, bijvoorbeeld voor het inrichten van permanenties als antwoord op personeelsschaarste. Een implicatie van dergelijke trend voor de netwerken kan zijn dat netwerken dan in de eerste plaats een consortium van dergelijke ‘focused factories’ gaan vormen.

3.3 DE WEG VOORUIT?

De meeste respondenten zijn het erover eens dat het huidige financieringssysteem niet bevorderend is voor samenwerking, maar over hoe een financiering die samenwerking stimuleert er dan wel zou moeten uitzien lijkt meer verdeeldheid te bestaan. Interessant om vast te stellen is dat de standpunten niet enkel tussen de respondenten verschilden, maar ook naargelang de respondent spreekt als individu of vanuit zijn/haar functie.

“Ik zei dat ik niet pleit voor een financiering op netwerkniveau, maar ik bedoel dat vanuit mijn functie als ziekenhuisdirecteur! Ik zie persoonlijk ook geen andere uitweg dan dat er een andere financiering komt. Als je het netwerk als een belangrijk onderdeel van uw zorgorganisatie ziet, ja.... Ze hebben dat nu toch nog niet gezegd, maar als ze zeggen dat de netwerken de entiteiten moeten worden waarbinnen men moet samenwerken, dan zal het toch niet anders kunnen. Of het zal heel erg moeilijk worden.” (Directeur)

Er zijn stemmen die pleiten voor een netwerkfinanciering waarbij bijvoorbeeld een deel van de BFM-middelen aan het netwerk worden toegekend. Sommigen stellen zelfs dat er zonder eenheid van vermogen en bestuur nooit een intensieve samenwerking tot stand zal komen. Andere stemmen suggereren dat samenwerking – al dan niet op netwerkniveau – kan gestimuleerd worden door financiële prikkels en ruggensteun aan te reiken aan de individuele ziekenhuizen, zonder noodzakelijk het netwerk rechtstreeks te financieren. Samengevat variëren posities op verschillende assen:

- Voor wie ontvangt men financiering: patiënt of populatie?
- Wie ontvangt de middelen: ziekenhuis of samenwerkingsverband (het netwerk of andere samenwerkingsvorm)?
- Van waar komen de middelen: ziekenhuis of overheid?
- Wanneer komen de middelen: retrospectief of prospectief?
- Welke middelen: erkenningen of financieel of personeel?
- Hoeveel middelen: bijkomende middelen of verschuiving binnen bestaande middelen?

Respondenten geven aan dat er in elk geval een overgangsregeling, voorbereidingstijd en duidelijkheid noodzakelijk is als er belangrijke veranderingen zouden optreden, gezien de sterke onzekerheid en financieel precaire situatie waarmee ziekenhuizen momenteel kampen.

3.3.1 Netwerkfinanciering?

De term netwerkfinanciering wordt door respondenten meestal gerelateerd aan het eventueel toekennen door de overheid van een deel van het BFM op netwerkniveau zoals voorzien in de ziekenhuiswet, maar het kan in principe ook gaan over het samenbrengen van middelen vanuit de ziekenhuizen op netwerkniveau.

3.3.1.1 Overheidsinitiatieven

Minister van Volksgezondheid en Sociale zaken Vandenbroucke liet al enkele keren verstaan dat er geen overheidsnetwerkfinanciering zal komen tijdens de periode van de regering De Croo. In zijn nota van 22 januari 2022 drukte de minister de wil uit *“om prioritair de mogelijkheden tot samenwerking tussen ziekenhuizen in netwerkverband te faciliteren en financieel aantrekkelijk te maken. Er zal aandacht besteed worden aan het opheffen van regelgevende hinderpalen, zoals onder meer de BTW-wetgeving of de financiering van het interhospitaal vervoer. Dit met als doelstelling dat de verdere samenwerking tussen de ziekenhuizen leidt tot een vermindering en zeker niet tot een verhoging van de patiëntenfactuur. (...) Het budget van 7 miljoen euro dat voorzien was om de netwerkvorming te ondersteunen zal hier prioritair voor ingezet worden.”*⁴⁷ Het budget van 7 miljoen euro werd vervolgens toegewezen aan het financieren van extra PIT (paramedisch interventieteam) per netwerk. Een **PIT** houdt het midden tussen een ambulance en een MUG en kan worden ingezet voor dringende interventies. Deze bijkomende PIT kan worden ingezet voor medisch begeleid interhospitaal transport, zowel binnen het eigen locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk als voor transport naar een referentieziekenhuis voor supraregionale zorgopdrachten. Hoewel er slechts één extra toekenning is per netwerk, moet de aanvraag gebeuren door het individuele ziekenhuis (dat bij voorkeur nog geen PIT heeft) en kunnen meerdere ziekenhuizen van het netwerk een aanvraag indienen. De financiering van dit interhospitaaltransport zal gebeuren via het BFM van de individuele ziekenhuizen, waarbij de middelen die werden voorzien om samenwerking op netwerkniveau te bevorderen en coördineren zullen worden aangewend.⁵³

In de nasleep van de coronapandemie werd verder het **HOST (Hospital Outbreak Support Team) project** opgezet waarbij de krachten per ziekenhuisnetwerk worden gebundeld om zo een performanter beleid inzake verantwoord antibioticagebruik en infectieziektepreventie en -bestrijding te bekomen in de regio. Hierbij wordt niet enkel expertise en ondersteuning gedeeld tussen ziekenhuizen onderling, maar ook met andere types zorgvoorzieningen en zorgverleners. Het HOST project wordt echter door meerdere respondenten als een gemiste kans ervaren om een echt netwerkproject op te leggen, aangezien de financiering en beheer nog steeds in handen is van één coördinerend ziekenhuis en niet op netwerkniveau werd gebracht. Anderen nuanceren dat ten tijde van de opstart van het project, nog niet elk ziekenhuisnetwerk erkend was en/of voldoende ontwikkeld om deze verantwoordelijkheid op te nemen. Omwille van eerder besproken hinderpalen wordt ook hier gewerkt met herverdeling en verrekening van budgetten en detachering van personeel tussen ziekenhuizen.

Hoewel men veelal kritisch staat tegenover het idee om een deel van het BFM rechtstreeks aan het netwerk toe te kennen, zien respondenten het gebrek aan dergelijke financiering en financiële verantwoordelijkheid op netwerkniveau als een teken dat de overheid zelf niet gelooft in het concept van locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.

3.3.1.2 Ledenbijdragen

Naast rechtstreekse financiering van het netwerk door de overheid kunnen leden natuurlijk ook zelf middelen investeren in het netwerk. Zoals eerder al aangegeven is de animo daarvoor echter zeer beperkt, waarmee de ziekenhuizen zelf alvast de netwerken evenmin lijken te versterken.

“Om u ook maar te zeggen dat er ook geen gevoel van ernst is bij de ziekenhuizen naar dat netwerk toe. Dat is een ambetant ding voor velen van hen. Dat is een vervelend iets waar ze rekening moeten mee houden, maar waar niemand in gelooft. Dat is de realiteit.”(netwerkvoorzitter)

De **afhankelijkheid van de bijdragen van individuele ziekenhuizen** betekent in de praktijk dat het netwerk maar vooruitgang kan maken als ze allemaal voldoende bijdragen – individuele ziekenhuizen die toch zouden willen investeren in het netwerk zullen dat immers maar doen als ook de andere partners gelijk oversteken, waardoor een grotere **vrijblijvendheid** en onzekerheid geldt met betrekking tot de netwerkmiddelen. Respondenten geven aan dat deze problematiek ook speelt bij samenwerking tussen ziekenhuizen met andere zorgactoren.

“Door het feit dat de middelen niet in het netwerk zitten, maar bij de regering... Zij zitten eigenlijk aan de knoppen en de regering kent het geld toe aan de ziekenhuizen en niet aan de netwerken. Wel ja, je kan dat wel willen, maar als er eentje zegt ‘ik wil het niet (meer)’, dan valt het netwerk op apegapen en bloedt het netwerk dood. Of je zegt ‘we gaan dit even parkeren en gaan door met de rest’. Dus dat is traag... Dat is een processie van Echternach.”(netwerkvoorzitter)

Een eerdere studie met bevraging van Belgische stakeholders wees wel uit dat er een vraag is naar de mogelijkheid om erkenningen op het samenwerkingsniveau mogelijk te maken – niet enkel vanuit een financiële insteek, maar ook met het oog op taakverdeling.¹⁸ Toch detecteren we heel wat weerstand tegen dergelijke vormen van netwerkfinanciering, en die weerstand is veelal verbonden aan het streven naar behoud van autonomie als individueel ziekenhuis. In kleine ziekenhuizen leeft de vrees om met middelen ook zeggenschap in de eigen organisatie te verliezen, terwijl ziekenhuizen die tertiaire zorg aanbieden dan weer vrezen het beheer van erkenningen voor complexere zorg te moeten delen met andere ziekenhuizen. Het uitgangspunt van heel wat respondenten blijft het ziekenhuis als individuele organisatie.

Tegelijkertijd zien heel wat respondenten wel de nood om de krachten te bundelen rond complexe vraagstukken en beseft men dat individuele ziekenhuizen niet over alle middelen beschikken om deze alleen aan te pakken. Voorbeelden hiervan zijn het implementeren van een geharmoniseerd beleid, oplossen van een maatschappelijk probleem (zoals het afstemmen van het zorgaanbod) of het aanbieden van een publieke dienstverlening (klinische samenwerking).⁴³ In die zin is de noodzaak om de eigen middelen als ziekenhuis toch duurzaam te verbinden met die van andere ziekenhuizen en andere zorg- en welzijnsactoren een realiteit. Hoe dit in de praktijk te doen, is echter vaak een proces van trial-and-error.⁵⁴

3.3.1.3 Eenheid van vermogen

Deze vaststellingen, maar ook de onberekenbaarheid van de consequenties van de samenwerking, maakt dat heel wat ziekenhuizen eenheid van vermogen en bestuur als beste uitweg zien om sterke samenwerkingsambities waar te maken. Dit kan onder de vorm van een ziekenhuisgroepering, integratie, holding of fusie. Een fusie is het meest verregaand en resulteert in één beheer en één erkenning als ziekenhuis. In een aantal situaties achten ziekenhuizen dit niet wenselijk of mogelijk waardoor vaker sprake is van een integratie en creatie van een holding waarbij elk ziekenhuis zijn erkenning als ziekenhuis blijft behouden, maar waarbij de aansturing en uitbating gebeurt door een gemeenschappelijk bestuur. Het lijkt er dus op dat als ziekenhuizen wel voor verregaande samenwerking met elkaar willen gaan, ze niet voor de netwerkfiguur kiezen, maar wel voor andere vormen. Dit roept ook de vraag op naar de specifieke positionering van de netwerken in het samenwerkingscontinuüm dat ziekenhuizen ter beschikking hebben.

Ook ziekenhuizen die dergelijke intensieve samenwerking - tot en met fusie – aangaan, zullen trouwens wel nog steeds met nieuwe samenwerkingsvraagstukken te maken krijgen, bijvoorbeeld met andere netwerken, met andere ziekenhuizen, andere zorgactoren, ... waarbij krachten moeten worden gebundeld en middelen – onder welke vorm dan ook – zullen moeten worden samengebracht volgens een netwerkfilosofie.

3.3.1.4 Netwerkdoelstellingen

Om netwerken zinvol te laten werken, suggereren sommige respondenten het explicieter formuleren van **doelstellingen op netwerk- of regioniveau**. Het kan daarbij gaan om financiële doelen, maar ook afgeleide doelen zoals beddenafbouw of een verschuiving van activiteiten. Dit kan al dan niet gepaard gaan met een (gedeeltelijke) populatiefinanciering, al moet hierbij de keuzevrijheid van de patiënt worden gewaarborgd.

Respondenten geven aan dat dergelijke richting meer overheidssturing vergt, aangezien ziekenhuizen en artsen dit niet spontaan zullen doen wat in hun eigen vlees snijdt. Zonder overheidsdruk en -prikkel is het bijvoorbeeld ondenkbaar, zo stellen respondenten, dat een medische raad in een ziekenhuis een sanering en afbouw van het artsenkader zou goedkeuren. Een voorbeeld van meer overheidssturing via prikkels zou kunnen zijn om meer middelen beschikbaar te maken wanneer ziekenhuizen samen als netwerk vanuit een netwerkstrategie middelen aanvragen in plaats van apart als individuele ziekenhuizen. In dergelijke gezamenlijke aanvraag zouden verschillende ziekenhuizen uit de regio samen een voorstel doen om als netwerk een activiteit op een bepaalde plaats in te richten, in plaats van een aanvraag door dat ene ziekenhuis dat de activiteit zal uitbouwen.

Dit laatste idee ligt overigens in lijn met de koppeling van regionale zorgstrategische plannen en VIPA-financiering, maar gaat nog een stap verder. Het beperkt zich bovendien niet tot (Vlaamse) infrastructuursubsidies maar kan ook gaan over erkenningen en conventies.

3.3.2 Belonen van samenwerking

Een alternatieve benadering die in gesprekken naar voren komt, is dat het behalen van bepaalde doelstellingen – die in lijn liggen met de achterliggende gedachte van het netwerkconcept – op regio- of populatieniveau zouden worden beloond op organisatieniveau. De focus ligt hierbij op verwezenlijkingen of evoluties waartoe men niet alleen in staat is en aldus toenadering zal moeten zoeken tot andere zorgactoren, waaronder andere organisaties en (groepen van) zorgverleners, maar daar wel individueel beloond wordt.

Een geformuleerde tussenoplossing houdt in dat bepaalde middelen en subsidies worden verdeeld tussen het netwerk als geheel en de individuele ziekenhuizen. Deze aanpak erkent de collectieve inspanningen van het netwerk, terwijl tegelijkertijd ruimte wordt geboden voor specifieke ondersteuning op het niveau van de individuele ziekenhuizen.

Een essentiële overweging bij het belonen van samenwerking is de afweging tussen maatregelen die een stijging van het budget impliceren tegenover deze die mikken op een herverdeling of verschuiving van middelen. Het lijkt essentieel om bij de implementatie van beloningssystemen een juiste balans tussen deze benaderingen te vinden om zo draagvlak te vinden (en behouden) en tegelijkertijd de duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem te waarborgen. Zo kan een beloningssysteem op basis van zuivere herverdeling immers ook worden gepercipieerd als bestraffingssysteem.

3.3.3 Transitieperiode

Respondenten wijzen vaak op de onzekerheid rond het financieringsniveau (organisatie of netwerk) als olifant in de kamer om toekomstgerichte beslissingen te nemen. Een concreet voorbeeld is het hypothetische scenario waarin wordt gesteld dat er slechts één apotheek mag zijn per netwerk. Stel dat de financiering hiervan wordt gebaseerd op het aantal bedden dat men samen als netwerk heeft, zal dit een fundamenteel andere denkwijze tot gevolg hebben dan wanneer de middelen van de individuele ziekenhuizen moeten worden samengebracht. Het gevoel bij respondenten van een soort constante dreiging van overheden die op elk moment het gaspedaal kunnen induwen of net loslaten, voegt nog een extra laag complexiteit toe.

Als voorwaarde voor eender welke wijziging stellen respondenten dat zo'n doelstelling vergezeld moet zijn met enkele garanties, zoals duidelijkheid omtrent de erkenning als ziekenhuis en budgettaire zekerheid gedurende een transitieperiode. De financierende overheden zouden deze overgangsfinitanciering, aldus deze respondenten, als een investering moeten zien met het oog op toekomstige besparingen die consolidatie en rationalisatie van het aanbod zal veroorzaken. Door

dergelijke geleidelijke afbouwregeling, zouden ziekenhuizen minder vrees hebben om een cascade aan erkenningen te verliezen door het afstoten van een dienst. Minimale of onbestaande winstmarges maken immers dat ziekenhuizen zich eerder defensief opstellen t.o.v. hervormingen. Deze rem werkt in twee richtingen: ziekenhuizen willen geen activiteit afstaan uit onzekerheid over de financiële repercussies maar ook omgekeerd, zijn ziekenhuizen niet geneigd om financieel minder interessante diensten over te nemen van collega-ziekenhuizen wanneer hiervoor geen prikkel bestaat. Dit kan gaan over investeringen die nodig zijn om dit mogelijk te maken. Hinderpalen hierbij kunnen zijn ruimtegebrek, personeelstekort, Er wordt ook gewag gemaakt van angst en onzekerheid bij het artsenkorps omtrent zowel de hervorming van de honoraria als de netwerkvorming, waardoor ze moeilijk kunnen inschatten welke effecten dit alles teweeg zal brengen op hun patiëntenomzet.

Hoewel er trajecten lopende zijn om de ziekenhuisfinanciering grondig te hervormen, lijkt er in de sector veel onduidelijkheid over hoe overheden het toekomstige ziekenhuis- en zorglandschap zien. Dergelijke invulling vergt een gecoördineerde aanpak tussen federale en regionale overheden en sociaal ondernemerschap van de sector zelf. Zoals al meermaals is gebleken in voorgaande delen van dit rapport wordt er zowel warm als koud geblazen vanuit de sector: een zo ruim mogelijke autonomie en zoveel mogelijk rechtstreekse financiering als ziekenhuis om dan zelf te bepalen hoe, omtrent wat en met wie samen te werken, maar tegelijkertijd weerklinken ook sterke kritieken t.a.v. overheden omwille van gebrekkige sturing en flankerende garanties op tal van vlakken.

“Dat gaat niet leuk zijn voor sommigen, maar je weet wel waar je naartoe gaat.” (algemeen directeur)

4 ACTIVITEITEN VAN HET NETWERK

Hoewel we in eerdere hoofdstukken al een eerste beeld van de activiteiten van het netwerk (of soms beter het gebrek daaraan) hebben geschetst, gaan we hier nog wat verder in op deze activiteiten.

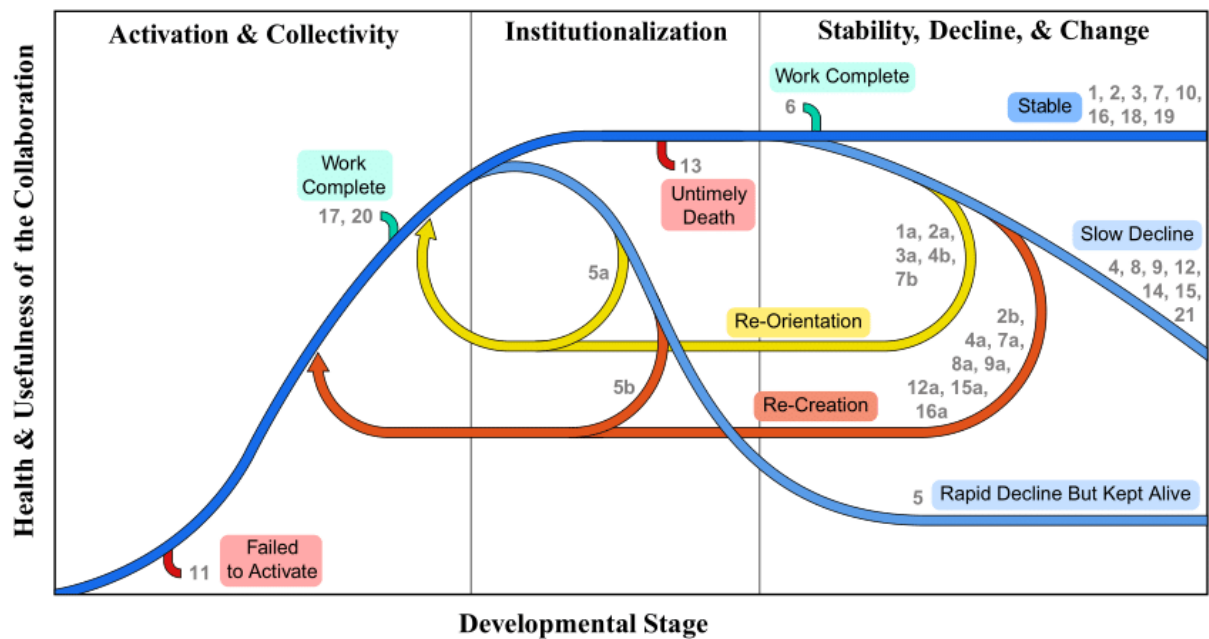
4.1 **VERSCHIL TUSSEN INTENTIES (SAMENWERKINGSAMBITIES) EN WERKELIJKE ACTIVITEIT**

“We leven in een impasse van goede ideeën en concepten, en een sfeer van saamenhorigheid, maar we maken te traag vooruitgang naar mijn zin omdat er te weinig duidelijkheid is over wat we willen doen.” (netwerkvoorzitter)

In algemene termen zien we een kloof tussen de formele ambities van de netwerken en wat er in de praktijk op het terrein gebeurt. We haalden al diverse redenen aan waarom de activiteiten van de netwerken al bij al beperkt zijn en dat er heel wat samenwerking verloopt via andere kanalen en samenwerkingsvormen. De netwerken zelf zijn verder ook nog relatief jong en in ontwikkeling, waarbij er tal van knelpunten liggen op de weg naar het eventueel gezamenlijk uitbouwen van activiteiten op het niveau van de netwerken (artsenstatuten, financiële regelingen, ...). De netwerken beschikken met andere woorden nog over een beperkte maturiteit. We gaan daar nu dieper in, omdat het helpt om de netwerken in een wat ruimere ontwikkelingscontext te plaatsen.

4.1.1 **Maturiteit**

De ontwikkeling van een netwerk wordt in de literatuur wel eens voorgesteld als een cyclisch proces (zie Figuur 6) waarbij niet enkel hun governance maar ook hun activiteiten mee evolueren in functie van de maturiteit.²⁸



Figuur 6 Nicola Ulibarri, Kirk Emerson, Mark T Imperial, Nicolas W Jager, Jens Newig, Edward Weber, how does collaborative governance evolve? Insights from a medium-n case comparison, *Policy and Society*, Volume 39, Issue 4, December 2020, Pages 617–637,

In de beginfase (activatie) ligt de focus van netwerkactiviteiten idealiter op het opbouwen van sterke relaties tussen de ziekenhuizen en de betrokken geledingen (management, artsen, verpleegkundigen, logistieke diensten, ...). Activiteiten omvatten het opzetten van communicatiekanalen, het bevorderen van onderling vertrouwen en het ontwikkelen van toewijding en begrip. Heel wat netwerken lijken hier alvast inspanningen te hebben gedaan en/of nog te doen.

Naarmate het netwerk evolueert, is de verwachting dat de betrokkenheid en toewijding van de netwerkliden groeit en het netwerk zich geleidelijk aan institutionaliseert en zo een tweede ontwikkelingsstadium bereikt. De relaties worden idealiter stabiel en enkele eerste collectieve doelen worden bereikt. De kernactiviteiten verleggen zich van relationele aspecten naar operationele aspecten zoals het doorvoeren van efficiëntieverbeteringen, gezamenlijke protocollen en harmonisatie. Het institutionaliseren van het netwerk en haar processen leidt tot een stabiele fase die typisch gepaard gaat met een evolutie richting gedeeld leiderschap.⁵⁵ Als we dit ideaaltypisch verloop afzetten tegen hetgeen uit de interviews blijkt, dan lijkt de vooruitgang op dit vlak eerder beperkt, al varieert dat van netwerk tot netwerk. Naargelang de eerder vermelde houding van ziekenhuizen ten opzichte van het netwerk (als kans, als noodzaak, als verplichting, als irrelevant) zijn er soms wel en soms geen concrete activiteiten te zien die tonen dat de samenwerking in het netwerk een meerwaarde oplevert.

Zo wijzen respondenten in een aantal netwerken op een onderscheid tussen **de believers en non-believers** van het netwerk waardoor actoren met verschillende ingesteldheid geacht worden samen te gaan werken. **De opportuniteit lijkt niet voor iedereen even groot.** De perceptie leeft dat vooral

grote en kleine ziekenhuizen hebben baat bij samenwerking, terwijl voor middelgrote ziekenhuizen de meerwaarde op organisatieniveau beperkt zou zijn. Verder ervaren sommige ziekenhuizen hun lidmaatschap in het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk als **een stap terug**, omdat zij de eerdere samenwerkingsverbanden als verder ontwikkeld beschouwen en deze hierdoor gehypothekeerd worden. Zo zijn er ziekenhuizen die reeds voor de netwerkvorming deel uitmaakten van een groter geheel, waarbij niet per se elk lid van dit geheel deel kan uitmaken van hetzelfde ziekenhuisnetwerk. Dit kan zijn omdat de ziekenhuizen niet tot dezelfde regio behoren, of omdat ze bestaan uit andere types zorgvoorzieningen (woonzorgcentra, psychiatrische ziekenhuizen, ...). Voor deze organisaties kan de netwerkvorming conflicteren met eerdere strategische wegen – bijvoorbeeld richting geïntegreerde zorg – die zij insloegen. Ook **andere agenda's** in sommige ziekenhuizen, zoals het aangaan van fusies met andere ziekenhuizen, maken dat het niet opportuun is voor hen om afspraken te maken op netwerkniveau alvorens binnen de nieuwe fusie-organisatie knopen door te hakken en keuzes te maken. Fusies hebben daarnaast ook een effect op machtsverhoudingen en evenwichten binnen het netwerk.

Kortom, van een echte institutionalisering van de netwerken lijkt er op het terrein vooralsnog weinig sprake.

“Er zijn directieraden die de wetgeving op de ziekenhuisnetwerken beschouwen als iets wat opgedragen is geweest en als iets waar voor hun eigen ziekenhuis weinig toegevoegde waarde bevat. Resultierend in een context waarin men uitsprekt dat men iets van de netwerken wil maken, maar waarbij ieder op zijn eigen manier op de vier wielen tegelijk gaat staan.” (algemeen directeur)

Bijgevolg is het niet zinvol de derde ontwikkelingsfase hier te bespreken: de netwerken bevinden zich eerder in eerste en soms (in het begin van) de tweede fase, maar het vraagstuk om eventueel verder door te ontwikkelen of stabiel verder te gaan of het netwerk te herzien nadat de eerste twee fases doorlopen zijn, lijkt nog niet aan de orde.

“Je moet het [netwerk] niet als een bedreiging zien, maar dat is toch verdorie moeilijk” (algemeen directeur).

In algemene termen is de maturiteit van de netwerken dus eerder beperkt te noemen en de vraag is in hoeverre die maturiteit nog zal kunnen toenemen, gezien alle eerder opgelijste kritische factoren en zonder ernstige wijzigingen in de beleidscontext.

4.1.2 Samenwerkingsdoel?

4.1.2.1 De interpretatie van de opdracht varieert tussen netwerken

Zoals eerder besproken ervaren respondenten een onduidelijke toekomstvisie vanuit de verschillende overheden, alsook onduidelijkheid over de finaliteit van de netwerken, waardoor de interpretatie van wat ziekenhuizen samen moeten realiseren in de netwerken varieert.

Een aantal interpretaties die uit de gesprekken naar voren kwamen, zijn:

- Ziekenhuizen moeten samen werken aan de 'quintuple aim' en het netwerk is daarvoor één van de mogelijkheden
- Het werken in een netwerk is een (tussen-)stap naar 'integrated healthcare', waarbij niet enkel tussen ziekenhuizen maar ook met behulp van andere zorgactoren naadloze zorg wordt georganiseerd
- Netwerken zijn nodig om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken en het hoofd te bieden aan:
 - Stijgende kosten, o.a. als gevolg van toename van de zorgvragen en -activiteiten door vergrijzing en technologische innovatie. De toenemende schuldenlast van de overheid maakt dat de nodige middelen moeten gezocht worden in efficiëntieverbeteringen.
 - Personeelsproblemen, waarbij naargelang de regio en discipline een groot tekort is aan zowel verpleegkundigen als artsen

Initiatieven die kunnen helpen om de netwerkdoelen te verduidelijken lijken ook niet altijd het gewenste effect te hebben. Zo werd in 2022 een lijst met loco- en supraregionale zorgopdrachten gepubliceerd. Locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken zijn bedoeld zijn om locoregionale zorg te organiseren in de regio, maar bij heel wat respondenten lijkt er toch nog steeds een fundamentele begripsverwarring te bestaan. De gesprekken tussen de leden van de locoregionale ziekenhuisnetwerken in de huidige setting richten zich in eerste instantie vooral op het verdelen van supraregionale zorgtaken. Wanneer het gaat om basiszorg (materniteit, geriatrie, ...) zien we dat de intentie tot samenwerking en afstemming eerder beperkt blijft binnen het netwerk. De opmaak van de zorgstrategische plannen lijkt hier wel een verandering in te brengen, maar het is nog af te wachten hoe die plannen uiteindelijk wordt geïmplementeerd.

4.1.2.2 De interpretatie van de opdracht varieert tussen de leden van het netwerk

De interpretatie over de opdracht kan variëren tussen netwerken maar ook tussen leden van de netwerken onderling.

Wanneer een partner fundamenteel niet geïnteresseerd is in het samenwerken in een netwerkstructuur, is het voor het netwerk in het algemeen zeer moeilijk om toch gemeenschappelijke afspraken te maken en samen activiteiten uit te bouwen. In zo'n situatie is het hoogst haalbare een coalitie tussen (enkele of alle) netwerkpartners die wel wensen samen te werken naargelang het voorliggende thema. Respondenten geven aan dat de vrijblijvendheid hier een permanent risico vormt dat een van de partners de kar keert.

Dit staat in contrast met een situatie waarin partners zich er allemaal toe verbinden om netwerkprojecten ofwel samen, ofwel niet uit te bouwen. Voorstanders van deze aanpak geven aan

dat de duidelijkheid hierrond bijdraagt tot een samenhorigheidsgevoel dat onzekerheid en behoudsgezindheid kan overwinnen. Dit vergt echter een context waar al eensgezindheid is over welke weg uit te gaan en waar men allen overtuigd is van elkaar als partner in het netwerk.

4.2 NETWERKFUNCTIES

Hoewel dit rapport in de eerste plaats een analyse vormt van de locoregionale ziekenhuisnetwerken, wordt de term 'netwerk' op zeer uiteenlopende wijze gebruikt en geïnterpreteerd. Dit zorgt soms ook voor spraakverwarring op het terrein. Verschillende theoretische **typen van netwerken** kunnen worden onderscheiden, elk met **één of meerdere functies** die hen definiëren.²⁷

Andere wetenschappelijke benaderingen delen netwerken op volgens hun looptijd of tijdelijkheid.

- De ziekenhuisnetwerken zijn opgericht als **permanente structuur** om voortdurende samenwerking en coördinatie tussen verschillende organisaties te ondersteunen, zonder een vast eindpunt.
- Daarnaast kunnen ook nog **projectnetwerken** worden onderscheiden. Een projectnetwerk verwijst naar een tijdelijke samenwerking tussen verschillende organisaties die gezamenlijk werken aan de realisatie van een specifiek project. In tegenstelling tot permanente structuren zijn projectnetwerken opgericht om een welomschreven doel te bereiken binnen een bepaalde tijdspanne.

Ook in de Vlaamse ziekenhuissector komt deze variatie tot uiting. Afhankelijk van factoren zoals onder andere intenties en middelen, wordt het netwerk één of meerdere functies toebedeeld. De onderstaande indeling is geïnspireerd op bestaande categorieën van types en functies zoals beschreven in de netwerkliteratuur²⁷, maar aangepast aan de specifieke context van de Vlaamse ziekenhuisnetwerken. De verwevenheid tussen de verschillende functies en types worden bijvoorbeeld geïllustreerd door projecten zoals het implementeren van een elektronisch patiëntendossier (EPD). Vanuit een innovatie en efficiëntie oogpunt kan dit een einddoel zijn, maar eveneens een tussenstap voor klinische integratie.

Hierbij moet worden opgemerkt dat het niet eenvoudig is onderscheid te maken tussen activiteiten die onder het locoregionaal ziekenhuisnetwerk vallen, en activiteiten die gezamenlijk worden uitgebouwd tussen één of meerdere leden die tot hetzelfde locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk behoren. Het overleg op werkgroepen tussen ziekenhuizen gaat veel verder dan netwerkmaterie stricto sensu. In heel wat netwerken wordt met andere woorden weinig formeel toegeschreven aan het ziekenhuisnetwerk zelf en worden activiteiten juridisch niet op het netwerkniveau ontwikkeld, maar merken actoren wel degelijk meerwaarde op die meer onder de radar blijft maar wel degelijk in samenwerking resulteert.

“Artsen uit andere ziekenhuizen komen naar hier, ook de weg terug begint. Daar zie ik een meerwaarde. Maar die meerwaarde ligt dus eigenlijk vandaag meer in de officieuze kanalen dan in dat formeel gedoe” (algemeen directeur).

Het is dus cruciaal om de tot nu toe eerder kritische analyse over de netwerken te nuanceren en oog te hebben voor de bredere waaier aan functies die in de schoot van sommige netwerken opgenomen worden en een meerwaarde kunnen betekenen. Enkel focussen op hetgeen respondenten zien als samenwerkingsactiviteiten op het niveau van het netwerk of linken aan de netwerkdoelen van de overheid zou de werkelijke samenwerkingspraktijk immers onderschatten. Omgekeerd bestonden er soms ook al samenwerkingspraktijken tussen partners vóór ze formeel in een netwerk terecht kwamen.

De verschillende functies waarrond zoal samengewerkt wordt bespreken we hieronder, telkens (niet-limitatief) geïllustreerd met één of meerdere voorbeelden. Het zijn illustraties over alle gesprekken en netwerken heen, dus in sommige netwerken worden bepaalde functies wel of niet opgenomen of geambieerd.

4.2.1 Focus op delen van informatie en kennis

De primaire focus ligt op het delen en verspreiden van informatie en kennis over organisatorische grenzen heen. Dit kan vele vormen aannemen en kan zowel een doel op zich zijn of een opstap in functie van het bereiken van andere doelen en mogelijk maken van het ontwikkelen van andere netwerkfuncties.

Informatiedeling verwijst naar het proces waarbij informatie wordt gedeeld tussen verschillende partijen binnen een netwerk. Dit kan zowel actief of passief zijn en benadrukt het verstrekken van gegevens of feitelijke informatie aan anderen. Het delen van informatie kan unidirectioneel zijn, waarbij een organisatie informatie verstrekt zonder noodzakelijkerwijs te verwachten dat anderen informatie terug delen of dat men over de organisatiegrens met deze informatie aan de slag gaat.²⁷

Voorbeeld	Omschrijving
Openstellen van database	Er wordt aan partnerorganisaties binnen het netwerk toegang gegeven tot gegevensbanken van de eigen organisatie
Powerpoint op netwerkoeverleg	Ziekenhuizen bereiden elk enkele slides voor met toelichting over projecten waar ze binnen hun ziekenhuis aan werken (bijvoorbeeld verbouwplannen, ...)

De informatiedeling gebeurt soms via de formele overlegstructuren, maar soms ook eerder via informele kanalen.

“Op de vergaderingen zelf wordt niet echt informatie over de projecten in de verschillende ziekenhuizen uitgewisseld. Maar zoals in vele Belgische vergaderingen wel na de vergadering en in de wandelgangen”. (algemeen directeur)

Dit benadrukt het belang van fysieke vergaderingen voor informele informatiedeling. Zoals later in dit overzicht zal blijken, vormt deze informatiedeling vaak een eerste stap tot het ontplooiën van andere netwerkfuncties.

Informatieverspreiding gaat een stap verder en houdt verband met het verspreiden van informatie naar een bredere groep of over een grotere afstand binnen het netwerk. Het impliceert dat de informatie zich verspreidt van de ene entiteit naar de andere entiteit binnen het netwerk. In tegenstelling tot informatiedeling ligt de nadruk hier op het proces van doorgeven van informatie en hoe deze informatie zich over het netwerk verspreidt. Het gaat hier in de praktijk soms over gevoelige informatie die past in verregaande samenwerkingsplannen tot en met fusies en waar bijgevolg ook confidentialiteitsafspraken rond gemaakt worden.²⁷

Voorbeeld	Omschrijving
Due diligence	Verzamelen en analyseren van diverse bedrijfsinformatie over de verschillende organisaties (juridisch, financieel, operationeel, ...). Kan een eerste stap zijn naar andere functies, om pad te effenen voor harmonisatie, integratie, schaalvergroting maar ook voor interne benchmarking en om processen van elkaar beter te begrijpen en vergelijken.
Werkgroep beleidsinformatie	In kaart brengen van alle activiteiten en alle samenwerkingsverbanden van de verschillende ziekenhuizen, verzamelen van beschikbare feitelijke informatie
Boekhouding	Verschiedende ziekenhuizen hebben verschillende boekhouding en informatie gaat dan over bijvoorbeeld hoe een IT'er toe te wijzen aan een afdeling of aan de stafdienst. Gaat over lijnen samenvoegen, uitsplitsen enzovoort.

Kennisuitwisseling

Kennisuitwisseling gaat verder dan enkel het delen of verspreiden van informatie, en omvat ook het actieve proces waarbij organisaties inzichten en ervaring met elkaar delen. Meer dan bij informatiedeling is dit een tweerichtingsproces, waarbij zowel de zender(s) als ontvanger(s) nauwer betrokken zijn. Dit kan spontaan tot stand komen, op basis van gebeurtenissen in de omgeving of in de eigen organisatie, of geïnitieerd worden als reactie op een kennisnood/vraag van één van de leden. Kennisuitwisseling impliceert gebruik van andermans expertise, ervaring en inzichten in gelijkaardige situaties om een probleem op te lossen.

Algemeen geven respondenten aan dat de creatie van horizontale overlegstructuren in het kader van het ziekenhuisnetwerk – tussen hoofdartsen onderling, tussen directeurs onderling – ertoe leidt dat men elkaar kent en zelfs in netwerken waar weinig lijkt te gebeuren er een verlaagde drempel wordt ervaren om collega's te contacteren voor bijvoorbeeld advies. Dit kan op individueel functieniveau, maar ook op ziekenhuisniveau.

Voorbeeld	Omschrijving
Bouwdossiers	Ene ziekenhuis heeft al ervaring met aanvragen van subsidies maar ook meer algemeen ontwerpen en bouwen van ziekenhuis en kunnen terecht bij netwerkpartner om vragen te stellen, voor feedback en algemene ondersteuning.
Advies over personeelsaangelegenheden	Vraag van personeelsequipe t.a.v. directie om maaltijdscheques. Directie vraagt hierover advies aan netwerkcollega's. Netwerkcollega's geven voor- en nadelen van hoe zij dit in hun ziekenhuis uitwerken + praktische tips
Plaatsbezoek	Directies bezoeken elkaars ziekenhuis en stellen actief vragen over wat ze opmerken om zo te leren voor de eigen organisatie

Kennisontwikkeling

Waar bij kennisuitwisseling het primaire doel eruit bestaat om bestaande kennis en informatie te delen, verwijst kennisontwikkeling naar het actieve proces waarbij nieuwe kennis wordt gecreëerd binnen het netwerk. Het is een proces waarbij nieuwe kennis, inzichten en ideeën worden ontwikkeld door het combineren van bestaande informatie en kennis van elk van de deelnemers. Bij complexe vraagstukken – typerend voor netwerken – kan men op deze manier komen tot beter begrip van een probleem, innovatie en verbeterde praktijken.

Voorbeeld	Omschrijving
Bespreken beleidsnota's	Wanneer beleidsnota's van overheden of belangenorganisaties worden verspreid, organiseert het netwerk hierrond een vrije gedachtewisseling tussen de verschillende leden van het netwerk.

Visieontwikkeling	Men voelt aan dat kennis en expertise uitwisselen maakt dat men sterker staat in beleid. Netwerk biedt forum om tussen ziekenhuizen te overleggen over hoe zorg organiseren voor de specifieke populatie die men bedient. <i>“Ik vind het bijzonder fijn om systematisch met mijn collega’s een visie te ontwikkelen over zorg in onze specifieke regio. Dat is bijzonder fijn en die netwerken forceren ons daar toch wel in.” (algemeen directeur)</i> Als onderdeel van het zorgstrategisch plan komt ook telkens de vraag ‘wat kan het netwerk betekenen voor de populatie’ aan bod.
Oprichten horizontale denktanks	Staflmedewerkers kwaliteit denken samen in een netwerk-kwaliteitscomité na over kwaliteitsindicatoren en de rapportage daarover

4.2.2 Focus op ondersteuning en ontwikkeling

Mentorschap en coaching

De netwerken geven ook kansen op het bieden van mentorschap en coaching op organisatieniveau. Er kunnen programma’s of (spontane) initiatieven zijn waarin ervaren organisaties andere begeleiden in hun ontwikkeling, delen van best practices en het geven van strategisch advies.

Voorbeeld	Omschrijving
Interne onrust in organisatie	Directeur ervaart probleem in eigen organisatie, collega-directeurs ondersteunen hierin, geven advies en helpen waar ze kunnen
Ondersteunen nieuwe aanwervingen	Een nieuw personeelslid start op een eenpersoonsfunctie waarbij hij weinig beroep kan doen op interne ondersteuning. Meer ervaren collega’s uit netwerkziekenhuis staan mee in voor opleiding en fungeren als klankbord.

Capaciteitsopbouw en -onderhoud

Hierbij staat de ontwikkeling van faciliteiten en vaardigheden op **organisatieniveau** centraal en het waarborgen van continuïteit van bestaande diensten.

Voorbeeld	Omschrijving
Uitbouw nieuwe dienst	Delen van ervaring en expertise bij het uitbouwen van nieuwe diensten binnen ziekenhuizen. Een regionaal ziekenhuis heeft basisdiensten, maar vaak ook de ambitie om minstens enkele meer gespecialiseerde diensten te kunnen aanbieden. Grotere partners kunnen hierin hun ervaring ter beschikking stellen om zo'n dienst te ontwerpen en te helpen bij de opstart, ook fysiek, bijvoorbeeld door het uitbesteden van artsen en verpleegkundigen die hun collega's op de nieuwe dienst klaarstomen om dit op termijn zelfstandig te runnen.
Opvangen personeelsuitval	Ziekenhuis x heeft geen of nauwelijks artsen meer in een bepaalde discipline en ziekenhuis y vult op met eigen staf uit zijn ziekenhuis om continuïteit te waarborgen.
Grote ziekenhuizen die groter bereik willen	Grote ziekenhuizen willen Europees en internationaal kunnen concurreren en stoten hiervoor op de grenzen van de eigen capaciteit. Door beroep te doen op zowel bedden, patiënten, personeel, e.d. van partnerziekenhuizen kunnen gespecialiseerde centra worden uitgebouwd of kan grootschaliger onderzoek worden opgezet.

Outreach en operationaliseren van netwerkkennis

De kennis en expertise die in het netwerk opgebouwd en beschikbaar is, wordt omgezet in operationele processen en praktijken. Dit kan onder meer inhouden dat de netwerkpartners gezamenlijke protocollen, richtlijnen en standaarden ontwikkelen die consistent worden toegepast in alle verbonden organisaties. Bovendien wordt de collectieve kennis en ervaringen binnen het netwerk gebruikt om verbindingen te maken buiten de traditionele ziekenhuisomgeving, met als doel andere zorgorganisaties- en professionals, en bij uitbreiding de gemeenschap, te betrekken en hun vaardigheden te versterken. Typische domeinen omvatten preventieve zorg, gezondheidseducatie en infectieziektepreventie- en bestrijding.

Voorbeeld	Omschrijving
Hospital Outbreak Support Team (HOST)	Een multidisciplinair ziekenhuisteam met expertise in beheer van infectie- en epidemiologische risico's stelt deze expertise ter beschikking van residentiële collectiviteiten en andere actoren van de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze ondersteuning richt zich op opleiding van personeel, opzetten van communicatiekanalen, opstellen van richtlijnen, maar ook mobiele teams die ter plaatse kunnen komen wanneer nodig.
Organiseren overleg met andere zorgactoren	De netwerkfiguur wordt gebruikt als aanspreekpunt voor andere zorgactoren. Afstemming kan gebeuren op structurele wijze of ad-hoc, bijvoorbeeld n.a.v. de opmaak van het regionaal ZSP. Zo kunnen er bijvoorbeeld lokale, uniforme richtlijnen en hulpmiddelen worden ontwikkeld.

Het **HOST-project** wordt in de meeste netwerken beschouwd als het eerste echte netwerkproject. De middelen worden telkens administratief toegekend aan een coördinerend ziekenhuis. De praktische uitwerking varieert naargelang het netwerk in kwestie: dit gebeurt soms in centrale coördinatie met detachering vanuit elk van de netwerkziekenhuizen, of het coördinerende ziekenhuis organiseert de HOST-activiteiten voor de regio en rapporteert hierover aan de netwerkpartners.

Voor evaluatie en beschrijving van de activiteiten in het kader van het HOST-project wordt verwezen naar het jaarlijks evaluatierapport opgemaakt door de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC).⁵⁶ Hierin worden een aantal positieve effecten benoemd: de toenadering tussen ziekenhuizen en professionals door het samen werken rond een thema, het erkennen van elkaars complementariteit en uitbouw van nieuwe transmurale contacten en communicatielijnen. Anderzijds komen ook een aantal uitdagingen naar boven die ook algemeen op netwerkniveau herkenbaar klinken, zoals het gebrek aan langetermijnvisie, onduidelijke rol voor de teams, vage doelstellingen, concurrerende prioriteiten in de ziekenhuizen en de tijdsinvestering voor coördinatie en overleg. Ook infrastructurele, culturele en operationele verschillen tussen de ziekenhuizen bemoeilijken het vormen van homogene teams en werkwijzen. Daarnaast botst men door het gebrek aan geografische aflijning op overlappingsen en hiaten in de dekking van de eerstelijnszorgvoorzieningen door de HOST-teams.⁵⁶

Feedback en evaluatie

Dit gaat om het verzamelen van informatie over de prestaties, processen en resultaten van de activiteiten binnen de individuele ziekenhuizen, waarop de andere ziekenhuizen reactie kunnen geven. Door deze informatie te analyseren en interpreteren in elk van de ziekenhuizen kan een niet-competitieve systematische beoordeling van onder meer de zorgkwaliteit en efficiëntie worden georganiseerd. Dit draagt bij aan transparantie, identificeren van best practices en het stimuleren van continue verbetering.

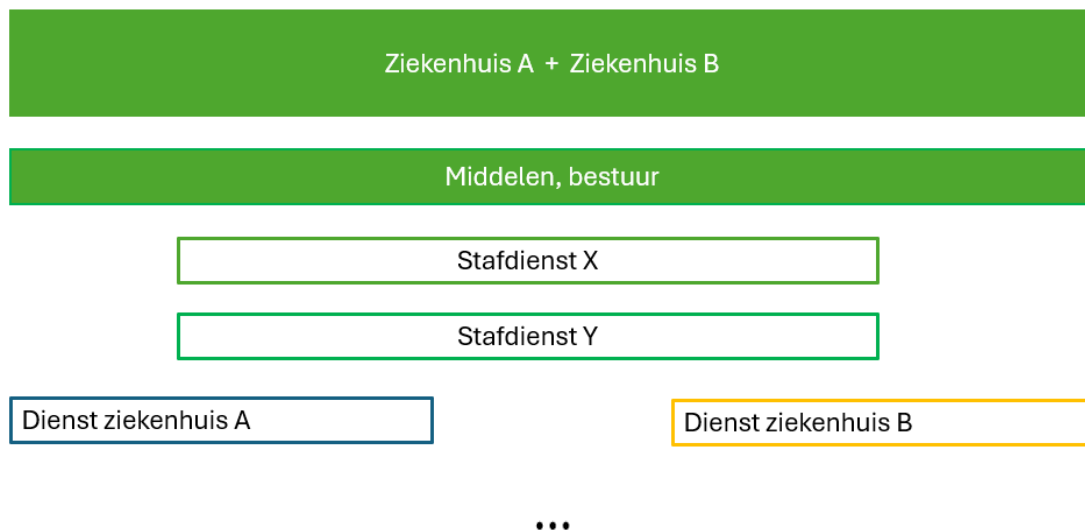
Voorbeeld	Omschrijving
Audit	Netwerkziekenhuizen voeren audits uit bij elkaar. Dit houdt in dat ze elkaars processen, protocollen, en kwaliteitsstandaarden beoordelen om te zorgen voor naleving van richtlijnen, identificatie van best practices en continue verbetering van de zorgkwaliteit binnen het netwerk.
Meten zorgoutcomes	Ontwikkelen van meetbare zorgprocessen en kwaliteitsindicatoren, bijvoorbeeld patient experience, die onderling kunnen vergeleken worden.

4.2.3 Focus op administratieve synergie en efficiëntie

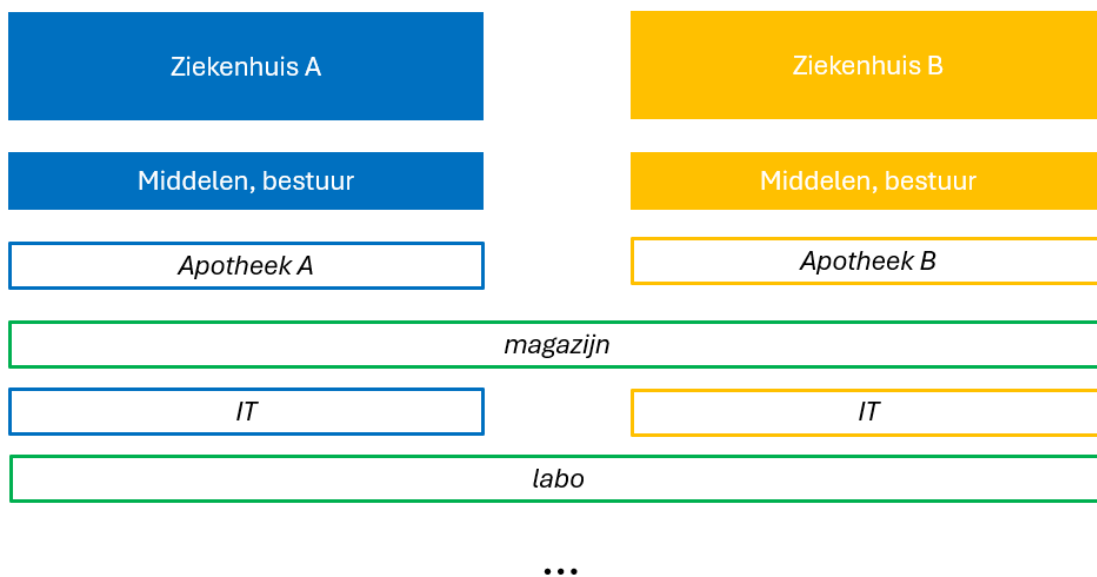
Het streven naar efficiëntie en schaalvoordelen kan zowel centraal als decentraal gebeuren.

Centraal samenbrengen van middelen en processen, met als meest extreme vorm een verregaande integratie door een fusie (waarna er geen netwerk meer is maar één nieuw ziekenhuis).

- Netwerk: verschillende entiteiten blijven autonoom functioneren, zij het met een mate van samenwerking en synergie. De individuele organisaties behouden autonomie en operationele controle, maar werken samen om gemeenschappelijke doelen te bereiken
- Fusie: centraal beheer van middelen en processen waarbij individuele bestuursstructuren verdwijnen en er dus een eengemaakte nieuwe organisatie ontstaat – hier is dan niet langer sprake van een netwerk van aparte ziekenhuizen, al bestaat de mogelijkheid dat niet alle diensten integreren.



Decentraal: individuen of diensten van verschillende ziekenhuizen werken samen of gaan zich verenigen, zonder dat dit structureel voor de volledige organisatie het geval is. Ook hier is de insteek het bereiken van schaalvoordelen.



Het gaat hierbij voornamelijk backoffice activiteiten, om betere kwaliteit en service te kunnen bieden en tegelijk kosten te drukken.

Onderhandelingskracht

Een samenwerking tussen organisaties kan gericht zijn op het zwaarder wegen om zo collectief gunstigere voorwaarden te bedingen bij leveranciers van goederen en diensten. Dit kan leiden tot kostenbesparingen en verbeterde inkoopvoorwaarden. Dit schaalvoordeel zorgt niet enkel voor een

grotere onderhandelingskracht ten opzichte van leveranciers, maar ook bijvoorbeeld bij belangenvertegenwoordiging bij externe actoren.

Voorbeeld	Omschrijving
Aankoop	Er worden gezamenlijke aanbestedingen uitgeschreven; Verschillende netwerken geven aan hier mooie resultaten te bereiken. Dit zijn vaak ad hoc projecten zonder per se een gezamenlijke aankoopdienst te hebben. Deze bestonden vaak al vóór de netwerkvorming en overstijgen soms het netwerk. Zo is er in Limburg al enkele jaren een provinciebrede gezamenlijke aankoopcentrale actief.
Positionering ten opzichte van naburige netwerken/ziekenhuizen	Door zich te verenigen kunnen doorgaans kleinere ziekenhuizen een sterkere positie innemen ten opzichte van een nabijgelegen groter of dominanter ziekenhuis of ziekenhuisnetwerk. Andersom komt de netwerkvorming tussen ziekenhuizen soms bedreigend over voor andere zorgactoren.

Bestuurlijke integratie en verstrengeling

Samenwerking kan ook een harmonisatie van de bovenbouw en management omvatten, met behoud van individuele entiteiten en bestuursorganen. De voorbeelden hieronder tonen echter dat het dan niet meer zozeer over ziekenhuisnetwerken gaat, maar vaak onderdeel is van de aanloop naar een (bestuurlijke) fusie van ziekenhuizen. In de praktijk blijkt het onderscheid tussen wat als onderdeel van een mogelijk fusietraject wordt gezien en wat als onderdeel van de samenwerking in het ziekenhuisnetwerk niet altijd zo helder te maken is.

Voorbeeld	Omschrijving
Gemeenschappelijke directeur	Een persoon krijgt de verantwoordelijkheid over meerdere ziekenhuizen.
Gezamenlijke strategische visie en beleidsplan	Zelfde missie en waarden, maar gaat al richting integratie/fusie. Geen einddoel maar als tussenschakel om mensen te laten samenwerken en samenwerking uit te dragen en om lokale problemen samen aan te pakken.

	Dit kan van toepassing zijn voor enkele ziekenhuizen van het netwerk, maar ook netwerkbreed worden uitgerold, waarbij eerst een netwerkstrategie wordt uitgewerkt die nadien wordt ingepast in de strategische plannen van de individuele ziekenhuizen. Meestal is echter nog het omgekeerde van toepassing, waarbij een netwerkstrategie wordt opgemaakt in functie van de strategische opportuniteiten voor de individuele ziekenhuizen. Zie hiervoor ook het eerdere hoofdstuk 'Governance van het netwerk'. Deze gezamenlijke strategische visie kan verder gaan dan deze beschreven in het regionaal zorgstrategisch plan
--	---

Gedeelde stafdiensten

Door middelen op dienstniveau samen te brengen en te delen binnen een netwerk kunnen organisaties profiteren van gedeelde faciliteiten, uitrusting en personeel. De voorbeelden hieronder zijn nog in een conceptuele fase en dus nog niet effectief geïmplementeerd in de desbetreffende netwerken of passen in mogelijke fusietrajecten.

Voorbeeld	Omschrijving
Kwaliteit	De stafmedewerkers kwaliteit van de verschillende diensten vormen samen een ziekenhuis overschrijdende kwaliteitsdienst.
Aankoop	Niet enkel ad-hoc samenwerking, maar de verschillende aankoopdiensten versmelten tot 1 geheel

Gebundelde personeelskrachten

Anders dan gedeelde stafdiensten gaat dit over het gemeenschappelijk aanwerven van een specifiek profiel of het laten samenwerken van standalone functies. Het kan hierbij gaan om knelpuntberoepen of functies die geen voltijdse invulling vragen voor slechts één ziekenhuis.

Voorbeeld	Omschrijving
Gemeenschappelijke aanwerving	Aantrekken van voltijdse profielen waarvoor onvoldoende functie-inhoud of middelen ter beschikking in één ziekenhuis (bijvoorbeeld stralingsfysicus)
Teamwerking mogelijk maken	Voor enkele standalone functies is weinig inhoudelijke teamwerking mogelijk. Door netwerkvorming kunnen deze profielen samenwerken als een team (bijvoorbeeld preventie-adviseur)

Gemeenschappelijk HR-beleid

Door een aantal HR-taken op netwerkniveau te organiseren kunnen belangrijke efficiëntiewinsten worden bereikt door gedeelde middelen (zoals trainers, trainingsfaciliteiten, educatieve materialen) en efficiënter gebruik van tijd en personeel (minimaliseert dubbel werk en vermindert administratieve lasten die gepaard gaan met het organiseren van afzonderlijke programma's).

Voorbeeld	Omschrijving
Opleiding	Trainingen en opleidingstrajecten voor artsen en personeelsleden worden netwerk breed georganiseerd.
Ontwikkelingstrajecten en carrièreperspectieven voor artsen en personeel	Artsen en personeelsleden krijgen meer carrièreperspectieven doordat ze doorheen een groter netwerk kunnen bewegen en groeien en zich indien gewenst meer kunnen toeleggen op gespecialiseerde materie.

Klinische schaalvoordelen

Waar de vorige subcategorieën zich voornamelijk richten op backoffice activiteiten, zijn ook op klinisch vlak belangrijke kwaliteits- en efficiëntiewinsten te boeken via schaalvoordelen. Zo is er een voldoende kritische massa vereist om kwalitatief zeldzamere ingrepen te doen. Hoewel dit voornamelijk gaat over supraregionale zorgopdrachten, wint schaal ook aan belang bij enkele locoregionale zorgopdrachten. Zo werden enkele minimumactiviteitsdrempels voor materniteiten

gesuggereerd. Deze zijn niet ingegeven door kwaliteit, maar de benodigde bestaffing om zorg voor moeder en kind op efficiënte manier te kunnen voorzien. Deze worden besproken onder gezamenlijke dienstverlening.

Branding

Het samenwerken in netwerken kan ook een functie hebben op het vlak van marketing en branding. Door het zich samen presenteren aan de buitenwereld kan het netwerk dan trachten zich te onderscheiden van andere ziekenhuizen en netwerken. Het netwerk heeft dan een functie als een 'merk' dat de ziekenhuizen verbindt en typeert/onderscheidt van anderen. Het is niet altijd duidelijk in hoeverre het in de eerste plaats gaat om concurrentie tussen netwerken of veeleer concurrentie tussen individuele ziekenhuizen waarvoor de netwerken als middel (o.a. branding) worden ingezet.

4.2.4 Focus op innovatie

Deze netwerkactiviteiten hebben ook een link met schaalvoordeel en efficiëntie, maar onderscheiden zich door hun opzet om te innoveren in plaats van te optimaliseren. Deze innovaties zijn nodig om enerzijds competitief te kunnen zijn en zich te kunnen onderscheiden van anderen, met directe uitkomst betere zorgkwaliteit te kunnen bieden, maar ook om zich klaar te stomen voor het zorglandschap van de toekomst en in dit opzicht een tussenstap. Verschillende netwerken zien een toenemend belang van preventie, revalidatie en verschuiving naar daghospitalisatie. Maar om dit te bereiken zijn sommige stappen weinig efficiënt op individueel niveau te zetten, zeker met het oog op interoperabiliteit met andere zorgverleners. Men stelt zich hierbij echter wel de vraag in welke mate dit materie is om op (locoregionaal) netwerkniveau te organiseren of eerder supraregionaal of zelfs nationaal niveau uit te werken. Patiënten en zorgketens kennen immers weinig fysieke of geografische grenzen, voor zover deze grenzen bestaan voor het locoregionale zorggebied.

Voorbeeld	Omschrijving
Aankoop robot, robotgeneeskunde	Wanneer in de regio al een robot aanwezig, neemt de arts als het ware de patiënt mee naar ziekenhuis die de robot heeft i.p.v. dat het ziekenhuis waaraan de arts is verbonden zelf de investering ook maakt. Dit is geen gemeenschappelijke service, maar het ziekenhuis dat de robot uitbaat biedt diensten aan waardoor investering sneller terugbetaald wordt. Anderzijds biedt dit ook voordeel voor uitsturend ziekenhuis, dat ook arts met kennis en kunde in robotchirurgie in huis kan nemen en pré- en postzorg kan organiseren door 'de specialist' waarmee patiënt al vertrouwensrelatie heeft

Ontwikkelen van clinical decision support systems	Bundelen van patiënt-informatie en artsenexpertise van verschillende ziekenhuizen om zo'n systeem te ontwikkelen. Geformuleerd als plan in sommige netwerken, maar onduidelijk of dit al in werking is.
Telegeneeskunde	Ontwikkelen en implementeren van systemen om patiënten vanop afstand te monitoren en digitale consultaties te organiseren.

4.2.5 Focus op complexe problemen

Netwerken als organisatievorm lenen zich zeer goed om antwoord te bieden aan complexe situaties in een veelal chaotische omgeving. De covid-19 pandemie doorkruiste de vroege netwerkvorming en was hierbij een schoolvoorbeeld van hoe ziekenhuizen zich verenigden om een gecoördineerde respons te bieden op een crisis waarbij het hele gezondheidszorgsysteem onder druk stond - al dan niet binnen de contouren van de locoregionale ziekenhuisnetwerken. Eerder werd in het kader van een masterproefonderzoek midden in de covid-19 pandemie onderzocht in welke mate dit een katalysator was voor de vorming van de ziekenhuisnetwerken. Voor een uitgebreide beschrijving van de impact van de pandemie op de zich vormende ziekenhuisnetwerken wordt verwezen naar deze masterproef⁵⁷. De impact van de covid-periode op de samenwerking in het netwerk en met andere zorgpartners kwam ook spontaan ter sprake bij respondenten, zoals:

- Personeelsmobiliteit: verplaatsen personeelsleden ziekenhuis naar noodlijdende woonzorgcentra
- Leveren van medische voorraden en beschermingsmateriaal aan woonzorgcentra
- Afstemmen capaciteit: delen van informatie over beschikbare bedden capaciteit op de verschillende afdelingen om zo patiëntenspreiding te organiseren. Een aantal netwerken merken op dat hier tijdens de tweede golf veel transparanter mee werd omgegaan dan tijdens de eerste golf en wijten dit aan het inmiddels opgebouwde vertrouwen.

Hierbij valt op dat veel van deze samenwerking spontaan op gang kwam en vaak niet gelimiteerd was tot de ziekenhuizen, maar ook met woonzorgcentra, thuisverpleging en huisartsen gebeurde.

Deze periode wordt ook gekenmerkt door tijdelijke regelluwe en vlotte financiering die dergelijke initiatieven faciliteerden. Een aantal respondenten zien deze crisis als een gemiste kans om de opgebouwde initiatieven en contacten verder uit te bouwen en een meer duurzaam karakter te geven. Een aantal elementen kenden volgens respondenten wel navolging in de HOST-projecten.

“Als in tijden van nood de automatische reflex is om zo te gaan werken, dan is dat exact de richting die we uitmoeten voor mij. Dat wordt tegengewerkt door de hele architectuur van ons systeem. Maar ik heb ook geen oplossingen.” (algemeen directeur)

“En dat, dat was het momentum waarop dat men eigenlijk had moeten zeggen vanuit de overheid ‘doe nu verder’. En dat is er niet gekomen, integendeel. Ik merk – en dat is niet enkel in onze sector zo, maar ik merk dat ook in andere sectoren – dat men dan eigenlijk die klok gewoon aan het terugdraaien is om terug in die oude gewoontes te komen. We hadden dat moment moeten grijpen om te zeggen ‘en nu moeten we verder’. We hebben ook met een regeringswissel gezeten, juist op dat moment, en het heeft lang geduurd vooraleer we een nieuwe hadden”.

(Algemeen directeur)

4.2.6 Focus op gezamenlijke dienstverlening

Er zijn ook heel wat initiatieven te clusteren onder de functie van gezamenlijke dienstverlening. Volgens sommige respondenten zijn heel wat van de hieronder beschreven functies ook te kaderen als tussenstap richting een nieuw toekomstig zorglandschap met focus op preventie, post-zorg en integrated care.

Coördinatie van dienstverlening

Coördinatie van dienstverlening en taakverdeling richt zich op het organiseren en afstemmen van activiteiten tussen diverse organisaties. Het hoofddoel is een naadloze dienstverlening organiseren voor gebruikers (patiënten/populatie), waarbij blinde vlekken en duplicatie worden geminimaliseerd, de toegankelijkheid voor basiszorg wordt gewaarborgd en complexere zorg wordt geconcentreerd.

Voorbeeld	Omschrijving
Regionaal ZSP	In essentie biedt het ZSP een antwoord op de vraag hoe toegankelijke basiszorg geboden kan worden dichtbij de woon- of verblijfplaats van de patiënt en hoe men expertise concentreert voor complexe pathologieën. Het moeten maken van een ZSP heeft een belangrijk effect gehad. Netwerken waar voorheen het uitgangspunt van de leden was ‘welke opportuniteiten biedt het netwerk voor onze organisaties’ draagt het ZSP bij tot een mogelijke paradigmashift naar ‘hoe kunnen we een meerwaarde bieden aan de bevolking’, al zijn ook een aantal tussenvariëaties hoorbaar, zoals ‘hoe kunnen we elkaar versterken in onze eigenheid en in die specifieke rol die we spelen in onze eigen regio zijn’.
Patiëntenmobiliteit: door- en terugverwijsafspraken	Het maken van door- en terugverwijsafspraken is een proces waarbij zorgverleners/zorginstellingen afspraken

	maken over het doorverwijzen van patiënten naar andere zorgverleners/instellingen voor verdere diagnose, behandeling of follow-up, en het terugverwijzen naar de oorspronkelijke zorgverlener nadat de benodigde zorg is verstrekt. Enkele belangrijke hinderpalen hierbij zijn dat dit soms afbouw of sluiten van diensten op bepaalde sites impliceert met bijhorende financiële cascade-effecten die continuïteit kunnen hypothekeren, maar ook de therapeutische vrijheid van artsen die moeilijk hiertoe te binden zijn wanneer deze afspraken top-down worden opgelegd.
--	--

Harmonisatie

Harmonisering binnen de regio wordt zowel als streefdoel en als randvoorwaarde om andere doelen te bereiken aangehaald. Sommige verschillen tussen ziekenhuizen zijn immers belemmerend om over te kunnen gaan tot bijvoorbeeld klinische samenwerking. Het stroomlijnen van processen en communicatie binnen de verschillende organisaties kan op hun beurt meestal niet zonder voorafgaande informatiedeling en -verspreiding.

Voorbeeld	Omschrijving
Boekhouding	Afspraken maken over gemeenschappelijke boekhoudkundige regels en toepassing in de verschillende ziekenhuizen. Kan vergelijking en benchmarking tussen ziekenhuizen vergemakkelijken maar ook randvoorwaarde om shared services of (bestuurlijke) integratie te bekomen. Wordt bekomen door ofwel financieel directeurs samen te zetten met/zonder ondersteuning van experts en/of consultants. Zo kunnen IT-ers in het ene ziekenhuis allen ingeschreven staan onder de centrale IT-dienst, terwijl in een ander ziekenhuis de personeelskosten IT deels centraal, en deels aan specifieke diensten (<i>bijv. labo</i>) wordt toegeschreven.
Elektronisch Patiëntendossier (EPD)	Hoewel in veel netwerken en/of samenwerkende ziekenhuizen overwogen om dit gemeenschappelijk aan te pakken, bleek het toch moeilijk te zijn om tot een gezamenlijk pakket te komen. Verschillende pakketten zijn op de markt. Hoewel in elk ziekenhuis opportuniteit is/was

	voor digitaliseren van het patiëntendossier, spelen verschillende specificatiewensen een rol: - Ziekenhuizen die deel uitmaken van een grotere groep (extern aan eigen ziekenhuisnetwerk) en hier IT-systeem delen wensen bijgevolg de keuze te volgen die binnen deze groep werd/wordt gemaakt - Gespecialiseerde ziekenhuizen hebben complexere IT-vereisten/ moet op complexere zorgprocessen aansluiten. Dit vereist geavanceerdere technologie, die voor andere ziekenhuizen niet nodig is omdat deze minder complexe vereisten hebben voor hun processen. Het implementeren van een dergelijk gesofisticeerd pakket wordt als te riskant en te duur beschouwd. - Het EPD is gekozen vanuit opportuniteit van het eigen ziekenhuis, er is nooit de denkoefening geweest wat de meerwaarde van een gemeenschappelijk EPD kan zijn vanuit een netwerkperspectief.
Aligneren zorgprocessen & kwaliteit	Hierbij gaat het niet enkel om een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid maar bij uitbreiding ook identieke zorgpaden. Op deze manier kunnen resultaten tussen ziekenhuizen van het netwerk met elkaar vergeleken worden. Identieke zorgpaden maakt ook dat communicatie en afstemming met andere actoren buiten het ziekenhuis eenvoudiger wordt.
Gemeenschappelijke financiële regeling en artsenstatuut	De financiële regeling beschrijft de financiële relatie tussen de artsen en het ziekenhuis. Er worden afspraken gemaakt over hoe de honoraria en inkomsten van artsen worden verdeeld en welk deel hiervan toekomt aan het ziekenhuis. Dit is een voorbeeld van harmonisering als tussenstap om klinische integratie mogelijk te maken. Immers, stel dat men netwerkbreed een gemeenschappelijke dienst wil uitbouwen, zal zonder aligneren van de financiële regeling een arts verbonden aan het ene ziekenhuis andere voorwaarden krijgen dan zijn collega die zorg verleend op een andere campus van de gemeenschappelijke dienst. Ook omgekeerd, ziekenhuizen die op termijn willen inzetten op artsenmobiliteit, waarbij een gespecialiseerd arts consultaties organiseert op meerdere campussen van het ziekenhuis, verwachten zij

	op elk van de campussen aan dezelfde financiële voorwaarden werken. Vandaag zit er nog heel wat verschil op deze financiële regelingen, die dikwijls tot stand zijn gekomen na jarenlange onderhandeling tussen artsen en bestuur. In een aantal netwerken wordt er al effectief werk gemaakt van het stroomlijnen van de financiële regeling, al geeft men allen aan dat dit geen eenvoudige opdracht is (en bovendien niet absoluut noodzakelijk om artsenmobiliteit mogelijk te maken).
Datastandaardisatie	Harmoniseren van databeheer processen kan opstap zijn naar informatiedeling maar ook voor integratie of andere harmonisatiedoelinden.

Harmonisering binnen het netwerk houdt een aantal aandachtspunten in, zoals het risico dat door harmonisering binnen een netwerk de verschillen tussen netwerken blijven bestaan of zelfs groter worden. Een aantal harmoniseringsprojecten, zoals EPD, zouden idealiter ook op een hoger niveau worden georganiseerd om deze interoperabiliteit tussen netwerken en ook andere zorgverleners te verzekeren. Enkele respondenten geven aan dat naar hun inzicht geïntegreerde zorg geen doorbraak kan kennen zolang er geen sectoroverschrijdend EPD geïmplementeerd wordt. Enerzijds benoemen sommigen het als een gemiste kans dat de overheid geen uniform systeem heeft uitgewerkt waar ook evt. andere sectoren op termijn op kunnen aansluiten. Anderzijds geven anderen aan dat dit wel eerder door de bevoegde overheden werd gesuggereerd, maar niet aanvaard werd door de ziekenhuissector.

(Klinische) integratie

Het succesvol integreren van gezamenlijke plannen en diensten kan leiden tot het oprichten van diensten van het netwerk of dienst als een aparte entiteit. Als dat gebeurt, kan dit ook beschouwd worden als één van de modellen die werd gesuggereerd in het KCE rapport 'governancemodellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen' (autonoom samenwerkingsverband)¹⁸. Bij dit type activiteiten ligt de nadruk op het overstijgen van de planfase en het vertalen van concepten naar daadwerkelijke uitvoering die leiden tot tastbare resultaten in de zorgverlening.

Verschillende netwerken geven aan rond heel wat samenwerkingsthema's studies uitgevoerd te hebben, maar desondanks leidt dit niet tot integratie van bepaalde diensten of -dienstverlening. Hoewel de meerwaarde voor veel van deze activiteiten aan te tonen is op basis van berekeningen en rationele argumenten, stellen respondenten dat de objectieve argumenten vaak worden overschaduwd door politieke en emotionele overwegingen.

Voorbeeld	Omschrijving
Artsenmobiliteit	Artsen consulteren in verschillende ziekenhuizen van het netwerk, zonder noodzakelijk een gemeenschappelijke (artsen)associatie te vormen. Vaak haalt men een uniforme algemene- en financiële regeling aan als randvoorwaarde om dit te organiseren, hoewel dit niet altijd noodzakelijk is want gebeurt al tussen ziekenhuizen zonder dergelijke harmonisering. Er werden diverse voorbeelden van disciplines in dit verband aangehaald, zoals orthopedie, kinder- en jeugdpsychiatrie, medische beeldvorming, mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, anatomopathologie, neurochirurgie, dialyse, ... Bij de genoemde voorbeelden komen veel quintuple aim aspecten aan bod. Dergelijke artsassociaties zijn niet noodzakelijkerwijs tot stand gekomen via het netwerk, maar bestonden vaak al langer.
Apotheek	Het concentreren van de ziekenhuisapothek op één site, al dan niet gezamenlijk uitgebaat. Deze samenwerkingsplannen omvatten soms de volledige apotheek, maar soms ook beperkt tot bijvoorbeeld cleanrooms. Dit wordt in zowat elk netwerk onderzocht en plannen zijn al concreter in het ene dan het andere netwerk. De meeste respondenten geven aan te botsen op enkele wetgevende en praktische hinderpalen. Zo zijn er nog problemen rond BTW en hebben enkele geneesmiddelen een zeer beperkte houdbaarheid en/of uiterst specifieke bewaarcondities. Hoewel schaalgrootte en economische argumenten soms duidelijk zijn, kan het uitbesteden van de apotheek aan een ander ziekenhuis ook de nodige gevoeligheid en commotie teweegbrengen.

4.3 BARRIERES EN DRIJFVEREN VOOR ACTIVITEITSONTWIKKELING

Het is een **samenspel van actoren** dat ertoe leidt dat ziekenhuizen (al dan niet) functies zien voor het netwerk en daar activiteiten en acties rond ontwikkelen. Initiatieven kunnen deels **bottom-up groeien**, maar in de voorgaande delen is ook duidelijk dat er belangrijke hinderpalen zijn waarvoor er nood is aan een zekere **overheidssturing en waarbij management en bestuur een belangrijke faciliterende rol** spelen om de samenwerking te doen slagen. Voor sommige aspecten is er de afgelopen vooruitgang geboekt (bijvoorbeeld netwerken meer betekenis geven vanwege de overheid door koppeling aan zorgstrategische planning, voorbeelden van

samenwerkingsinitiatieven van onderuit zoals in het vorige deel geïllustreerd) maar voor andere aspecten lijkt er nog een moeilijke weg af te leggen, zoals een aangepaste ziekenhuis- en zorg-financiering of het uitdragen van een visie op het toekomstige gezondheidszorglandschap.

De indeling en **verwevenheid** tussen bovenstaande functies zegt overigens niets over **intensiteit** van de samenwerking an sich. Maar, algemeen valt wel op dat een **bepaald stramien** wordt gevolgd dat als een ontwikkelingspad te lezen valt: informatiedeling (gedachten, woorden, taal) → harmonisatie (operationeel, eigen organisatie) → integratie of nieuwe service (operationeel, netwerk). Bovendien geven enkele netwerken ook aan dat hun governance mee evolueert met het spectrum en intensiteit van samenwerking. We herhalen echter dat vanuit een maturiteitsperspectief netwerken nog een hele weg af te leggen hebben, ook al zijn er zeker al netwerken die rond bepaalde functies stappen vooruitzetten. De mate waarin die samenwerking rond die functies echter duurzaam is, moet immers nog blijken.

Collectieve doelen en activiteit **ontstaan vaak geleidelijk** en starten vanuit een samenwerking die initieel stoelde op eigenbelang en individuele voordelen. Onder impuls van de opgebouwde relaties en ervaringen kunnen deze incrementele veranderingen in de mate van samenwerking, resulteren in **substantiële veranderingen in de aard van de samenwerking**.³⁷ Ziekenhuizen met langere samenwerkingservaring geven ook aan dat na verloop van tijd de governance mee dient te evolueren met de aard van de samenwerking. We lezen dit ook als een vraag om de spelregels van de huidige netwerkfiguur te actualiseren en meer werkbaar te maken in functie van de noden.

Hoewel voor elk van deze **actoren de barrières en drijfveren** om over te gaan tot activiteitsontwikkeling binnen het netwerk **anders** kunnen zijn, zien we drie centrale kwesties terugkeren: **continuïteit, autonomie en ambitie**. We gaan nu op elke kwestie dieper in.

4.3.1 Drie centrale kwesties: continuïteit, autonomie en ambitie

4.3.1.1 Continuïteit

Een eerste kwestie die bij respondenten leeft is het reflecteren over de continuïteit van de eigen organisatie en van de zorg in het licht van de netwerkontwikkelingen.

“Het moeilijke vraagstuk binnen dat netwerkdenken is ‘wat gaan wij als ziekenhuis nog kunnen blijven doen?’ Dat is een moeilijke vraag. Gaan we eigenlijk nog kunnen verder bestaan? Dan bedoel ik dat niet juridisch, maar als bedrijf. Want een ziekenhuis is een bedrijf. Wij geven werk aan mensen, geven werk aan dokters. Dat is gewoon een economisch gegeven.” (Algemeen directeur)

Het veld zelf is immers ook volop in beweging. Zo leiden fusiebewegingen ertoe dat de kleinere ziekenhuizen relatief gezien kleiner worden, terwijl de investeringsuitdagingen anderzijds groter

worden. Voor hen zijn die continuïteitsvragen het meest acuut, namelijk hoe zij als organisatie nog meekunnen met deze evoluties en de verwachtingen die gesteld worden.

“Het is van strategisch belang om in elk ziekenhuis een zo ruim mogelijk aanbod basisspecialistische zorg te behouden.” (algemeen directeur)

De netwerkvorming kan op dat vlak als een kans of een bedreiging gepercipieerd worden. Heel wat kleinere ziekenhuizen vinden het in een netwerksamenwerking belangrijk om zekerheid te hebben dat ze als basisziekenhuis kunnen blijven bestaan en dat ze niet worden ontmanteld of vervellen tot polikliniek, maar geven ook aan samenwerking met andere ziekenhuizen en in het netwerk ook een noodzaak is om te kunnen blijven bestaan.

Enkele respondenten geven aan dat (middel)grote ziekenhuizen minder bezorgd zijn over hun continuïteit. Dit zijn typisch ziekenhuizen die activiteiten op netwerkniveau daarom beperken tot het strikt wettelijk noodzakelijke, in afwachting van meer duidelijkheid waartoe de netwerken volgens de overheid toe moeten leiden.

“Wat er ook gaat gebeuren, ze zullen altijd een schakel blijven in dat geheel en zij moeten eigenlijk niet vrezen voor hun bestaan.” (Algemeen directeur)

“Ze hebben anderen niet per se nodig” (netwerkvoorzitter)

Over ziekenhuizen die recent een fusietraject achter de rug hebben, geven respondenten aan dat deze continuïteitsvragen minder of niet spelen, zeker als er al afspraken zijn over het behoud van de exploitatie op verschillende campussen.

“Uiteindelijk komt het allemaal op hetzelfde neer: als men kan bewijzen dat daar – met zekerheid – voor iedereen financieel voordeel bij te halen is, dan is er een interesse.” (Algemeen directeur)

Er is een duidelijk verschil in opportuniteiten tussen de verschillende leden van het ziekenhuisnetwerk. Wanneer een ziekenhuis bijvoorbeeld baat zou hebben aan een centraal magazijn, maar voor de anderen dat geen opportuniteit is, wordt hier niet verder over gesproken. Er moet dus gezocht worden naar win-winsituaties, rekening houdend met die continuïteitsvraag van individuele ziekenhuizen. Als een win-win op individuele projectbasis moeilijk blijkt, is de hoop van een aantal respondenten dat een ruimere portfolio van projecten het mogelijk maakt om winst en verlies voor elke partner op ruimere schaal in evenwicht te brengen. Al wordt ook hier de kritische kanttekening gemaakt dat dit niet zomaar opgaat voor medische samenwerkingen of wanneer er implicaties zijn op medisch vlak. Artsen zijn in België nog voornamelijk als zelfstandige aan de slag. Bijgevolg zal een arts werkzaam in het departement A in ziekenhuis X die activiteiten ziet verdwijnen naar ziekenhuis Y er geen baat bij hebben dat dat verlies, vanuit ziekenhuisoogpunt, gecompenseerd wordt door een versterking van departement B met winst voor van andere artsen.

“Als ziekenhuis denken we soms wel dat het beter zou zijn om een aantal activiteiten maar in een beperkt aantal centra uit te bouwen. Daar is wel iets voor te zeggen. Maar het is voor ons heel moeilijk te berekenen wanneer wij een aantal zaken opgeven, wat daar de consequenties zullen van zijn. Je hebt enerzijds het BFM, maar ook de artsen vormen een apart verhaal. Hun eigen verhaal. Dat is niet altijd hetzelfde als wat wij vanuit de directie beogen. Dat is een zeer machtige partner zowel binnen de ziekenhuizen als binnen de netwerken” (algemeen directeur)

Samenwerking tussen ziekenhuizen biedt voor artsen niet alleen bedreigingen, maar ook kansen. Zo bieden samenwerkingsinitiatieven in de schoot van de netwerken soms oplossingen voor enkele problemen op het vlak van zorgcontinuïteit dat ontstaat als gevolg van personeelsschaarste op de arbeidsmarkt en de vraag naar een betere werk-privé balans voor artsen.

Zoals eerder aangegeven is het uitruilen van diensten of het creëren van een grotere ‘deal’ waarbij winst en verlies finaal in evenwicht is voor elk ziekenhuis ook niet zo eenvoudig. De huidige financieringsstructuur en onzekerheid daaromtrent leidt ertoe dat directies niet happig zijn op het inleveren van activiteit in een bepaalde tak, omdat een kleine activiteit verschuiving grote gevolgen kan hebben die de continuïteit in het gedrang brengen (zie hoofdstuk 3 *Middelen van het netwerk*).

Tot slot voelen respondenten aan dat netwerken en andere samenwerkingsstappen op termijn een evolutie naar meer samenwerking met andere zorgactoren kunnen faciliteren, die ook van belang is vanuit zorgcontinuïteit of continuïteit vanuit de patiënt gezien. De verschuiving van ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg impliceert ook minder ligdagen, wat dan weer bedreigend overkomt en waardoor de ‘faciliterende samenwerkingsstappen’ niet altijd enthousiast onthaald worden. Andere stemmen vinden dat deze evolutie sneller moet gaan. Ze zien het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zoals het nu georganiseerd is als niet ver genoeg gaan om de continuïteit van het gezondheidszorgsysteem te verzekeren, wat een complex spanningsveld geeft.

4.3.1.2 Autonomie

Een tweede kwestie is de **autonomie** en de wens van artsen en ziekenhuizen om die autonomie zoveel mogelijk te behouden, zet vaak een belangrijke rem op meer diepgaande samenwerking in de netwerken.

“Is dat [= de netwerken] ‘the way to go’ en moeten we een deel van onze eigenheid opgeven om daarin mee te stappen?”(algemeen directeur).

In tegenstelling tot continuïteit wordt hier het verder bestaan van het ziekenhuis als organisatie niet in vraag gesteld, maar gaat het eerder om het behoud van eigenheid en identiteit en de touwtjes in handen te kunnen houden over de werking van de eigen entiteit. Het gaat om het vermijden van inmenging van anderen of afhankelijk worden van anderen om bepaalde beslissingen te nemen of uit te voeren.

Het is wellicht een understatement te stellen dat het mede om deze kwestie in een aantal netwerken zeer moeilijk loopt. In een aantal andere netwerken worden, zoals eerder aangegeven, wel voorzichtige eerste stappen gezet, maar de organisaties moeten nog groeien in samenwerking na een lange historiek van gericht te zijn op de eigen organisatie en het streven naar een zo absoluut mogelijke autonomie.

Tegelijkertijd wordt er met bijzondere interesse gekeken naar fusies. Netwerkgesprekken blijken soms de voorbode van een fusie tussen enkele partners – waarbij zekere argwaan voor behoud van autonomie in zo'n samenwerkend geheel bestaat – onder welke intensiteit of benaming dan ook. Enerzijds willen ziekenhuizen dus hun autonomie zoveel mogelijk bewaren, maar anderzijds fuseren sommigen om dan als een sterker autonoom ziekenhuis in de omgeving te staan.

Ziekenhuizen wensen ook een voldoende grote autonomie om om te kunnen gaan met **complexe omgevingen** waarin ze zich bevinden en die kunnen verschillen van regio tot regio. Die autonomie, zo wordt gesteld, is zowel noodzakelijk voor de bedrijfsvoering als in het opnemen van publieke taken om voldoende maatwerk en flexibiliteit te kunnen bieden voor de eigen, soms specifieke, populatie. Zo kennen bijvoorbeeld de regio's rond grootsteden en enkele kansarme gebieden specifieke uitdagingen rond cultuur, afstand en taal die voor andere ziekenhuizen elders in het gebied van het netwerk minder relevant zijn. Er kan dus andere zorg en omkadering nodig zijn om kwalitatieve zorg te bieden, naargelang de specifieke socio-economische en demografische context. Zo kan perfecte tweetaligheid van zorgverleners een must zijn in ziekenhuis x, maar minder relevant in ziekenhuis y omwille van andere socio-culturele omgeving. Het is bijgevolg niet eenvoudig om in dergelijke complexe en diverse settings roterende systemen op te zetten of verwijzingen te organiseren. Deze uitdaging is groter in netwerken die niet gebaseerd zijn op logische patiëntenstromen.

De kwestie van autonomie speelt niet alleen op het niveau van het ziekenhuis als organisatie, maar ook op het niveau van artsen en patiënten. Eerder gaven we al het voorbeeld omtrent de verschillende specificatiewensen voor EPD's, maar dit is lang niet het enige voorbeeld waarbij elke speler controle wil houden over eigen standaarden en gewenste specificaties die het meest geschikt zijn voor de eigen omgeving/organisatie. Gelijkaardige voorbeelden zijn discussies rond gezamenlijke robots, labstandaarden of scanners. De mogelijke samenwerkingsmeerwaarde en efficiëntiewinsten gaan hierbij vaak ten koste van te veel maatwerk (voorkeuren, individuele behoeften). Het lukt niet altijd om de grootste gemene deler te vinden die aanvaardbaar is voor elke betrokken arts en/of ziekenhuis. Ook leeft er binnen sommige diensten een angst dat ze ondergeschikt zouden worden aan een grotere dienst van het naburige ziekenhuis waarmee men samenwerkt en zo aan autonomie zal inboeten.

Voor artsen geldt er bovendien de **therapeutische vrijheid**, waarbij samenwerking moeilijk van bovenaf kan worden opgelegd, noch gedwongen doorverwijzing naar een bepaald centrum of arts mogelijk is. De arts zal nog steeds vrije keuze hebben om door te verwijzen naar wie hij wil. Ook de

keuzevrijheid van de patiënt is wettelijk verankerd, al kent dit eerder effecten op mogelijke financieringskanalen dan op het uitbouwen van activiteit op netwerkniveau. Een netwerk zal een bepaalde patiënt niet kunnen claimen op basis van geografische factoren waardoor een financiering op populatieniveau niet eenvoudig lijkt te zijn. Hoe dan ook stellen enkele respondenten wel dat het organiseren van zorg vanuit een netwerkperspectief en niet vanuit organisatieperspectief moeilijker te realiseren valt zonder een financiering die zich ook baseert op deze populatie.

Het is duidelijk dat dit autonomiestreven van verschillende actoren er mee toe leidt dat het sterker uitbouwen van de ziekenhuisnetwerken allesbehalve voor de hand ligt en er bijgevolg in de eerste plaats gekozen wordt voor meer ad hoc of meer opportunistische samenwerking, waar er wel een win-win te vinden is maar die de individuele autonomie niet te veel inperken. De toekomst zal moeten uitwijzen in hoeverre de grenzen van wat mogelijk is met de ziekenhuisnetwerken, gezien deze context, al bereikt zijn of toch nog kunnen opschuiven naar een sterkere samenwerking. Tegelijkertijd is het van belang erop te wijzen dat samenwerking zich niet beperkt tot de netwerken, en andere modellen en instrumenten wellicht meer potentieel hebben. In elk geval dient de juiste balans bewaakt te worden tussen van overheidswege meer aansturen op samenwerking en de vrijheidsgraden voor betrokken spelers om zelf innovatieve samenwerkingen te kunnen opzetten, zowel horizontaal als verticaal.

4.3.1.3 Ambitie

Een derde kwestie is het ondernemerschap van verschillende spelers, met name hun al dan niet uiteenlopende verwachtingen of ambities om bijvoorbeeld bepaalde diensten te gaan ontwikkelen, bepaalde populaties beter te bedienen, ... Het feit dat die plannen of wensen niet altijd stroken of soms onderlinge competitie betekenen, maakt het vaak ook moeilijk om elkaar in een netwerk te binden. Zo kunnen bijvoorbeeld de nagestreefde of vereiste standaarden of normen verschillen naargelang de ambities van elke partner. Om zich te engageren in de netwerken blijkt een basisvoorwaarde alvast dat de partners niet alleen erkennen dat elke partner kan blijven bestaan (continuïteit) en zijn eigenheid kan behouden (autonomie), maar dat elk individueel ziekenhuis er ook een eigen (ontwikkelings-)ambitie op mag nahouden (ondernemerschap).

Enerzijds biedt wederzijdse erkenning van deze basisvoorwaarden een basis voor vertrouwen om verder te verkennen wat er op vlak van samenwerking mogelijk en wenselijk is. Anderzijds lijken deze contouren meteen ook beperkend, want hoe dan bijvoorbeeld een gezamenlijk EPD-systeem of labostandaarden overeenkomen? Of als die gezamenlijke labostandaarden voor één ziekenhuis in het netwerk moet passen in een internationale ambitie terwijl het voor een ander ziekenhuis voldoende is om conform de Belgische wetgeving te zijn?

Respondenten geven aan dat een neveneffect van de locoregionale netwerken is dat de partners ook supraregionale zorgopdrachten verdelen, omdat dit aantrekkelijk is vanuit financieel oogpunt alsook voor personeel en artsen. Dit gaat ook om het verzekeren van het eigen bestaan.

“Nu, binnen het huidige landschap zijn ziekenhuizen bijna verplicht om één of meerdere referentiefuncties binnen te halen om hun bestaansrecht op te eisen.” (algemeen directeur)

Het ‘loont’ met andere woorden om supraregionale zorg zoveel mogelijk te behouden en zelfs uit te breiden in het netwerk, waarbij het netwerk dan functioneel kan zijn om de middelen te bundelen om zo aan voldoende volume te komen om bepaalde ingrepen te mogen uitvoeren waaraan de individuele ziekenhuizen niet aan voldoen.

De ambities kunnen verder variëren, sommigen willen in de eerste plaats als ziekenhuis een zorgcontinuüm (geïntegreerde zorg) uitbouwen, anderen (met name grote ziekenhuizen) willen in de eerste plaats een Europese of zelfs internationale speler zijn of worden. De noden om die ambities te realiseren kunnen echter verschillen, in het ene geval een veel sterker samenspel met bijvoorbeeld eerstelijnspartners proberen organiseren, in het andere geval vooral een voldoende grote schaal voor wetenschappelijk onderzoek, experimenten en uitrol van wetenschappelijke ervaring organiseren. Soms gaat het ook om de ambitie om het meest geavanceerd te zijn op vlak van technologie en digitalisering, wat echter vaak investeringen vergt die een individueel ziekenhuis niet kan dragen en waarvoor dus ook samenwerking gezocht moet worden. Dergelijk individueel ondernemerschap is belangrijk, maar spoort dus niet altijd met dat van andere spelers.

4.3.2 Rol van artsen in de ontwikkeling van netwerkactiviteiten

Soms lijken samenwerkingsinitiatieven rond ondersteunende of administratief-technische functies of activiteiten wat vlotter op gang te komen, al moet hier ook de echte uitvoering van de plannen vaak nog volgen. Dit zijn ook thema's die soms financieel-economisch eenvoudiger te berekenen zijn, die het voortbestaan, autonomie of ondernemerschap niet meteen in het gedrang lijken te brengen, en waar het ziekenhuismanagement meer grip op heeft. Er zijn echter ook samenwerkingsinitiatieven voor medische activiteiten en -dienstverlening, waar artsen de katalysator zijn van intensere samenwerkingsbanden tussen ziekenhuizen. Soms botst het daarbij met het management, omdat de financiële gevolgen van de impact van de samenwerking rond klinische activiteiten vanuit organisatieoogpunt onzeker is (zie domino-effect). In elk ziekenhuis is het dan ook zoeken naar de balans tussen klinische samenwerking waar artsen en specifiek de medische diensthoofden de motor van zijn en de wenselijkheid ervan vanuit perspectief van het management.

Nieuwe generatie artsen

Zowat alle respondenten wijzen op een nieuwe generatie van artsen die andere prioriteiten en wensen hebben: ze hechten meer belang aan een goede werk-privé balans, willen niet enkel specialiseren maar ook subspecialiseren en hechten minder belang aan het zelfstandigenstatuut.

De impact van een groeiend aantal artsen dat wenst af te stappen van een voltijds regime met lange dagen (en soms nachten) of **niet langer voltijds** wenst te **werken** betekent dat ziekenhuizen in disciplines met beperkt activiteitsvolume moeilijker voldoende artsen vinden om deze diensten te bestaassen. Ook het engagement om met een 1 op 2 frequentie **wachtdiensten** in te vullen, neemt volgens respondenten af. Er zijn hierdoor grotere associaties nodig om wachtdienst te dragen, die bijgevolg over de ziekenhuisgrenzen heen ontstaan en zo feitelijk een vorm van samenwerking betekenen.

Enkelen suggereren dat het wenselijk is te evolueren naar **één artsenassociatie per discipline die het volledige netwerk beslaat**, maar waarschuwen ook dat dit niet zo eenvoudig is in niet-logische netwerken, of wanneer er een grote geografische afstand is tussen de ziekenhuizen of er een slechte mobiliteitsverbinding is. Als artsenmobiliteit en delen van wachten te verre verplaatsingen inhouden, is er dus een risico dat artsen afhaken. Maar als een associatie zich beperkt tot slechts enkele van de netwerkziekenhuizen, bestaat het risico dat artsen in een overblijvend ziekenhuis 'achtergesteld worden' (bv. meer wachten draaien dan de burens) en niet meer aantrekkelijk genoeg is voor artsen.

Respondenten geven ook aan dat steeds minder artsen per se een zelfstandigenstatuut willen en ook voordelen zien in een **werknemersstatuut**, zoals minder administratieve lasten, stabiliteit van inkomen en de gekoppelde sociale zekerheid.

Tot slot stellen respondenten dat artsen meer streven naar **specialisatie en subspecialisatie**, wat enkel mogelijk is bij voldoende grote volumes aan patiënten. Dit strookt met overheidsinitiatieven die minimumquota opleggen en erkenningen koppelen aan voldoende grote volumes. Dit vormt een drijfveer om zich te groeperen, maar is niet ingegeven vanuit de ziekenhuisnetwerken als model en bouwt voort op dynamieken die eerder al op gang kwamen. Deze samenwerking kan op basis van goede onderlinge afspraken, en gebeurt in de eerste plaats onder de vorm van een artsenassociatie of kaderen binnen een ziekenhuisassociatie of -groepering.

Artsenassociaties

"Je voelt dat dat groeit, maar dat moet bottom-up groeien. Ik heb geleerd dat het weinig zin heeft om veel dingen van bovenhand op te leggen, want ja, dat lukt niet. Het moet meer van onderuit komen." (algemeen directeur)

Vandaag groeperen al heel wat artsen zich in artsenassociaties over de ziekenhuisgrenzen heen en die zijn zelden tot nooit opgelegd door het ziekenhuismanagement. Die artsensamenwerking blijkt dikwijls divers en variërend naargelang disciplines en regio's, waarbij de specifieke context van die discipline en bestaassing maakt dat samenwerking een opportuniteit dan wel een bedreiging vormt in de ogen van de betrokken artsen.

"Er zijn disciplines waar artsen over de verschillende ziekenhuizen heen goed met elkaar overeenkomen, en soms ook al enkele stappen verder gaan. Zij werken dan in de praktijk samen,

zonder heel die governance van dat netwerk. Als artsen of artsenassociaties van die verschillende ziekenhuizen echt willen samenwerken, hebben zij het netwerk als juridische structuur niet nodig. Zij kunnen dat doen, zolang dit door de individuele raden van bestuur van de ziekenhuizen wordt goedgekeurd. Ze hebben daar het netwerk of die medische raad van het netwerk niet voor nodig". (netwerkvoorzitter)

Terughoudendheid van artsen

Wanneer het gaat om de kernactiviteit van het ziekenhuis, namelijk de klinische zorg, blijkt dat vooral artsen de katalysator van samenwerking zijn, vaak los van de netwerkfiguur. Wat artsen beogen is niet altijd hetzelfde als wat het management van het ziekenhuis beoogt en dit werkt in twee richtingen. Volgens sommige respondenten wil het management soms een versnelling hoger wil schakelen in klinische en operationele integratie, maar botsen ze op terughoudendheid van artsen(groepen) die er geen voordeel of zelfs nadelen en zien, maar ook vice versa. De financiële implicaties en organisatorische implicaties zijn daarbij een belangrijke bekommernis. Dit moet ook gezien worden binnen een historiek van competitie tegen elkaar en het beschermen van het patiëntenbestand, wat niet eenvoudig los te laten is en in te ruilen voor een cultuur van samenwerken en naar elkaar doorverwijzen, zeker als de financiële consequenties onduidelijk of negatief zouden zijn.

4.3.3 Rol van het management in de ontwikkeling van netwerkactiviteiten

We wezen hierboven al naar de soms verschillende positie van het management en de artsen in kader van ziekenhuisoverschrijdende samenwerking en de mate waarin hier de netwerken als figuur voor gebruikt worden.

Het is echter niet zo dat die posities altijd tegengesteld zijn of dat er geen initiatieven genomen worden om de belangen voldoende samen te leggen. Zo kan het ziekenhuismanagement bijvoorbeeld faciliteren dat artsen in verschillende ziekenhuizen gaan consulteren, eerder dan dat proberen op te leggen. Soms vergt dit ook voldoende geduld, tot geesten voldoende gerijpt zijn. Zo gaf een respondent een voorbeeld van een casus waar een nieuwe associatie geen afbouw aan apparatuur en aanbod wenste, maar waar na verloop van tijd een subspecialisatie binnen de associatie ontwikkelde die resulteerde in een organische beddenafbouw.

Om stappen vooruit te zetten op het vlak van samenwerking lijkt het ook zinvol om op strategisch vlak voldoende samen plannen te formuleren. **Participatie van artsen-diensthooften in het formuleren van het strategisch beleid** van het netwerk en/of de samenwerking kan draagvlak helpen creëren voor een sterkere **top-down sturing van de samenwerking in de uitvoering van dat beleid**. Respondenten geven aan dat het medisch luik van het regionaal ZSP laten schrijven door de diensthooften zelf bijvoorbeeld de beste slaagkansen biedt voor een effectieve implementatie ervan in het netwerk. Sommige netwerken die mobiliteit van artsen willen realiseren of de expliciete ambitie uitspreken om over alle disciplines heen artsassociaties op te zetten,

proberen dat te bereiken door netwerkbreed alle medische diensthoofden per discipline samen te zetten en met hen te bekijken hoe dat te realiseren is.

Een eerder advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) merkte al op dat het oprichten van een groepering meestal is gericht op medische integratie en/of voorloper van een fusie tussen de erkende ziekenhuizen die deel uitmaken van de groepering.

Terughoudendheid

Nogal wat ziekenhuizen beschouwen de opdracht om netwerken te vormen als iets wat is opgedragen door een overheid en waar voor het betreffende ziekenhuis weinig toegevoegde waarde in te vinden is. Waar er vanuit de publieke logica oftewel het algemeen belang goede redenen kunnen zijn om te proberen in te grijpen in het landschap en meer samenwerking te bewerkstelligen, strookt dit niet automatisch met de bedrijfslogica van individuele ziekenhuizen. De uitdaging is dan om een werkbare balans tussen publieke en bedrijfslogica te vinden. Gezien vanuit de publieke logica is de overtuiging dat samenwerking tussen ziekenhuizen een meerwaarde biedt aan de populatie en de zorgkwaliteit in de regio kan verbeteren, en meer algemeen zo bijdraagt aan de quintuple aim. Of het locoregionaal ziekenhuisnetwerk in zijn huidige vorm, zoals in het veld gezet door de overheid, een goed samenwerkingsvehikel is voor deze uitdagingen, in de gegeven omstandigheden (zoals huidig ziekenhuisfinancieringssysteem), vergt op basis van al hetgeen tot nu toe aan bod is gekomen nadere reflectie (zie conclusies). Andere samenwerkingsvormen of -modellen lijken volgens heel wat respondenten soms meer soelaas te bieden of meer in zwang te zijn, zoals de fusies, associaties en groeperingen. Als heel wat ziekenhuizen zelf onvoldoende toegevoegde waarde zien in het samenwerken in de ziekenhuisnetwerken en daarbij in de eerste plaats redeneren vanuit de vraag 'wat zijn de opportuniteiten en bedreigingen voor mijn individuele ziekenhuis in de samenwerking?' en te weinig redeneren vanuit 'hoe kan het netwerk zelf sterker worden als geheel en bijdragen tot betere waardecreatie in de regio wat zijn de opportuniteiten voor het netwerk als geheel?' dan is het moeilijk om veel vooruitgang te boeken.

"We wisten ook niet wat we gemeenschappelijk met het netwerk wouden doen. Dat is ook niet meegenomen. We wisten gewoon: we willen een EPD, maar we hebben dat niet als een opportuniteit voor het netwerk of onze regio gezien. Dat was moeilijk te formuleren en dat is ook nooit geformuleerd. Daar is nooit over nagedacht."(algemeen directeur)

Sommige respondenten geven aan dat een aangepaste financiering een hefboom voor meer samenwerking kunnen bieden, al dan niet gekoppeld aan het netwerkmodel, terwijl het huidige financieringsmodel erg gericht is op individuele prestaties en bijzonder complex is. Het zal moeten blijken in hoeverre hier op korte termijn veranderingen zullen gebeuren en of dergelijke veranderingen effectief meer samenwerking zullen stimuleren. (zie hoofdstuk 3 *Middelen van het netwerk*).

Kansen vanuit managementoogpunt

Het management van ziekenhuizen ziet soms bedreigingen of uit soms twijfels over samenwerking in de netwerken, maar ziet soms ook positieve signalen en kansen om sterker samen te werken, ook in de netwerken. Zij ervaren immers tal van uitdagingen die zij niet als individuele organisatie kunnen aanpakken en zien nood aan meer **coördinatie** met anderen op met name 4 vlakken:

- Betaalbaarheid van innovatie: de nodige investeringen zijn zodanig hoog dat niet elke site, erkenning of organisatie alles kan blijven uitvoeren – samenwerking met anderen is nodig om die kosten te dragen en te spreiden
- Tendens van hyperspecialisatie: doorgedreven specialisatie zorgt ervoor dat kennis verspreid geraakt onder verschillende professionals, diensten en ziekenhuizen. Hierdoor geraakt kennis en informatie verdeeld over ziekenhuizen heen en moet er samengewerkt worden om die weer met elkaar te verbinden.
- Populatiemanagement: op netwerkniveau hoopt men beter in staat te zijn de noden van de populatie in kaart te brengen en het aanbod in de regio hierop af te stemmen en voldoende toegangspoorten te voorzien – dit gaat de capaciteiten van een individueel ziekenhuis immers te boven.
- Personeelsschaarste: samenwerking om beter om te kunnen gaan met personeelsschaarste die steeds meer ziekenhuizen ervaren:
 - Geïsoleerde functies die de taken voor meerdere ziekenhuizen kunnen opnemen of waarbij teamwerking voordelen biedt (preventie-adviseur, ombudsdienst, ...)
 - Opvangen van personeelsschaarste: flexibele inzet van zorgpersoneel

Het feit dat dergelijke vraagstukken bij alle ziekenhuizen lijken voor te komen, vergroot de kans dat er ook een gemeenschappelijk belang op netwerkniveau kan geïdentificeerd worden. Zoals eerder aangegeven is het echter zaak om dat voldoende helder te maken (bv. via een sterke en gedeelde missie en visie) en vervolgens met name voldoende concreet te maken in projecten, acties, engagementen op het vlak van middelen, ... Een typische valkuil bij netwerksamenwerking is immers het vaag formuleren van een ambitie – bijvoorbeeld ‘we willen allen bijdragen aan de quintuple aim’ – maar dat dan niet concretiseren en bijgevolg zonder merkbare effecten op bijvoorbeeld kwaliteit van zorg of andere quintuple aim aspecten.

Een aantal concrete initiatieven, geïnitieerd door het management, kunnen hier positief toe bijdragen. Eerder wezen we al op het belang van artsen om samen te werken rond klinische activiteiten in het netwerk en dat het management dat kan proberen faciliteren, maar vanuit het management zelf zien we ook de inzet op samenwerking in kader van backoffice en in mindere mate medisch-technische activiteiten.

De toenadering tot elkaar kan zowel op organisatieniveau (=opzetten van een structuur zoals groepering, associatie, netwerk) of individueel niveau (=functie) worden geïnitieerd.

Zowat elk netwerk kent **horizontale werkgroepen**, waarbij profielen met identieke functies vanuit de verschillende leden regelmatig samenkomen. In de schoot van deze werkgroepen kunnen verschillende soorten activiteiten plaatsvinden (informatiedeling, kennisontwikkeling en coördinatie). Dergelijke werkgroepen worden op directieniveau georganiseerd, maar ook voor financiële-, IT-, communicatie- en kwaliteitsfuncties.

Hun frequentie van overleg varieert en ze kennen een wisselend succes op het vlak van resultaten. In sommige netwerken zijn deze werkgroepen expliciet resultaatgericht en wordt verwacht dat er concrete vragen worden beantwoord.

Deze werkgroepen hebben vaak positieve effecten op relationeel vlak die de inhoudelijke activiteitsontwikkeling kunnen faciliteren, zoals elkaar goed leren kennen en appreciëren. Na uitvoering van enkele – zelfs kleinere taken – groeit het gevoel van collegialiteit en ontstaat zelfs een zekere mate van kameraadschap, wat kan leiden tot krachtenbundeling t.o.v. andere (functie)groepen in plaats van t.o.v. andere organisaties. Het helpt soms om de campuslogica te doorbreken en die zin echt over de eigen organisatiegrenzen te gaan denken.

Het ontwikkelen van betere relaties en meer wederzijds vertrouwen door het deelnemen aan werkgroepen betekent echter niet dat er vervolgens inhoudelijke stappen volgen en er inhoudelijke activiteiten samen uitgewerkt worden. We wezen al meermaals op de drempels of factoren die die stappen bemoeilijken, zoals financiële overwegingen, vrees voor de eigen positie, maar soms ook de kostenbatenanalyse of een gezamenlijke activiteit wel rendabel genoeg is.

“Die werkgroepen werken zeer goed. Ik zou bijna willen zeggen dat die het best van al werken. Maar er hangt ook minder van af. Daarmee bedoel ik bestuursmacht of gelijk wat. In veel gevallen is dat eigenlijk gewoon het opzoeken van win-win situaties. Men ziet wel dat die samenwerking ook loont, alleen ligt die samenwerking veel moeilijker op bestuurlijk vlak omdat er vroeg of laat ook wel keuzes gaan moeten gemaakt worden.” (algemeen directeur)

In die horizontale overlegstructuren wordt vaak per functie overlegd, maar er wordt soms ook thematisch of projectmatig overleg georganiseerd. Zo zien we in elk netwerk dat er in meer of mindere mate rond een aantal **backoffice** thema's zoals samenaankoop wordt gedacht of samengewerkt, maar zijn dat niet per se netwerkinitiatieven en **bestonden die al langer** (bijvoorbeeld Taxandria, Hospilim, ...).

Sommige respondenten geven aan dat het voor samenwerking rond backoffice activiteiten wat vlotter gaat omdat ze zuivere managementbeslissingen vergen en dus niet meteen zware onderhandelingen met de artsen impliceren en relatief duidelijk zijn in termen van tastbare winst voor alle partijen. Andere respondenten stellen dat het ook voor die thema's niet altijd zo vlot loopt en dat het soms zelfs omgekeerd is, namelijk dat de niet-medische samenwerking moeilijker tot stand komt dan medische samenwerking.

De meeste netwerken gaan minstens de denkoefeningen aan om gezamenlijke medisch-ondersteunende en medisch-technische samenwerkingen te organiseren: apotheek, labo, IT, ... Maar waar die samenwerking voor de hand lijkt te liggen (want bijvoorbeeld duidelijke schaalvoordelen) blijken er in de praktijk toch heel wat hindernissen op te duiken (standaarden, locatie, erkenning, specificaties, ...).

Belang van leiderschap en eigenaarschap

Samen concrete projecten kunnen realiseren kan het vertrouwen en geloof in samenwerking doen groeien, maar om dat te doen zijn leiderschap en eigenaarschap cruciaal. Zo helpt het om bijvoorbeeld verantwoordelijken aan te stellen voor concrete dossiers, maar vergen concrete projecten ook een duidelijk mandaat van ziekenhuisbestuur en -management. Medische projecten kunnen dan worden gedragen door een medische directeur, andere projecten door een algemene directeur of een coördinator.

De mate waarin dit leiderschap centraal vanuit het netwerk ingevuld kan of moet worden om uiteindelijk netwerkactiviteiten te ontwikkelen of in de eerste plaats van onderuit van artsen, managers, ... moet komen, is een vraag waarover de meningen van respondenten verdeeld zijn. We verwijzen naar eerdere delen waar we onder andere wezen op de vraagstukken omtrent de positie van de artsen, het moeilijke evenwicht tussen verwachtingen van grotere en kleinere ziekenhuizen, het belang van persoonlijkheden of de rol van de netwerkvoorzitters.

Samenwerking vergt leiderschap bij alle betrokken stakeholders, waarbij dat leiderschap sterk genoeg moet vertrekken vanuit het publieke doel, het algemeen belang, en zich niet beperkt tot het eigenbelang (bv. individuele job of positie) en er over persoonlijke conflicten heen gestapt kan worden vanuit dat algemeen belang. Samenwerking is in de praktijk immers mensenwerk en respondenten wezen er bijvoorbeeld op hoe een directie of bestuurswissel grote effecten had op de samenwerkingsdynamiek, soms in positieve en soms in negatieve zin. Er kan wantrouwen ontstaan door het verliezen van iemand die vertrouwen uitstraalde in de samenwerking maar het verdwijnen van iemand die als dwarsligger gezien werd kan net een nieuwe wind geven om te starten met een schone lei.

Hierboven kwamen de uitdagingen op samen zinvolle activiteiten binnen het netwerk en op netwerkniveau op te zetten, maar de vereiste om een regionaal ZSP op te maken betekent dat er in eerste instantie een goede verstandhouding nodig tussen bestuurders, directie en artsen van de verschillende ziekenhuizen om dat plan op te stellen. Een netwerkvoorzitter kan hier een faciliterende rol in spelen en trachten een gemeenschappelijke noemer en motivatie te vinden. Dit alles vergt natuurlijk ook voldoende tijd.

“De samenwerking tussen onze ziekenhuizen is altijd heel opportunistisch geweest. Dat is niet vanuit een grote moraal van ‘wat kunnen we voor de patiënt doen?’ maar meer vanuit ‘wat is een interessant verhaal voor elk van onze ziekenhuizen?’. Dan krijg je ad hoc goede zaken, maar

geen gemeenschappelijk zorgstrategisch plan of een gemeenschappelijk medisch beleid. Dat is nog veel te ver.” (algemeen directeur)

4.3.4 Rol van overheid ten aanzien van de netwerkactiviteiten

De verschillende overheden vervullen als zogenaamde ‘metagovernors’ een belangrijke rol ten aanzien van de netwerken. Die rol gaat niet alleen over het ontwerp van het netwerk als een samenwerkingsmodel of -figuur (bv. vereiste leden, vereiste juridische vorm, vereiste netwerkstructuur, ...) maar met name ook over de mate waarin er op de inhoudelijke activiteiten wordt gestuurd. We rapporteerden eerder al een grote terughoudendheid op het terrein om hier een actieve overheidssturing te zien, maar tegelijkertijd geven respondenten aan dat het feit dat sommige doelstellingen en middelen expliciet aan het netwerk gekoppeld worden, zoals het regionaal ZSP of het HOST-project, wel een bepaalde dynamiek op gang brengen en de vrijblijvendheid van het netwerk verminderen.

Induceren van ‘verplichte’ interactie

“Wat je ziet is datgene waarvoor de overheid duidelijk is en financiering geeft, dat dat dan wel gebeurt. Het project HOST bijvoorbeeld. Maar voor de rest hangt het een beetje af waar ze animo voor vinden.” (netwerkvoorzitter)

Algemeen zijn de ervaringen met het proces rond het **opstellen van een regionaal ZSP** overwegend positief. Respondenten omschrijven dit dikwijls als de essentiële taak van het netwerk. Het is een instrument dat ziekenhuizen dicht bij elkaar heeft gebracht en hun verplicht (heeft) om samen na te denken over de toekomst. Het verwezenlijken van het regionaal ZSP wordt als gemeenschappelijk doel omschreven dat er voordien niet was en heeft een aantal zaken in een stroomversnelling gebracht. Zoals eerder aangegeven zetten ziekenhuizen maximaal in op hun autonome ontwikkeling en is eventuele samenwerking dan eerder ingegeven door de opportuniteiten die het voor elk ziekenhuis apart kan bieden. De oefening om een regionaal ZSP te maken heeft heel wat ziekenhuizen echter voor het eerst gedwongen om te denken over de centrale vraag ‘wat kunnen wij als ziekenhuizen aan onze populatie bieden?’ en dat toch als een opstap naar een gemeenschappelijk medisch beleid wordt gezien.

Voorzien van juiste omkadering

Bij het opleggen van dergelijke taken is een duidelijke finaliteit en duidelijkheid over de financiering, kortom de **juiste omkadering te voorzien**, een belangrijke randvoorwaarde om deze taken efficiënt te kunnen uitvoeren.

- 1) Middelen: Op dit vlak valt wel wat kritiek te noteren bij respondenten. Zo wordt frequent verwezen naar de **decentrale middelen** voor het HOST-project. Het is volgens respondenten met de huidige juridische spelregels voor de netwerken zeer moeilijk om personeel op netwerkniveau aan te nemen, waardoor discussies en constructies ontstaan

om een team samen te stellen vanuit de verschillende ziekenhuizen en elk teamlid betaald wordt door het eigen ziekenhuis. Daar tegenover staat dat er formeel één ziekenhuis als coördinerend centrum de middelen ontvangt en dat vervolgens moet verrekend worden met alle ziekenhuizen die medewerkers ter beschikking stellen. Dergelijke administratieve coördinatielasten doen het karakter van een netwerkproject verwateren en dreigt het gezamenlijk netwerkproject eerder te laten verworden tot een project van het coördinerend ziekenhuis.

“Je zou het nooit zo in een bedrijf organiseren. Het vraagt veel nutteloze manoeuvres die niet leiden tot een efficiënte organisatie door de manier hoe het wettelijk in elkaar is gezet.”
(netwerkvoorzitter)

Opnieuw wijzen respondenten op de link met de huidige ziekenhuisfinanciering die het denken en handelen op netwerkniveau bemoeilijkt. Bij het opmaken van samenwerkingsplannen is het onduidelijk welke budgetten er (in de toekomst) aan worden gekoppeld of wat de implicaties op termijn voor een individueel ziekenhuis kunnen zijn (plan opmaken o.b.v. huidige financiering of zal financiering/organisatie de plannen volgen)? Sommige respondenten stellen wel dat de geesten rijpen in de richting van meer samenwerking vanuit een gezamenlijke agenda.

- 2) Rechtszekerheid en toekomstperspectief: Sommigen zijn ook bekommerd over de **rechtszekerheid**. Er heerst onduidelijkheid over de consequenties van bepaalde samenwerkingsinitiatieven en de verschillende overheden nemen die onduidelijkheid niet voldoende weg, aldus een aantal respondenten. Deel van de gegeven verklaring is dat de bevoegdheden versnipperd zijn, waardoor overheden het zelf ook niet altijd lijken te weten maar dat er daardoor ook een **duidelijke, afgestemde visie** op de toekomst van de gezondheidszorg ontbreekt. Nochtans stellen sommigen dat er wel veelvuldig overleg is tussen federale en regionale overheden en dat de grote lijnen wel gedeeld zijn, maar dat de praktische realisatie ervan botst op de respectievelijke bevoegdheidsgrenzen.
- 3) Technische problemen: Respondenten benoemen ook een aantal technische problemen die beter geïdentificeerd en aangepakt moeten worden (zoals de BTW-problematiek). Een aantal problemen die samenwerking bemoeilijken werden enkele jaren geleden al opgelijst, maar tot op heden zijn bepaalde punten nog niet opgelost of zijn oplossingen onvoldoende gekend in de sector. Daarnaast wordt de beschikbaarheid van actuele en betrouwbare gegevens voor de opmaak van de aanbodsplanning van het regionaal ZSP als één van de pijnpunten benoemd. De huidige instructie luidt dat hiervoor in principe gebruik gemaakt moet worden van een KCE-studie die, op basis van gegevens van 2014, een projectie maakt over de benodigde beddenscapaciteit voor 2025, een jaartal dat snel realiteit wordt. Daarom mogen ziekenhuisnetwerken gebruik maken van eigen geactualiseerde of bijkomende data, mits motivatie. De vrees van sommigen is dat omwille van de opgelegde methodiek de optelsom van alle regionale zorgstrategische plannen een grotere populatie

zal opleveren dan er in Vlaanderen bestaat. Het regionaal zorgstrategisch plan is immers een Vlaams initiatief en richt zich bijgevolg enkel op het aanbod nodig voor Vlamingen, maar voor een aantal netwerken geeft dit gezien hun ligging een aanzienlijke vertekening van de realiteit, aangezien een deel van hun populatie ook uit inwoners van andere regio's of landen bestaat.

- 4) Transparantie: Respondenten vragen om een duidelijk en transparant evaluatiekader, zowel voor pilootprojecten als ingediende dossiers maar ook over het al dan niet doorvoeren van een beleidsbeslissing. Waar respondenten overwegend positief zijn over het beoordelingsproces van de regionale zorgstrategische plannen, heerst er onzekerheid en wrevel over hoe er wordt omgegaan met de ingediende cijfers: in welke mate zijn deze cijfers juridisch bindend en in welke mate gaan die cijfers ook voor andere beleidsdoeleinden worden gebruikt door de overheid? Naast de bezorgdheid over een mogelijk 'secundair' gebruik van de ingediende plannen stellen sommigen zich ook de vraag wat – naast het niet toekennen van infrastructuursubsidies – de consequenties zullen zijn van het niet indienen van een regionaal ZSP of wanneer een regionaal ZSP niet geïmplementeerd wordt zoals oorspronkelijk voorzien.

“We weten niet welke impact dat zal hebben op toekomstige aanvragen voor financiering of projecten.”(algemeen directeur)

Neveneffecten

Zoals aangegeven zijn respondenten positief over het regionaal ZSP en vormt het een belangrijke doorbraak in het netwerkdenken, met name voor ziekenhuizen die nieuwbouw nodig hebben. Maar als een individueel ziekenhuis weinig of geen meerwaarde ziet in het netwerk en geen infrastructuursubsidies nodig heeft op de korte of middellange termijn, dan remt of blokkeert dat soms de netwerkontwikkeling, ook al zijn er andere partners die wel verder vooruit willen met de samenwerking. Om dergelijke niet-gemotiveerde ziekenhuizen toch tot meer samenwerking te bewegen, vergt dan ook bijkomende overheidsprikkels. Als dat niet gebeurt, betekent de huidige situatie dat relatief grote ziekenhuizen met een recent vernieuwde infrastructuur eigenlijk een grote (blokkerings-)macht hebben ten aanzien van andere ziekenhuizen die wel grote en dringende infrastructuurbehoeften hebben, maar daarvoor dus op samenwerking aangewezen zijn.

Een andere vraag is ook in hoeverre de ziekenhuisnetwerken meer kunnen/moeten worden dan een structuur waarin een regionaal ZSP wordt gemaakt. Sommigen vrezen dat het enige doel van een netwerk immers het opstellen van een regionaal ZSP is, maar dat nadien elk ziekenhuis weer de eigen autonome weg inslaat zodra de middelen toegekend zijn. De mate waarin dit het geval zou zijn of dat de samenwerkingsbasis toch voldoende robuust is om verder te werken, is alvast belangrijk om op te volgen.

Sommigen wijzen er ook op dat sommige beleidsinitiatieven, die niet gericht zijn op het locoregionaal ziekenhuisnetwerk, er wel effect op hebben. Zo moet vanaf 2026 elke ziekenhuisapothek voldoen aan de PIC/S-normen voor productie van bepaalde farmaceutische bereidingen. Deze wetgeving legt strengere kwaliteitseisen op voor bijvoorbeeld cleanrooms voor farmaceutische bereidingen dan vandaag het geval is.⁵⁸ Dit impliceert een sterke stijging van zowel de werkings- als de investeringskosten – kosten die niet eenvoudig te dragen zijn door individuele ziekenhuizen. Hierdoor kiezen enkele ziekenhuisnetwerken ervoor dit als netwerk aan te pakken. Dit is een voorbeeld van beleidsinitiatief dat feitelijk het zoeken naar schaalvoordelen stimuleert en waar ziekenhuizen dan eventueel het netwerk als uitgangspunt nemen om samen te werken, al kan dat evenzeer via andere manieren gebeuren.

Klinische vertaling ZSP

“Er wordt door Vlaanderen een regionaal ZSP gevraagd, maar dat gaat niet over centen – of toch niet rechtstreeks over financiering van investeringen die je wel of niet samen gaat doen als ziekenhuizen. Daar gaat het helemaal niet om. Dat is echt op dit ogenblik een groot manco en ik heb ook niet het antwoord hoe het precies op te lossen. Maar waarom zouden we ons er nu op toeleggen om daar echt tijd voor te maken, want ja, de kans dat het gevolgd wordt is toch vrij klein.” (algemeen directeur)

Hoewel de vereiste om een regionaal ZSP te maken vanuit het netwerk duidelijk een samenwerkingsprikkel vormt, zijn er ook een aantal kritische opmerkingen te horen bij respondenten. Eén van de kritieken is dat het regionaal ZSP-plan enkel is ingegeven vanuit het oogpunt van infrastructuur en niet zou dwingen tot fundamentele keuzes in taakverdeling en rationalisatie. Bijgevolg trachten ziekenhuizen zoveel mogelijk op netwerkniveau te omschrijven welke faciliteiten nodig zijn om tegemoet te komen aan de noden van de populatie op het grondgebied, maar met zo min mogelijk planning of informatie over waar deze bedden en diensten finaal terecht zullen komen. Heel wat respondenten vrezen dat dit in heel wat netwerken slechts uitstel van de moeilijkste discussies betekent en in de toekomst tot spanningen zal leiden, bijvoorbeeld omdat dergelijke efficiëntiewinsten ook weerslag kennen op het artsenkader (zie hoofdstuk 3 *Middelen van het netwerk*). De vrees bestaat dat dan zal blijken dat ziekenhuizen zich toch weer vooral op zichzelf zullen terugplooiën en de meerwaarde van het netwerk in hun ogen (te) beperkt zal blijken.¹

“Ik stel vast dat in de respectievelijke artsengroepen in de verschillende ziekenhuizen – en dat overstijgt dus ons netwerk – toch wel vragen bestaan. Dat heeft dan enerzijds te maken met de

¹ Dit rapport omvat geen analyse van de regionale zorgstrategische plannen en baseert zich enkel op ervaringen van respondenten met het opstellen en indienen van een regionaal zorgstrategisch plan, verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Een grondige en systematische analyse van de ingediende en goedgekeurde regionale zorgstrategische plannen is wel een relevante oefening om in de toekomst te maken.

finaliteit van waar de overheid naartoe wil gaan en anderzijds als je heel bottom-up gaat kijken: iedere arts vraagt zich af 'what's in it for me?'. Ga ik nog hetzelfde kunnen doen? Ga ik collega's kunnen vinden die met mij een wacht dienst willen doen of ga ik dat hier quasi alleen moeten doen? Tot wat engageren we ons hier nu als we hier onze handtekening onder zetten? Al die basisvragen borrelen op en daar geeft dat zorgstrategisch plan niet altijd een afdoend antwoord op. Daar zullen wel nog wat discussies over zijn." (hoofddarts)

Om op dergelijke vragen van overheidswege antwoorden te geven, is alvast een goede coördinatie tussen Vlaamse en federale overheid nodig, zodat elk overheidsniveau de eigen instrumenten en de financiële implicaties ervan optimaliseert vanuit de quintuple aim. Het autonoom kunnen sturen vanwege de Vlaamse overheid op meer samenwerking tussen ziekenhuizen, meer intersectorale samenwerking en meer transmurale, geïntegreerde zorg, wordt door respondenten immers toch als relatief beperkt ingeschat.

Vrijheidsgraden en ondernemerschap

Eerder in dit rapport is al gebleken dat er heel wat kanttekeningen gemaakt worden ten aanzien van de netwerken als samenwerkingsfiguur of -model. Een belangrijk deel van die kanttekeningen gaan over de wetgeving die de ziekenhuisnetwerken en vormvereisten definieert. Scherp geformuleerd is de teneur bij heel wat respondenten dat **er samenwerking is ondanks de netwerkwetgeving**, en dus niet dankzij de netwerkwetgeving. Respondenten geven aan dat de wetgeving te veel aandacht schenkt aan de structuren, organen en organisatorische regels en dat deze te strikt zijn geformuleerd (zie ook hoofdstuk 2 *Governance van het netwerk*). Het gevolg van de te grote rigiditeit die ervaren wordt, is dat de ziekenhuizen het netwerk als juridische structuur en de bestuursorganen zoveel mogelijk links laat liggen. De samenwerkingsactiviteiten spelen zich in die zin eerder af 'naast het netwerk' in plaats van 'binnen het netwerk'. Met 'naast het netwerk' doelen we dus op de concrete organisatie van samenwerkingsactiviteiten, aangezien de betrokken actoren meestal wel degelijk alle netwerkleden omvatten.

"Er is een groot project van de apotheek: schitterend. Maar dat gebeurt naast het netwerk en ik moet af en toe eens aan hun mouw trekken en zeggen 'laat ons een keer wat verslag brengen aan het netwerk van hoever we zitten'. Het is goed dat dat gebeurt, maar het gebeurt niet in het netwerk. Het gebeurt altijd naast het netwerk en in het beste geval wordt er een keer rapport gegeven als er iets positiefs in het netwerk gebeurt. Want o wee als we eens een probleem in het netwerk zouden durven agenderen." (Netwerkvoorzitter)

Het is meteen duidelijk dat in een dergelijke context de rol van voorzitter niet evident is.

De respondenten zien ook het spanningsveld tussen overheidssturing die vanuit een algemene doelmatigheid naar de bevolking mogelijk of wenselijk is enerzijds en het voldoende ruimte laten aan het sociale ondernemerschap van de sector om zelf samenwerking te ontwikkelen anderzijds. Dat die samenwerking dan eerder vorm krijgt in andere samenwerkingsmodellen dan de juridische structuur van het netwerk, hoeft in die optiek geen probleem te vormen. En als de overheid wel zou

willen dat de juridische structuur en de bestuursorganen van de netwerken de centrale plek worden van de samenwerking, dan is het alvast nodig om te sleutelen aan de huidige spelregels.

5 SAMENWERKING MET ACTOREN IN DE OMGEVING

In de voorgaande delen werd in de eerste plaats sterk gefocust op de ziekenhuizen en de rol van de overheden op dat vlak. In dit deel trekken we de blik expliciet verder open en leggen we linken naar een ruimere groep van actoren en ontwikkelingen die vanuit een quintuple aim belangrijk zijn en de figuur van de ziekenhuisnetwerken mee uitdagen. Eerst bespreken een aantal belangrijke externe actoren (5.1.). Daarna bespreken we hoe er samenwerking met dergelijke actoren in de praktijk vorm kan krijgen of krijgt. (5.2.)

Hierboven hadden we het vooral over de leden van het netwerk, namelijk de organisaties die formeel als leden benoemd zijn in de statuten. We hadden het in de eerste plaats over de **effectieve leden (= de ziekenhuizen)**, maar er is ook sprake van **toegetreden leden** met minder rechten en verantwoordelijkheden dan effectieve leden. Toegetreden leden zijn typisch andere types zorgactoren die een (kleinere) ledenbijdrage betalen en aan bepaalde fora kunnen deelnemen. Naargelang hun karakteristieken kan dit gaan over werkgroepen, informatieavonden, harmoniseringsafspraken, Tot op heden lijken er echter weinig netwerken die effectief met toegetreden leden werken, soms gaat het ook eerder om plannen in die richting. Deze groep van potentiële leden is echter relevant, als we hieronder kort overlopen welke externe actoren relaties met ziekenhuizen hebben en hoe er in die sectoren ook ontwikkelingen gaande zijn om meer samenwerking te realiseren.

5.1 EXTERNE ACTOREN

In het rapport tot dusver kwamen vooral interne actoren in beeld die actief zijn binnen de ziekenhuizen als effectieve netwerkleden (artsen, bestuurders, ...).⁴³ De ruimere groep van actoren kunnen individuen, groepen of organisaties zijn die mee de samenwerking beïnvloeden en/of er effecten van ondervinden, maar **extern** zijn aan het netwerk. In die zin vormen dergelijke actoren mee **de context** waarin een netwerk zich kan bewegen. Deze externe actoren zitten met andere woorden meestal niet aan de eigenlijke netwerktafel, maar beïnvloeden deze wel en/of ondervinden er de effecten van. Deze actoren komen ook in beeld om de quintuple aim te realiseren op het terrein.

5.1.1 Eerstelijnszorg

Een eerste belangrijke groep van externe actoren bespreken we onder de vlag van de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg is grotendeels de bevoegdheid van de deelstaten. Het Vlaams Departement Zorg (vroeger Zorg en Gezondheid) definieert eerstelijnszorg als *“de zorg en ondersteuning die zich richt op personen die behoefte hebben aan laagdrempelige, breed toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en ondersteuning voor gezondheids- of welzijnsgerelateerde problemen, zowel van fysieke, psychologische als sociale aard, die wordt*

*aangeboden door eerstelijnszorgaanbieders, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder.*⁵⁹

Men maakt hierbij onderscheid tussen **zorgaanbieders** (o.a. apothekers, diëtisten, huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen, tandartsen, logopedisten, (thuis)verpleegkundigen, vroedkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, podologen, verzorgenden, sociaal werkers, ...) en actoren uit de welzijnssector. Deze **welzijnsactoren** zijn terug te vinden in verschillende subsectoren (o.a. woonzorg, CAW, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, ...).⁶⁰

Zorgaanbieders worden gefinancierd door het RIZIV voor de prestaties die ze leveren. Naargelang het type zorgaanbieder, is dit meestal via nomenclatuur. Vlaamse welzijnsactoren worden gefinancierd door de Vlaamse overheid, meestal via de Vlaamse Sociale Bescherming.

Eerstelijnszones

Sinds enkele jaren worden eerstelijnsactoren in Vlaanderen verenigd in **eerstelijnszones**.⁵⁹ Ze vormen een netwerk waarin ze kennis en informatie uitwisselen en hun werking op elkaar afstemmen, rekening houdend met de lokale zorg- en welzijnsnoden. De geografische afbakening werd vastgelegd door de Vlaamse overheid. De eerstelijnszones worden als werkingsgebied aangestuurd door een **Zorgraad**. Deze bestaat uit 4 clusters van actoren:⁶⁰

- De welzijnsactoren
- De eerstelijnszorgactoren
- De lokale besturen
- De verenigingen van personen met een zorg- en ondersteuningsnood, verenigingen van mantelzorgers of verenigingen van vrijwilligers

Ook voorzieningen en netwerken van Opgroeien met een eerstelijnswerking (bijv. Huizen van het Kind, jeugdzorg, ...) en van de sector personen met een handicap worden binnenkort toegevoegd aan de Zorgraden.^{60,61} De zorgraden worden omschreven als een open netwerkorganisatie waarbij de hen toevertrouwende opdrachten worden uitgevoerd in samenspraak met de personen, diensten of organisaties met een gespecialiseerd zorgaanbod, zei het met de beperking tot diegene waarvoor Vlaanderen bevoegd is. Andere aanbieders van gespecialiseerde zorg, zoals algemene ziekenhuizen, behoren tot de optionele partners.⁶¹ Heel wat respondenten geven aan dat de relatie tussen samenwerking in netwerken tussen ziekenhuizen en deze samenwerking tussen de eerste lijn in de toekomst meer aandacht verdient en sommigen stellen dat deze samenwerking minstens even belangrijk is dan die tussen ziekenhuizen onderling in de netwerken.



Figuur 7 afbakening Eerstelijnszones Vlaanderen (Departement Zorg, 2024)

De zorggraden worden erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. De basissubsidie bestaat een vast bedrag op macroniveau dat verdeeld wordt onder de verschillende zorggraden op basis van hun inwonersaantal en een aantal risicofactoren. Zij kregen als het ware een soort van populatiefinanciering. Daarnaast kunnen eerstelijnszones bijkomend ook projectsubsidies ontvangen voor specifieke initiatieven.^{62,63}

Regionale zorgzones

Een **regionale zorgzone** omvat meerdere (minstens 2) eerstelijnszones en wordt aangestuurd door een regionaal zorgplatform, maar zijn op enkele pilootprojecten na nog niet echt actief. Hun grenzen zijn maximaal afgestemd op de referentieregio's. Afwijkingen hierop worden voorzien in regio's waar de eerstelijnszone is samengesteld uit gemeenten die niet allen tot dezelfde referentieregio behoren. In deze gevallen volgt de regionale zorgzone de grenzen van de eerstelijnszone en niet deze van de referentieregio. Een regionale zorgzone kan bovendien bestaan uit meerdere referentieregio's, en omgekeerd, een referentieregio kan ook meerdere regionale zorgzones omsluiten.

De ziekenhuisnetwerken hebben hun eigen afbakeningen die niet noodzakelijk samenvallen met die van eerstelijns- of regionale zorgzones. Dit roept bij sommige respondenten wel vragen op of er meer convergentie tussen die afbakeningen wenselijk is om zo ook de samenwerking tussen ziekenhuizen en eerste lijn te kunnen versterken. Sommigen stellen zich ook de vraag of ziekenhuizen dan geen lid zouden moeten kunnen worden van de zorggraden.



Figuur 8: afbakening regionale zorgzones in Vlaanderen (Departement Zorg, 2024)

Huisartsenkringen

Een huisartsenkring is een vereniging van huisartsen die hun beroep uitoefenen binnen een specifiek geografisch gebied (huisartsenzone). Deze kring vertegenwoordigt huisartsen in hun zone en fungeert als lokaal aanspreekpunt voor zowel huisartsen als het lokale beleid met betrekking tot de implementatie van gezondheidsbeleid. De taken van een huisartsenkring omvatten onder andere het bevorderen van de eerstelijnsgezondheidszorg, optimaliseren van samenwerking tussen zorgverleners, sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met ziekenhuizen, verbeteren van toegankelijkheid van huisartsgeneeskunde, stimuleren van gegevensuitwisseling voor zorgcontinuïteit en kwaliteit, organiseren van huisartspraktijkpermanentie, en bijdragen aan de organisatie van preventie tegen besmettelijke aandoeningen. Huisartsenkringen worden erkend en gesubsidieerd door het Departement Zorg van de Vlaamse Gemeenschap. Ze dienen jaarlijks verslagen in om hun erkenning te behouden.⁶⁴

Een huisartsenzone omsluit één of meerdere gemeenten, maar deze groepering van gemeenten volgt niet noodzakelijk deze van de eerstelijnszones (zie Figuur 9). Vanuit medisch oogpunt is de relatie met de huisartsen ook een aandachtspunt voor de netwerken, o.a. met oog op doorverwijzingen, opvolging van patiënten, ...



Figuur 9: huisartsenkringen (gekleurde zones) en eerstelijnszones (grenzen) in Vlaanderen (Departement Zorg, 2024)

5.1.2 Geestelijke gezondheidszorg

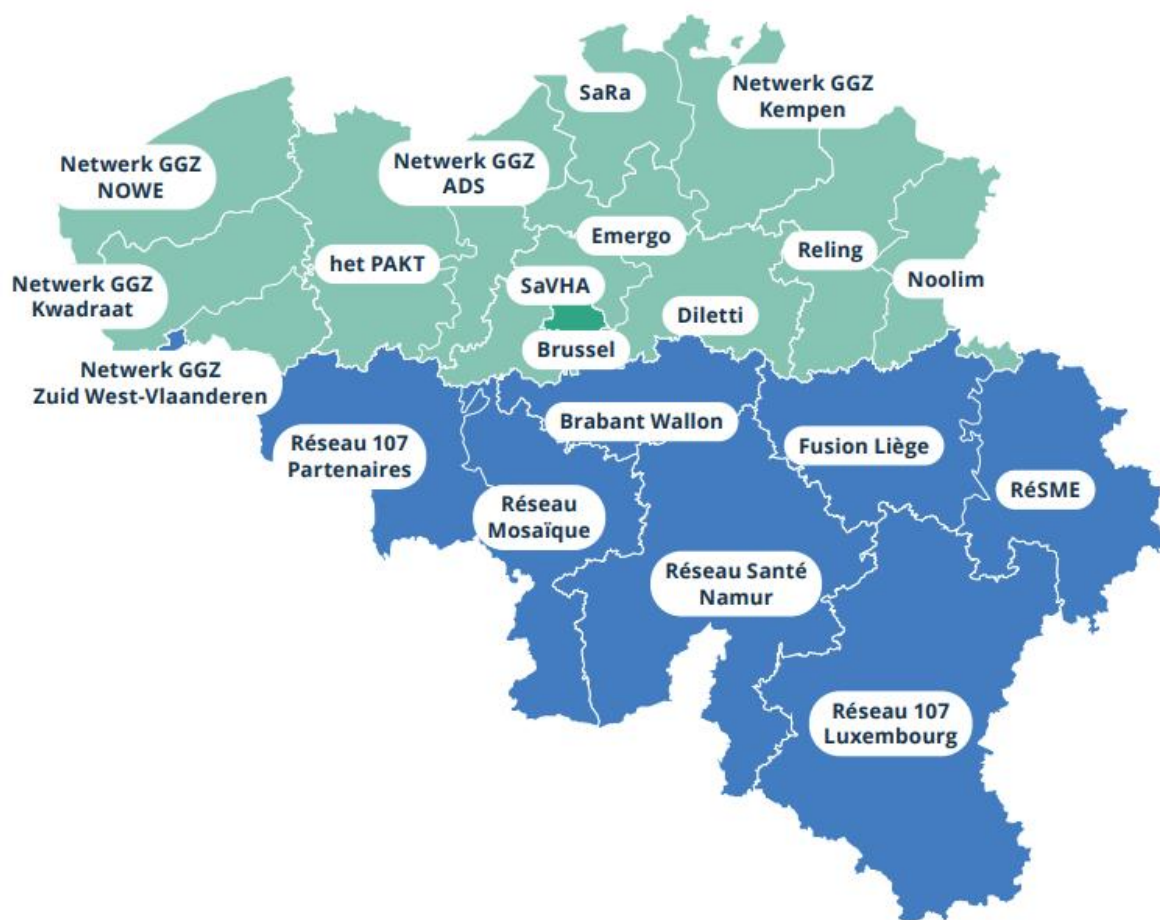
Een andere belangrijke groep van externe actoren omvat het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg bestaat uit een brede en diverse groep van zorgverleners: psychologen, psychiaters, huisartsen, wijkgezondheidscentra, centra algemeen welzijnswerk, centra geestelijke gezondheidszorg, initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, ... ⁶⁵.

Net als bij andere zorgsectoren, zoals algemene ziekenhuizen en de eerstelijnszorg, zijn ook hier de bevoegdheden verdeeld tussen de verschillende overheden, al zijn de bevoegdheidsgrenzen niet gelijk in al deze sectoren. De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor de planning, erkenning en het toezicht op de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW). Naargelang het type voorziening, worden (aanvullende) normen opgelegd door de federale of de Vlaamse overheid. ⁶⁶

Hoe dan ook botst men op dezelfde coördinatieknopen, namelijk om al deze zorgaanbieders te laten samenwerken om een passend antwoord te bieden op de dikwijls complexe zorgknooppunten van patiënten. Hiertoe werden vanaf 2010 zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg aangemoedigd om zich te verenigen in netwerken voor Geestelijke gezondheidszorg (GGZ-netwerken) die een populatie van 300.000 tot 350.000 inwoners omvatten. Sinds 2017 zijn er in België 20 GGZ-netwerken (waarvan 12 in Vlaanderen) met duidelijke geografische afbakening (op basis van gemeentegrenzen). Figuur 10 toont dat deze grenzen grotendeels overeenkomen met deze van de referentieregio's.



Figuur 10: GGZ- netwerken voor volwassenen (per kleur) en referentieregio's (grenzen) (Departement Zorg, 2024)

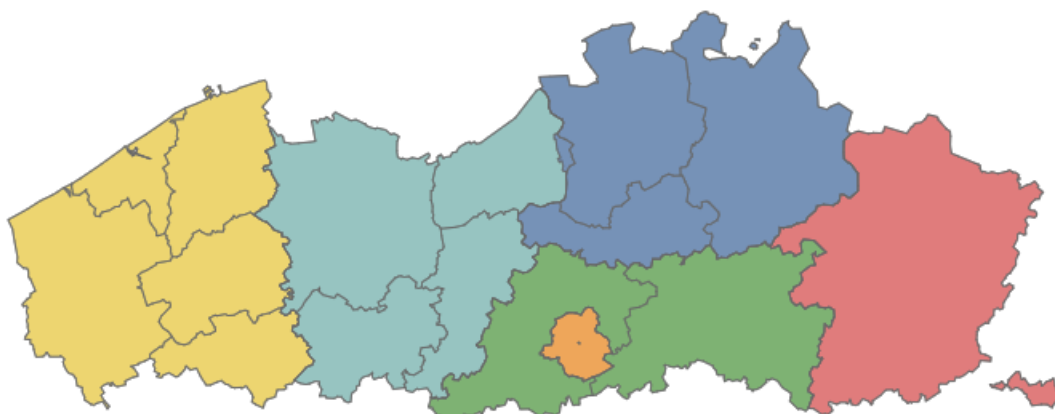


Figuur 11: netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België (FOD Volksgezondheid, 2024)

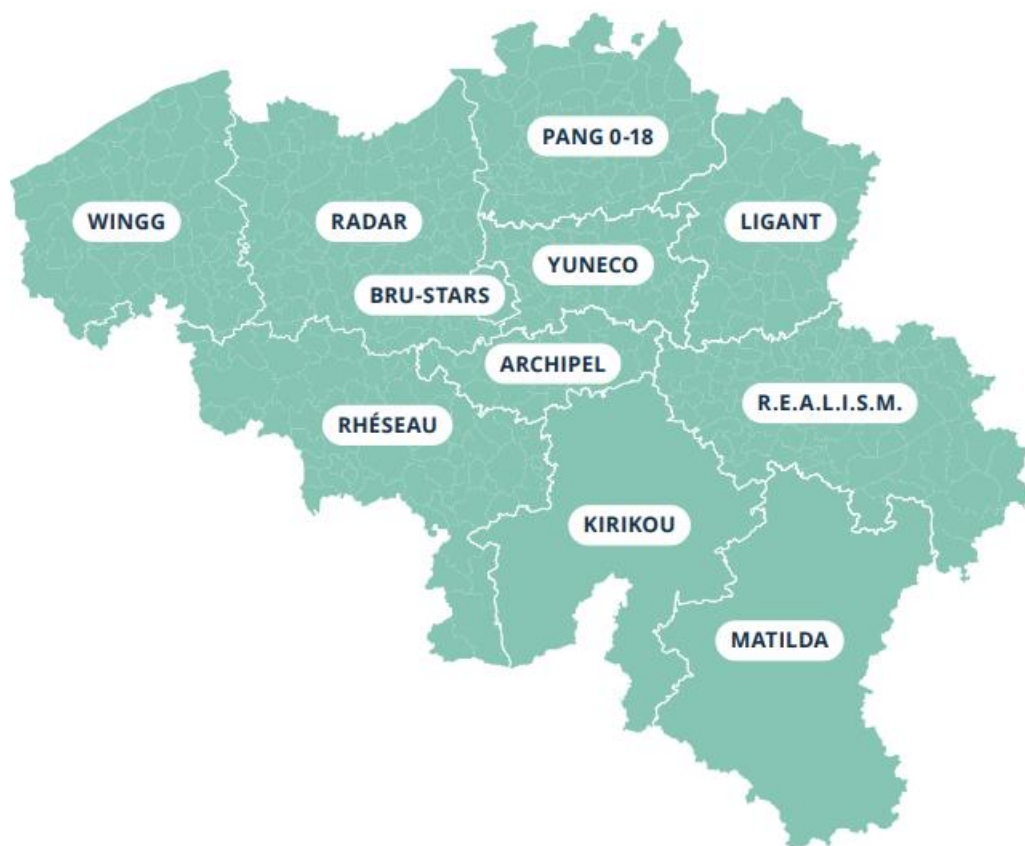
De GGZ-netwerken werken gezamenlijk strategieën uit voor (1) de GGZ-promotie, preventie, vroegdetectie en -interventie, (2) organiseren van mobiele behandelteams voor zowel acute als chronische zorg, (3) organiseren van teams voor psychosociale revalidatie, (4) uitbouw van

intensieve gespecialiseerde residentiële geestelijke gezondheidszorg-units en (5) uitbouw van specifieke woonvormen en verblijfsformules in hun gebied.⁶⁵

Enkele jaren later kreeg dit navolging voor doelgroep kinderen- en jongeren en werden in 2015 netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (GGKJ-netwerken) opgericht. De werkingsgebieden van deze netwerken volgen de provinciegrenzen.⁶⁵



Figuur 12: GGZ- netwerken voor kinderen en jongeren (per kleur) en referentieregio's (grenzen) (Departement Zorg, 2024)



De Figuur 13: netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in België (FOD Volksgezondheid, 2024)

GGZ-netwerken worden ook wel de 107-netwerken¹ genoemd. Dit komt omdat artikel 107 van de ziekenhuiswet het mogelijk maakte dat door reconversie van bedden van psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-afdelingen van algemene ziekenhuizen, financiering werd voorzien om deze netwerken mogelijk te maken.⁴⁹

Verschillende algemene ziekenhuizen zijn ook betrokken in deze GGZ-netwerken via hun PAAZ (psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen).

5.1.3 Woonzorg

De woonzorgsector omvat diverse types organisaties uit de subsectoren thuiszorg en ouderenzorg en zijn quasi volledig Vlaamse bevoegdheid:

- **Thuiszorg:** diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, lokale dienstencentra, diensten voor oppashulp, diensten voor gastopvang, diensten voor thuisverpleging, diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, verenigingen van mantelzorgers en gebruikers, centra voor dagopvang, centra voor kortverblijf type 3
- **Ouderenzorg:** woonzorgcentra, centra voor kortverblijf type 1, groepen van assistentiewoningen, centra voor dagverzorging, centra voor herstelverblijf.

Verschillende beleidsinitiatieven, gedreven door medische en technologische vooruitgang en kostenbeheersing, stimuleren een kortere ligduur van gehospitaliseerde patiënten in het ziekenhuis na een ingreep of behandeling. Dit kent echter ook implicaties voor andere sectoren in de gezondheidszorg, en niet in het minst voor de woonzorgsector.

Door de verkorte ligduur in het ziekenhuis zullen patiënten eerder naar huis worden gestuurd om daar verder te herstellen. Dit vergroot de vraag naar thuiszorgdiensten, die patiënten helpen bij o.a. het dagelijks functioneren, wondverzorging en algemene opvolging.

Oudere patiënten, vooral die met complexe zorgbehoeften en langdurige aandoeningen, kunnen niet altijd zelfstandig thuis worden verzorgd, zelfs mits ondersteuning van thuiszorgdiensten. Versnelde heropname van de patiënt in ouderenzorgvoorzieningen vraagt goede afstemming tussen betrokken actoren aangezien een belangrijk deel van de opvolging van de nazorg zal moeten worden opgenomen.

¹ Wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen – Art. 107: *“de koning specifieke financieringswijzen kan voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeergeïntereerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.”*

Voor thuiswonende ouderen die na een behandeling of ingreep nog niet klaar zijn om naar huis te gaan, maar geen intensieve ziekenhuiszorg meer nodig hebben, kunnen herstelverblijven een oplossing bieden. Deze faciliteiten bieden een tussenoplossing waar patiënten kunnen revalideren, hun krachten terugwinnen en zich voorbereiden op een veilige terugkeer naar huis.

Bovenstaande voorbeelden illustreren het belang van samenwerking tussen de verschillende woonzorgactoren en het behandelende ziekenhuis om continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen. Een ruimere vraag is in hoeverre de relaties met deze actoren ook op het niveau van het ziekenhuisnetwerk te bespreken zijn, of hoe afspraken tussen ziekenhuizen in netwerken een impact hebben op het samenspel met woonzorg.

5.1.4 Revalidatie

Een **revalidatievoorziening** is een voorziening met een revalidatieovereenkomst. Er bestaan verschillende types revalidatie-overeenkomsten, waarvan sommige Vlaamse en sommige federale bevoegdheid zijn, wat het geheel behoorlijk ingewikkeld maakt. Het kan zowel gaan om fysieke revalidatie als geestelijke revalidatie en de geboden zorg kan zowel ambulant als residentieel zijn.^{67,68}

Een **revalidatieziekenhuis** behoort niet tot de algemene ziekenhuizen. Ze bieden gespecialiseerde en multidisciplinaire zorg aangericht op de revalidatie van complexe aandoeningen (locomotorisch, cardio/pulmonair, neurologisch, ...). Een revalidatieziekenhuis kan, maar moet niet – net zoals de psychiatrische ziekenhuizen – aansluiten bij een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Van de 8 Vlaamse revalidatieziekenhuizen zijn er momenteel 2 lid van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

Daarnaast bevinden zich ook nog zogenaamde **Sp-bedden** in algemene ziekenhuizen. Deze behoren tot een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie.

5.1.5 Patiënt en populatie

“Ik vind dat men veel praat over de patiënt, maar te weinig met de patiënt. Ik ervaar dat in de ziekenhuisnetwerken maar ook in andere soorten netwerken. Precies dat men schrik heeft om geen werk meer te hebben. Je hoort continu ‘er zijn ik-weet-niet-hoeveel patiënten en problematieken en men kan nergens meer terecht’. Ik merk de ganse tijd in die vergaderingen met andere sectoren dat iedereen constant zit te trekken precies van ‘dat gaat niet en dat is ons domein’.” (Algemeen directeur)

We benoemen de patiëntenpopulatie hier als externe actor, maar op individueel niveau kunnen patiënten ook als interne actor of stakeholder beschouwd worden. De (patiënten)populatie wordt geïmpacteerd door het gevoerde beleid van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. Het

verbeteren van de zorgkwaliteit is immers één van de uitgangspunten van het opzetten van de ziekenhuisnetwerken.

Het valt echter op dat, in tegenstelling tot andere zorgnetwerken, er weinig tot geen plaats is voor patiëntenparticipatie in de ziekenhuisnetwerken. Er worden wel al stappen gezet in individuele ziekenhuizen en dat op verschillende manieren, maar hier lijkt nog een lange weg af te leggen. Het ene ziekenhuis organiseert een patiëntenpanel, het andere capteert hun noden via integratie van andere zorgverleners die de stem van de patiënt moeten vertegenwoordigen in de Algemene Vergadering of gaat structurele samenwerkingsverbanden aan met patiëntenverenigingen.⁶⁹⁻⁷¹

Sommige respondenten geven aan dat patiëntenparticipatie op netwerkniveau momenteel echter geen zin heeft, omdat de netwerkstructuren momenteel niet altijd een actieve werking kennen en omdat de vragen op netwerkniveau eerder gericht zijn op de populatie (bv. naar 'wat is onze populatie?' en 'wie vraagt wat?') en zich niet of veel minder richten op de individuele patiënt. Het wordt hier dus niet zozeer als een normatieve kwestie benaderd, maar vooral als een kwestie van zinvolheid.

5.1.6 Andere netwerken

De ziekenhuisnetwerken zijn lang niet de enige netwerken die van onderuit ontstaan of van bovenaf worden opgelegd. Bij het bespreken van een aantal externe actoren hierboven kwamen er al een aantal in beeld, zoals de eerstelijnszones of de 107-netwerken in de geestelijke gezondheidszorg. Het zou ons te ver leiden in dit rapport om exhaustief te proberen zijn. Er zijn ongetwijfeld nog meer relevante types van al dan niet door de overheid geïnduceerde netwerken in het zorg- en welzijnslandschap. Maar er zijn ook andere formele en informele samenwerkingsverbanden (die zich al dan niet als 'netwerk' benoemen) die van onderuit ontstaan. Hier zijn zeker de andere, al bestaande institutionele samenwerkingsverbanden waar algemene ziekenhuizen deel van uitmaken, relevant. Dit zijn algemene ziekenhuizen die deel uitmaken van een groep van zorgvoorzieningen met overkoepelende organisatiestructuur (vzw Emmaüs, vzw Werken Glorieux, ...). Hierin zitten verschillende types zorgaanbieders, waaronder ziekenhuizen, die zich verenigen in een aparte structuur, waardoor er spanning kan ontstaan wanneer de geografische omschrijving van de voorzieningen van eenzelfde groep niet samenvallen met één netwerk en de voorzieningen bijgevolg verspreid zijn over verschillende ziekenhuisnetwerken. Er zijn ook netwerken tussen ziekenhuizen die ontstaan zijn rond andere doelen, zoals het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven dat een dertigtal ziekenhuizen verenigt in een netwerkstructuur.

Tot slot is er heel wat bestuurlijke verwevenheid tussen de verschillende algemene ziekenhuizen. Het kan gaan om ziekenhuizen die in elkaars raad van bestuur zetelen (uni- of bilateraal) of ziekenhuizen die samen de uitbating van een derde ziekenhuis opnemen.

5.1.7 De lokale overheid

In het vorige hoofdstuk kwamen de federale en regionale overheden als belangrijke externe actoren al voldoende aan bod. We benoemen hier nog kort de lokale besturen als relevante externe actor (al zijn ze soms ook een interne actor want mee eigenaar van het ziekenhuis). Hoewel de lokale besturen geen officiële bevoegdheden hebben ten aanzien van de netwerken, zijn zij in heel wat gemeenten wel betrokken partij:

- Ze zijn bestuurder in (voormalige) openbare ziekenhuizen
- Ze waken over het gezondheidszorgaanbod van hun bevolking en zijn ook betrokken bij een aantal eerstelijnswerkingen die afstemming met ziekenhuizen vereist om naadloze zorg te voorzien
- Een ziekenhuis gelegen in een (nabijgelegen) gemeente heeft een grote economische impact als werkgever voor heel wat inwoners, maar ook voor de lokale economie (bv. toeleveranciers, horeca).
- Lokale besturen streven naar burgers tevredenheid en nabijheid van zorg voor zijn inwoners. Ze lobbyen bij hun federale en/of Vlaamse collega's voor de best mogelijke omstandigheden voor de eigen bevolking en zetten die invloed dus ook in als gaat om de ziekenhuisnetwerken.

5.2 INTERACTIE TUSSEN EXTERNE ACTOREN EN NETWERKEN

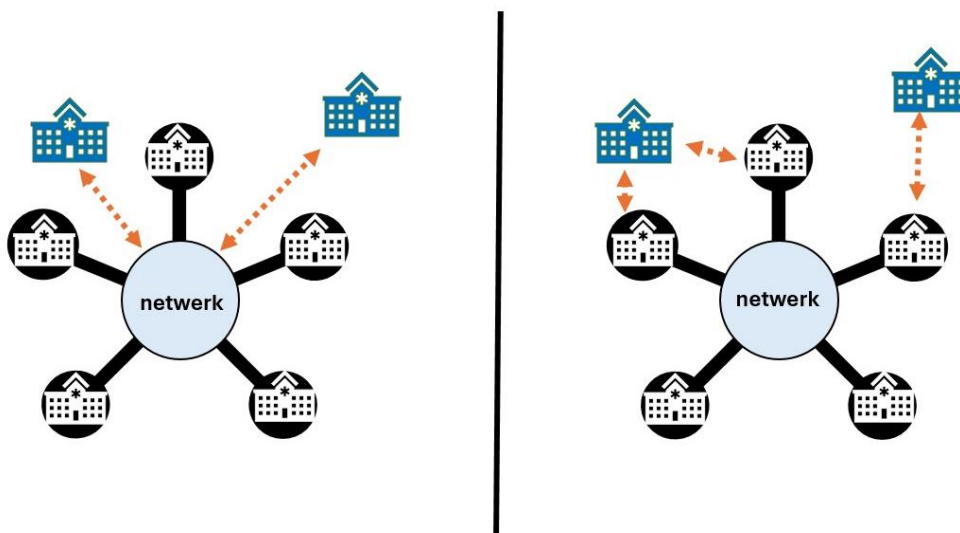
In voorgaande hoofdstukken gingen we al dieper in op de samenwerking binnen de ziekenhuisnetwerken en in het vorige deel benoemden we een aantal (groepen van) externe actoren. In dit deel gaan we dieper in op het vraagstuk hoe de interactie tussen externe actoren en de georganiseerd wordt en in hoeverre dit bepaalde effecten op de netwerken met zich meebrengt.

Als we kijken naar de **omgang met externe actoren in algemene zin**, dan zien we alvast **heel wat variatie** op dit vlak. Zoals eerder gesteld zijn er heel wat regels en voorschriften omtrent hoe en in welke organen interne actoren in het netwerk dienen af te stemmen (bv. wie moet betrokken zijn en in welk orgaan) en zien we daar sterke parallellen met hoe het bestuur in individuele ziekenhuizen georganiseerd is. In het organiseren van een samenspel met externe actoren lijkt er veel meer speelruimte. Zo suggereren de richtlijnen tot het opmaken van een regionaal ZSP een afstemming met andere welzijns- en zorgactoren en voorziet de ziekenhuiswet de mogelijkheid om ook niet-algemene ziekenhuizen op te nemen als lid van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, maar zijn er verder weinig instructies hoe de interactie met externe actoren verder kan gebeuren. Bijgevolg is er veel variatie tussen netwerken over hoe dat gebeurt, o.m. op volgende assen:

- **Intern contactpunt:** externe actoren kunnen contact onderhouden met één enkel ziekenhuis of met een aanspreekpunt bij het ziekenhuisnetwerk zelf. Dit creëert een

spectrum, gaande van meer lokale interacties tot bredere samenwerkingsverbanden. (Figuur 14: *links vs. rechts*)

- **Extern contactpunt:** het ziekenhuis(netwerk) staat in contact met een externe actor via een vertegenwoordiger hiervan. De representativiteit van deze vertegenwoordiging kent veel variatie naargelang o.a. organisatie(mogelijkheden) en maturiteit van de betrokken actor.
- **Intensiteit van de interactie:** de kracht van de interactie varieert van formele samenwerkingsovereenkomsten tussen externe actoren en het ziekenhuis(netwerk) tot meer informele samenwerkingsrelaties. (Figuur 14 *sterkte van de oranje pijlen*)
- **Initiatiefnemer van de samenwerking:** de impuls tot samenwerking kan komen van het netwerk als geheel (vaak vanuit een visie), vanuit één van de ziekenhuizen, of van de externe actoren zelf.
- **Duurzaamheid:** samenwerkingen kunnen structureel, thematisch of ad-hoc georganiseerd worden, wat invloed heeft op de langdurigheid en stabiliteit van de interactie.



Figuur 14: variatie in interactie externe actoren en het ziekenhuis(netwerk)

De drijfveren om samen te gaan werken met externe actoren zijn op hoofdlijnen gelijkaardig aan de redenen waarom ziekenhuizen onderling gaan samenwerken (al dan niet binnen de ziekenhuisnetwerken). Omwille van de **toegenomen zorgvraag en efficiëntiestreven** is het doel om ziekenhuisbedden voor te behouden voor patiënten die echt nog actief een behandeling ondergaan. **Digitalisering** en medische- en **technische innovaties** (zoals wearables en data-sharing platformen) maken dat er ook steeds meer mogelijkheden zijn om een aantal zaken buiten het ziekenhuis te organiseren, zowel fysiek als psychisch, dus met externe actoren.

Dit impliceert de evolutie naar een systeem waarbij ziekenhuis-zorgverleners niet enkel betrokken zijn bij behandeling van patiënt wanneer deze zich fysiek in het (algemene) ziekenhuis bevindt. Zowel in voor- als nazorg kan de zorgverlener betrokken zijn en blijven bij het monitoren, sturen en begeleiden van het patiënten, niet enkel ondersteund door technologie, maar ook door andere zorgverleners die de patiënt in zijn thuisomgeving of andere zorgcollectiviteit verzorgen. Zo heeft men steeds meer aandacht voor revalidatie waarbij patiënten de mogelijkheid krijgen om dichterbij huis of thuis te revalideren, zonder dat het contact en opvolging door de behandelende specialist verloren gaat.

Respondenten ervaren niet enkel een focusverschuiving richting **voor- en nazorg** buiten de ziekenhuismuren, maar ook **preventie** - het voorkomen dat mensen ziek worden - krijgt meer aandacht naast traditionele zorg. Meer nog dan voor- en nazorg, zijn dit thema's en doelstellingen die ziekenhuizen niet alleen – zelfs niet in samenwerking met elkaar – kunnen waarmaken en waarvoor toenadering wordt gezocht tot externe actoren.

Een aantal kleine ziekenhuizen zien samenwerking met externe actoren als een essentieel onderdeel en hun **regionale identiteit om te kunnen overleven**. Deze ziekenhuizen moeten het niet zozeer hebben van hoogtechnologische zorg en zijn afhankelijker van de perceptie door de bevolking en verwijspatronen van huisartsen. In dergelijke ziekenhuizen zijn vragen als 'Hoe worden we gezien door huisartsen?' en 'Hoe ervaart de bevolking ons?' van groot belang. Ze zetten volop in op verankering met de lokale gemeenschap en trachten een zo precies mogelijk antwoord te bieden op de vraag 'Wat heeft deze specifieke bevolking nodig?'.

Naast een strategische opportuniteit, beschouwen ook heel wat ziekenhuizen (en netwerken) de samenwerking met externe actoren als **onderdeel van hun visie op hoe de toekomst van de gezondheidszorg** er zou moeten uitzien. Ongeveer de helft van de respondenten benoemt spontaan dat het ziekenhuis(netwerk) een schakel is in een keten van zorgvoorziening en het engagement niet enkel te richten is op ziekenhuizen en patiënten maar ook op andere zorgactoren.

Ook wanneer ziekenhuizen of netwerken zelf minder sterk geloven in samenwerkingskansen met anderen, confronteert de uitwerking van het regionaal ZSP hen met een aantal vraagstukken die men niet alleen kan beantwoorden of aanpakken. Daarbij is het **denken in functie van de populatie in plaats van in functie van de patiënt** soms uitdagend. Wie is onze populatie en welke problemen hebben zij? Wat kan een passend antwoord zijn op hun problemen? Wat kunnen wij de populatie bieden? Naargelang het onderwerp hebben spelen ziekenhuizen soms een beperkte rol, een belangrijke scharnierfunctie of een hoofdrol.

Het regionaal ZSP leidt dus tot nieuwe vragen, vooral omtrent de rol van ziekenhuizen in een geïntegreerd zorglandschap. Quasi alle netwerken geven aan dat ze hierin zoekende zijn naar de juiste configuraties.

“Ik denk dat we het grote verhaal binnen ons attractiviteitsgebied voor de patiënt niet geheel helder hebben gezet. Ik denk dat het nog een belangrijke groeicase is van ‘hoe verhoudt dit netwerk zich tot de eerste lijn en de andere zorgactoren’”. (algemeen directeur)

Als we **specifiek verder ingaan op samenwerking met externe actoren in de richting van meer geïntegreerde zorg**, dan komen er een **aantal posities en varianten** in beeld.

“Een deel van onze identiteit is transmurale zorg. We willen deels het accent leggen op wat de eerste lijn wil en wat ze van ons verwachten. We zien ze als echte partners die ook mee de lijnen kunnen uitzetten. We zien onszelf niet als ziekenhuisnetwerk maar als zorgnetwerk.” (algemeen directeur)

Er zijn verschillende variaties over hoe respondenten de toekomst ziet van een meer geïntegreerd zorgsysteem en de rol van het ziekenhuis daarin:

- **Positie 1: Ziekenhuisnetwerk is overbodig/te beperkt** en moet een breed zorgnetwerk zijn waar alle individuele ziekenhuizen en andere zorgactoren lid van uitmaken.
- **Positie 2: Extern lidmaatschap in een groter geheel:** Ziekenhuisnetwerk verenigt ziekenhuizen in een bepaalde regio en dat ziekenhuisnetwerk is als structuur vervolgens lid van een groter zorgsysteem.
- **Positie 3: Ziekenhuisnetwerk als tussenschakel naar een groot zorgnetwerk** via uitbreiding van het ziekenhuisnetwerk met andere types zorgactoren. Men linkt dit ook met een toekomst waarin het ziekenhuis evolueert van een zuiver fysieke behandelpaats naar een expertise- en coördinatiecentrum voor gespecialiseerde zorg. Sommige respondenten vinden het wenselijk om dit gefaseerd te doen: eerst een netwerk met ziekenhuizen verder ontwikkelen om nadien uit te breiden met anderen om een geïntegreerd zorgsysteem te vormen. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een systeem van toetredende leden.

“We moeten naar een geïntegreerde aanpak. Dat zal op termijn moeten gebeuren in samenwerking met de eerste lijn, samenwerking met de ouderensector, enzovoort. We moeten voor al die mensen in onze zorgregio naar een geïntegreerde zorgverlening gaan. In die zin proberen we ook het netwerk uit te breiden van een ziekenhuisnetwerkconcept – wat het nu is – naar een geïntegreerde benadering, waar de regering ook over spreekt maar geen duidelijke richtlijnen geeft over hoe dat er moet uitzien.” (netwerkvoorzitter).

Belangrijke nuance bij deze posities is dat ze in de praktijk zweven tussen visie en effectieve samenwerking en dat deze ideeën daarenboven niet altijd gedeeld worden door het volledige ziekenhuisnetwerk. Deze posities zijn met andere woorden posities van individuele respondenten, niet van netwerken in hun geheel.

“We hebben daar wel goede ideeën over en het maakt deel uit van onze visie maar het is niet zo dat we daar al grote stappen in gezet hebben. Maar daar ook weer verwacht men een meer

sturende rol van de overheid. Voor mij is de overheid een CEO die niet leidt. Ze zitten aan het geld, ze bepalen wie, wat, hoeveel krijgt en ze schrijven de wetmatigheden van wat niet mag. Maar voor de rest laten ze het over aan het toeval om te kijken wie het goed en slecht doet. Via het RIZIV en allerlei instanties die eraan gekoppeld zijn... Ik vind het een zeer verwarrende setting. Pas op, ik ben ervan overtuigd dat zorg in tegenstelling tot bijvoorbeeld industrie gestuurd moet worden door de gemeenschap, maar ja, daar zou toch meer professionalisme en visie van moeten uitgaan dan nu het geval is.” (netwerkvoorzitter)

We gaan nu dieper in op een aantal kwesties die over de samenwerking met externe actoren naar voren kwamen en ook stof tot nadenken geven voor de toekomst.

5.2.1 Kwestie 1: netwerk vs. ziekenhuis

Ziekenhuis-per-ziekenhuis

De centrale vraag in deze variant luidt: **Wie is het aanspreekpunt voor samenwerking: het netwerk of het individuele ziekenhuis?** In heel wat situaties lijkt er volgens respondenten weinig behoefte te zijn aan het uitbouwen van relaties van het ziekenhuisnetwerk met externe actoren, omdat er al goede relaties worden onderhouden tussen bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen en de individuele ziekenhuizen (dus ziekenhuis per ziekenhuis en niet op netwerkniveau).

Deze individuele samenwerkingen hebben soms een lange en diepgewortelde geschiedenis met een grote verwevenheid op zowel klinisch als bestuurlijk vlak tot gevolg (zie intensiteit samenwerking). Zo'n verwevenheid kan een sterke troef zijn voor het ziekenhuisnetwerk wanneer de organisaties waarmee men goede banden onderhoud gelegen zijn in hetzelfde verzorgingsgebied als het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, maar kan ook remmend werken wanneer dit niet het geval is. Ook na de netwerkvorming blijft deze verbondenheid bestaan en respondenten geven aan dat men niet geneigd om samenwerking binnen de eigen groep op te geven ten voordele van 'onbekende' partners. Ook deze samenwerkingsverbanden kennen een eigen strategische koers en toekomstvisie die niet noodzakelijk samenvalt met deze van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

De keuze om interactie met andere zorgactoren via de individuele ziekenhuizen te laten verlopen is niet enkel het gevolg van historische relaties. Een aantal netwerken waar deze relaties met externe actoren nog niet zo actief zijn, formuleren wel de ambitie om samenwerkingsovereenkomsten uit te bouwen met andere zorgactoren, maar beschouwen dit echter niet als opportuniteit voor het netwerk en willen deze uitbouwen tussen de individuele ziekenhuizen en andere zorgactoren. Ook de bestaande concurrentie op medisch vlak is een verklarende factor, zeker in stedelijke gebieden. Ziekenhuizen, en in het bijzonder de artsen binnen die ziekenhuizen, willen op individuele basis goede contacten houden met eerstelijnsactoren omdat

dit een belangrijke bron van verwijzingen is. Mocht dit op het niveau van het netwerk gebracht worden, dreigt dat het effect vanuit hun perspectief te verwateren. Pas als er klinische integratie met taakafspraken tussen ziekenhuizen tot stand komt binnen het netwerk, zal de verticale integratie op een 'veilige manier' kunnen gebeuren. Sommigen verwachten anderzijds dat deze verticale integratie allicht makkelijker te verwezenlijken valt dan deze tussen ziekenhuizen.

Bij deze ziekenhuis-per-ziekenhuis benadering kunnen de interacties met externe actoren gelijkaardig zijn over het gehele zorggebied, maar er kan ook aanzienlijke variatie zijn. Bijvoorbeeld, waarbij het ene ziekenhuis infrastructuur deelt met externe zorgactoren (denk aan huisartsenwachtpost op spoeddienst), terwijl samenwerking met externe zorgactoren in andere netwerkziekenhuizen beperkt is tot individuele artscontacten of zelfs vrijwel onbestaande is.

Niveau netwerk

De afstemming met andere externe actoren in het kader van het regionaal ZSP gebeurt meestal wel op netwerkniveau. De **motivatie** hiervoor is volgens respondenten wel verschillend, namelijk meer **extrinsiek** of meer **intrinsiek**. Er is enerzijds een groep van ziekenhuisnetwerken die deze afstemming eerder organiseren vanuit een extrinsieke motivatie, vrij vertaald omdat het als het ware moet: het netwerk heeft een regionaal ZSP nodig voor infrastructuursubsidies, wat volgens de instructies voor ZSP-aanvragen in afstemming met externe actoren gebeurt, ook als men dat spontaan liever niet zou doen.

Anderzijds is er eveneens een groep van ziekenhuisnetwerken die vanuit hun visie samenwerkingen met externen in de mate van het mogelijke structureel op het netwerkniveau willen organiseren. Dit kan gaan om het verplaatsen van samenwerkingsverbanden die bestaan tussen de individuele ziekenhuizen en externe actoren naar het netwerkniveau, maar ook over het uitbouwen van nieuwe relaties met externe actoren waarmee het contact beperkt of onbestaande was.

Het organiseren van deze interactie op netwerkniveau biedt verschillende mogelijkheden, maar brengt ook uitdagingen met zich mee. Niet elke context of situatie lijkt immers geschikt voor een dergelijke aanpak.

De versnippering van de GGZ-netwerken, eerstelijnszones en bij uitbreiding regionale zorgzones over meerdere ziekenhuisnetwerken wordt als één van de belangrijkste uitdagingen omschreven. De werkingsgebieden van heel wat andere actoren, samenwerkingsinitiatieven of netwerken volgen in heel wat regio's immers niet de grenzen van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken (voor zover het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk grenzen kent). Deze andere netwerken en actoren krijgen bijgevolg te maken met meerdere ziekenhuisnetwerken of zijn slechts actief in een deel van het werkingsgebied van een bepaald ziekenhuisnetwerk, waardoor de problematieken in andere delen van dat werkingsgebied voor hen niet interessant of relevant zijn. Deze uitdaging stelt zich bovendien meer

in gebieden met heterogene populatienoden doorheen het werkingsgebied van het ziekenhuisnetwerk en/of daar waar de samenstelling minder overeenkomt met natuurlijke patiëntenbewegingen. Dit geldt ook voor discussies omtrent het uitbouwen van activiteit of taakafspraken omtrent zorgopdrachten in ziekenhuizen in gebieden waar geen natuurlijke patiëntenstroom is vanuit het werkingsgebied van een externe actor of ander netwerk. Andersom is niet elk ziekenhuis happig op inspraak door actoren uit regio's waar men geen band heeft met de populatie.

Bij het eventueel overbrengen van bestaande afstemmingspraktijken tussen individuele ziekenhuizen en externe zorgactoren naar het netwerkniveau bestaat ook de vrees dat dit zou leiden tot het afnemen van interesse tot deelname en het bereiken van een omgekeerd effect op betrokkenheid.

Hybride aanpak

Bijgevolg is het wellicht niet altijd opportuun om overal op eenzelfde manier te proberen om de koppeling met externe actoren te realiseren en in hoeverre dat steeds via gemeenschappelijke netwerkinitiatieven naar externe actoren toe zou moeten gebeuren. Respondenten geven aan dat een aantal netwerken nadenkt over een meer hybride aanpak:

- Het kan gaan om een systeem waarbij ziekenhuizen op netwerkniveau afspreken hoever ze willen gaan in bijvoorbeeld dienstverlening naar andere actoren toe, maar waarbij individuele ziekenhuizen die afstemming en afspraken verder beheren in hun werkingsgebied. In de implementatie kan het bijgevolg wel van zone tot zone verschillen in welke mate hier effectief gevolg aan wordt gegeven.
- In lijn met het centraal brengen van ondersteunende diensten (zie hoofdstuk 4 *Activiteiten van het netwerk*), kunnen ook alle niet-plaatsgebonden afspraken, contacten of dienstverlening op netwerkniveau onderhouden worden, terwijl andere zaken lokaal in de ziekenhuizen blijven. Zo zijn er ziekenhuizen die gezamenlijke plannen of projecten hebben lopen, zoals het uitbaten van een gezamenlijke cleanroom of labo, en op het niveau van dit samenwerkingsverband kijken welke diensten ze hierrond willen aanbieden aan andere actoren.¹

¹ Aangezien dit type projecten niet door elk van de respondenten als netwerkproject wordt benoemd, wordt het omschreven als 'het samenwerkingsverband'

5.2.2 Kwestie 2: verschillende mate van betrokkenheid

5.2.2.1 Categoriele ziekenhuizen kunnen aansluiten bij het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk

De ziekenhuiswet verplicht algemene ziekenhuizen om deel uit te maken van een locoregionaal ziekenhuisnetwerk, en geeft de categoriele ziekenhuizen de mogelijkheid om hier ook deel van uit te maken. Categoriele ziekenhuizen zijn ziekenhuizen die gespecialiseerde niet-acute zorg verlenen, zoals revalidatieziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen. Van deze optie wordt slechts in beperkte mate gebruik gemaakt, en vroeger meer dan nu, aldus respondenten. De verklaringen hiervoor zijn divers:

- **Sommige categoriele ziekenhuizen willen zich niet aan één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk binden**, omdat men in verschillende werkingsgebieden van ziekenhuisnetwerken opereert, ook al deed het ziekenhuisnetwerk een toetredingsvoorstel t.a.v. het categoriele ziekenhuis. Daarnaast zijn er categoriele ziekenhuizen die het werkingsgebied van één ziekenhuisnetwerk te beperkt vinden, en graag de mogelijkheid zouden hebben om toe te treden tot meerdere netwerken, grotere netwerken te vormen of om andere afbakeningen te hanteren.
- Sommige categoriele ziekenhuizen willen toetreden **op voorwaarde van een evenwaardige stem** als andere leden (algemene ziekenhuizen), maar dat blijkt dan aanleiding te geven tot stevige discussies rond governance aangezien het vaak gaat om kleinere spelers, waardoor gelijke vertegenwoordiging in ogen van sommige grotere spelers niet aanvaardbaar is.
- Enkele algemene ziekenhuizen hebben **moeite met inspraak van 'externen'** in interne aangelegenheden en strategie
- Sommigen nemen een neutrale positie in, maar het wordt **niet als prioriteit beschouwd omdat er al goede samenwerkingen lopen via één of meerdere individuele ziekenhuizen** die lid zijn van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

“Dat ene categoriele ziekenhuis ligt bij wijze van spreken aan de overkant van de straat van één van onze netwerkziekenhuizen (een algemeen ziekenhuis), maar op dit ogenblik hebben we daar geen werk van gemaakt omdat die samenwerkingsverbanden die we nodig hebben al goed lopen en de netwerkvorming daar niet veel aan zal bijdragen” (algemeen directeur)
- Enkele respondenten gaven ook aan niet op de hoogte van de mogelijkheid om categoriele ziekenhuizen op te nemen in het netwerk, wat doet vermoeden dat er soms ook nog kennis of informatie ontbreekt om alle opties goed te kunnen overwegen.

In de praktijk bestaan verschillende constructies voor toetreding waarbij verschillende types lidmaatschap onderscheiden worden:

- **Effectieve stichtende leden:** één of meerdere categorale ziekenhuizen zijn van bij het begin betrokken bij de vorming van het ziekenhuisnetwerk
- **Effectieve leden:** één of meerdere categorale ziekenhuizen zijn na oprichting opgenomen als gelijkwaardig lid van het netwerk
- **Toegetreden leden:** onderscheiden zich van effectieve leden in het niet stemgerechtigd zijn in de Algemene Vergadering van het netwerk. Zij betalen wel een (meer beperkte) ledenbijdrage en hebben hierdoor toegang tot bepaalde fora van het netwerk en worden volgens vastgelegde afspraken betrokken bij beleid en overleg.

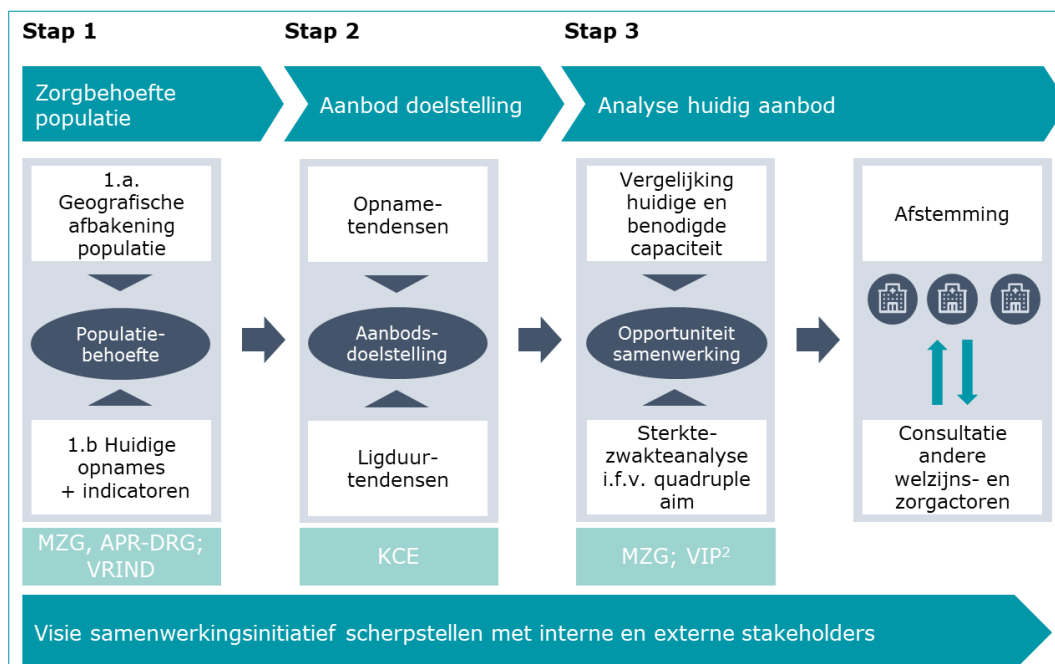
Een aantal netwerken zoeken nog naar de juiste formule.

“Er is wel een visie en samenwerking in die zin dat die mensen komen luisteren naar onze vergadering en worden betrokken bij overleg in werkgroepen. Dat groeit organisch verder.”
(netwerkvoorzitter)

Tot slot kan het ook zijn dat toetreding van categorale ziekenhuizen tot het ziekenhuisnetwerk niet tot stand komt omdat men alle categorale ziekenhuizen binnen het werkingsgebied van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk op gelijke voet wil behandelen. Wanneer bijvoorbeeld de vaste GGZ-partner van enkele ziekenhuizen wel deel wil uitmaken van het netwerk, maar de vaste GGZ-partner van de andere ziekenhuizen van het netwerk geen keuze wenst te maken, kiest men ervoor geen categorale ziekenhuizen te laten toetreden.

5.2.2.2 Het regionaal ZSP suggereert afstemming met andere zorg- en welzijnsactoren

Het opstellen van het regionaal ZSP gebeurt volgens een vastgelegd sjabloon waarbij eerst de zorgbehoefte van de populatie in het zorggebied in kaart wordt gebracht. Vervolgens analyseren de indieners in functie hiervan het huidige zorgaanbod, de toekomstige aanbodsdoelstelling en de hieruit voortvloeiende samenwerkingsopportuniteiten, waarna *“Deze resultaten kunnen dienen als input voor verdere afstemming en consultatierondes met andere welzijns- en zorgactoren.”*, zo schrijft de instructie voor het regionaal ZSP voor. In de laatste stap wordt het voorgestelde zorgaanbod zoals vastgelegd tijdens de afstemming vastgelegd in het regionaal ZSP.⁷²



Figuur 15: conceptueel kader en stappenplan bij het opstellen van het regionaal zorgstrategisch plan (overgenomen uit sjabloon regionaal zorgstrategisch plan) (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021)⁷³

Daarnaast vraagt de Vlaamse overheid ook om in dit plan te preciseren op welke manier men in overleg is gegaan met de regionale zorgzones (of indien nog niet georganiseerd, de eerstelijnszones), de GGZ-netwerken, de revalidatieziekenhuizen en de ziekenhuizen die geen deel uitmaken van het zorggebied voor het aanbod dat niet beschikbaar is in het eigen locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk.⁷³

Op het moment van gegevensverzameling was nog niet elk netwerk gestart met het opstellen van het regionaal ZSP of nog onvoldoende gevorderd in het proces om externe afstemming te organiseren. Het blijft voor vele netwerken, zo gaven respondenten aan, een moeilijke vraag wat net de juiste timing is om externe actoren hierin te betrekken. Er bestaan verschillende opvattingen of praktijken hieromtrent.

Informatief

Hoe later in het proces, hoe concreter het regionaal ZSP al is. Bijgevolg gaat het dan eerder om informeren over dat plan dan echte participatie om samen te bepalen wat er dat plan zou moeten komen staan. Dit is typisch een situatie waarin externe actoren uitgenodigd worden op een infosessie waarbij het voorstel van regionaal ZSP wordt toegelicht en vragen kunnen gesteld worden. De ervaring van ziekenhuis(netwerken) leert dat dit meestal weinig respons oplevert om allerlei redenen: men vindt het moeilijk de juiste doelgroep te selecteren (zie extern contactpunt en representativiteit), andere zorgactoren hebben weinig tijd om hieraan deel te nemen of voelen weinig affiniteit met de voorgestelde plannen omdat men zich niet wenst uit te spreken over plannen van verafgelegen ziekenhuizen, of de aanwezige actoren zijn niet in staat om op het moment zelf

de gepaste vragen te kunnen stellen wegens gebrek aan achterliggende structurering van de organisatie en/of mandaat.

Participatief

Andere netwerken contacteren de andere zorgactoren vroeger in het proces en dus eerder dan gesuggereerd in het stappenplan van het sjabloon. Zo gebruiken ze de inzichten van andere actoren om te antwoorden op de vragen rond de noden van de populatie of werd gedurende het proces regelmatig overleg georganiseerd waarop input kan worden gegeven. Quasi alle netwerken die op deze manier te werk gingen geven aan dat ook alle input integraal werd verwerkt in het finale regionaal ZSP en dat dit zeer gewaardeerd werd door de externe actoren.

5.2.2.3 Andere interactiegelegenheden

De mogelijkheden van het netwerk tot interactie met externe actoren beperkt zich natuurlijk niet tot formeel lidmaatschap van een netwerk of betrokkenheid in het kader van een proces voor de opmaak van een regionaal ZSP. Respondenten geven echter aan dat, in algemene termen, er bij ziekenhuizen weinig de reflex gemaakt wordt om van in het begin van de netwerkwerking met andere actoren te spreken. De voornaamste drijfveren hiervoor zijn identiek aan de terughoudendheid omtrent het betrekken van externe bestuurders (zoals de inzage willen geven in de interne keuren).

Nochtans hebben een aantal netwerken wel positieve ervaringen met het vroegtijdig of structureel betrekken van deze niet-ziekenhuisactoren. Zo kan het verrijkend zijn andere invalshoeken en ervaringen rond de tafel te hebben en kunnen de leden de connectie leggen met andere problematieken. Het informeel overleggen met externe actoren in kader van de netwerkvorming geeft hen ook de kans om mee na te denken en input te geven over hoe zij het netwerk zien en wat zij als externe zorgorganisatie van het netwerk verwachten. Dit is niet doorslaggevend voor de partnerkeuzes, maar kan wel mee bepaalde accenten helpen geven aan het netwerk.

Tot slot zijn er heel wat andere mogelijkheden en samenwerkingspraktijken tussen de individuele ziekenhuizen en externe zorgactoren. De meest sterke binding is daar waar algemene ziekenhuizen samen met andere ziekenhuizen en/of zorgaanbieders tot eenzelfde overkoepelende vzw behoren, maar er zijn ook andere vormen van bestuurlijke verwevenheid zoals gezamenlijke uitbating van een extern ziekenhuis of functionele verwevenheid (artsenmobiliteit). Andere ziekenhuizen delen infrastructuur met andere zorgactoren (huisartsenwachtpost/spoed, labo, ...) en er zijn ziekenhuizen die deel uitmaken van andere netwerkverbanden met ziekenhuizen (aankoop, GGZ-netwerken, ...). Kortom, nadenken over de toekomst van de ziekenhuisnetwerken als samenwerkingsmodel is niet los te zien van de ruimere samenwerkingspraktijken op het terrein.

5.2.3 Kwestie 3: initiatiefnemer

Het initiatief tot samenwerking kan vanuit verschillende partijen komen, zowel vanuit het netwerk zelf als vanuit één of meerdere externe actoren. Soms is er sprake van een vraag tot toetreding tot het netwerk op initiatief van het netwerk zelf, maar zijn niet alle externe partijen bereidt zich hieraan te binden. Aan de andere kant zijn er evengoed casussen waarbij er een sterke vraag tot toetreding klinkt vanuit één van de externe actoren, maar zijn het netwerk of één van de ziekenhuizen terughoudend om bepaalde partijen op te nemen (zie hierboven mate betrokkenheid).

Waar toetreding vaak moeilijk ligt of niet gewenst is door één of meerdere betrokken organisaties, zijn externe zorg- en welzijnsactoren in algemene zin wel vragende partij voor regelmatig overleg met de ziekenhuisnetwerken over hun voortgang en toekomstplannen. Die (soms herhaalde) vragen tot betrokkenheid blijken soms ook als storend te worden ervaren in sommige netwerken. Dan spelen onderliggend andere complexiteiten die een vlot samenwerkingsproces bemoeilijken, zoals geografische contouren van de verschillende werkingsschalen, maturiteitsgraad en hun mandaat.

Tegelijkertijd wachten externe actoren vaak het initiatief van het ziekenhuisnetwerk af, vanuit het idee dat ziekenhuizen over meer mensen en middelen beschikken om de coördinatie-inspanningen hierrond op te nemen. Concrete voorbeelden hiervan zijn het aanstellen van een transmuraal ambassadeur, die actief op zoek gaat naar samenwerkingsopportuniteiten en het HOST-project, waarbij het ziekenhuis(netwerk) de structuren opzet, en waarna de specifieke vragen van bijvoorbeeld woonzorgcentra volgen en de vragen tot ondersteuning en klinische expertise zich niet altijd beperken tot infectieziektebestrijding en -preventie.

Respondenten geven ook aan dat niet elke eerstelijnszone heeft gereageerd op het aanbod van het ziekenhuis(netwerk) om het regionaal ZSP-plan te komen toelichten op hun forum. Aangehaalde verklaringen zijn onvoldoende maturiteit en organisatie van de betrokken actoren, alsook een gebrek aan interesse of tijd. Ook overleg vergt immers een zekere capaciteit van elke actor die niet altijd ter beschikking is of die men niet altijd wenst te investeren.

5.2.4 Kwestie 4: representatieve aanspreekpunten?

Respondenten stellen dat het voor ziekenhuisnetwerken die afstemming wensen te organiseren dikwijls zoeken is naar het geschikte contactpunt aan de zijde van de externe actoren. Het is volgens respondenten niet zinvol noch praktisch haalbaar om elke individuele zorgverlener te betrekken, maar sommigen geven aan dat het samenspel met grote overkoepelende organisaties ook uitdagingen met zich meebrengt.

“Wie is de eerste lijn?”

“We hebben ook het aanbod gedaan dat de directie van de ziekenhuizen dat zouden komen toelichten, maar dan is de vraag: op welk forum moet dat komen? Hoe moeten we daar in godsnaam

zinvolle discussie en inspraak organiseren? Dat vind ik vandaag nog altijd een moeilijk iets.”
(hoofdarts)

Vooraf in contact met de eerste lijn botst men in sommige regio's op gebrek aan achterliggende coördinatie en representativiteit. Eerstelijnszones en zorgraden zijn volgens respondenten niet overal even matuur om te spreken namens de volledige eerste lijn en om een voldoende brede achterban te bereiken. Er zijn bovendien ook verschillende eerstelijnszones die zich tot meerdere ziekenhuisnetwerken moeten richten en voelen soms weinig affiniteit met plannen en gesprekken over verafgelegen ziekenhuizen. De regionale zorgzones worden door een aantal respondenten als een beter geschikte schaal beschouwd om het globale overzicht te behouden en de ver-van-mijn-bed valkuil te vermijden omdat deze meerdere eerstelijnszones overkoepelen. Echter, hier stelt het probleem van de niet-samenvallende afbakeningen van de ziekenhuisnetwerken zich nog meer. Tot slot zijn deze regionale zorgzones zijn organisatorisch nog onvoldoende ontwikkeld om een werkend platform te zijn. De netwerken geestelijke gezondheidszorg worden door enkele respondenten als matuurder benoemd.

Los van de maturiteitsinschatting van de organisatie als eerstelijnszone/regionale zorgzone, geven respondenten aan dat het ook moeilijk is om bindende afspraken te maken of iets af te dwingen ten aanzien van zelfstandigen en vrije beroepen.

Vrijwel elk netwerk voorziet wel steeds in een vorm van betrokkenheid van huisartsenkringen die vaak al gesprekspartner van de ziekenhuizen waren en gezien worden als drager van het overleg met de eerste lijn, al dan niet in de schoot van de eerstelijnszone. De huisartsen worden echter ervaren als heterogene groep van individuen met eigen visie, mening en belangen, waarmee afspraken maken bijgevolg niet evident is. Huisartsenkringen volgen bovendien ook niet altijd de grenzen van de eerstelijnszones. Zinvolle input vanuit de huisartsenkringen is dikwijls beperkt tot het perspectief van deze beroepsgroep, waardoor het risico bestaat dat andere perspectieven vanuit de eerste lijn onvoldoende meegenomen worden, bijvoorbeeld in het opmaken van een regionaal ZSP. Het is echter een vraagstuk hoe het overleg met andere beroepsgroepen uit de eerste lijn op gelijkwaardige manier te organiseren is.

De verwachting van intensere betrokkenheid leeft echter wel bij sommige eerstelijnsactoren, bijvoorbeeld als gevolg van communicatie uit beroepsorganisaties of netwerken die stelt dat inspraak in het rZSP zal worden georganiseerd met 'de eerste lijn' – waartoe die beroepsgroep behoort, maar die verwachting niet altijd kan worden ingelost. Over de mate waarin de ELZ's hier al soelaas bieden, zijn heel wat respondenten kritisch en varieert de praktijk naarmate de regio.

“Die eerste lijn is een grote en diverse club. Hen inspraak geven omtrent iets dat gewicht heeft en toch voornamelijk gaat over ziekenhuisstrategie is niet simpel. Elk heeft andersoortige betrokkenheid bij wat er in het ziekenhuis gebeurt.” (hoofdarts)

Andere actoren

Naast de eerste lijn kwamen in gesprekken ook andere actoren in beeld. Er werd al gewezen op de sector van de geestelijke gezondheidszorg die verenigd is in netwerken (GGZ-netwerken) en die soms als contactpunt worden aangehaald, maar niet overal. Bij psychiatrische en revalidatieziekenhuizen wordt vaak rechtstreekse afstemming voorzien. De afstemming met woonzorgcentra kwam weinig aan bod, al werd er wel gewezen op samenwerkingsverbanden in kader van HOST of andere klinische ondersteuning.

5.2.5 Kwestie 5: structureel/ad-hoc/thematisch

Structurele samenwerking zegt niets over de intensiteit van de samenwerking. Zo kan het gaan over **bestuurlijke verwevenheid** met andere zorgactoren maar even goed over een **systematisch overleg** tussen hoofdartsen en huisartsen(kring) met vaste frequentie. Er zijn respondenten die opportuniteiten zien in het (verder) uitbouwen van structurele banden wanneer er belangrijke middelen aan gekoppeld zijn of als antwoord op noden in de populatie. Zo wordt door een respondent een uitbreiding van de PAAZ-bedden van het ziekenhuis geopperd, die kunnen worden uitgebaat door een psychiatrisch ziekenhuis om zo naast somatische zorg ook dringende psychiatrische opvang te kunnen voorzien.

In sommige netwerken is de afstemming met externe partners in het kader van de opmaak van het regionaal ZSP eerder **tijdelijk en thematisch** (éénmalig, met als duidelijk einddoel een goedgekeurd plan). In andere netwerken vormt dit echter het startpunt voor een meer structurele afstemming tussen de diverse actoren.

Naast **thematische samenwerkingen met projectmatig karakter**, zijn ook heel wat voorbeelden te vinden van sterke **functionele bindingen** tussen algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen of woonzorgcentra; waar zowel artsen, patiënten of infrastructuur worden gedeeld. Dergelijke samenwerking is dan structureel georganiseerd rond bepaalde thema's of ziektebeelden. Concrete voorbeelden hiervan zijn liaison psychiaters uit psychiatrische ziekenhuizen die patiënten opvolgen in algemene ziekenhuizen en omgekeerd, geriateren uit algemene ziekenhuizen die geriatrie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen behandelen, anesthesisten uit algemene ziekenhuizen die assisteren bij bepaalde behandelingen in psychiatrische ziekenhuizen of categorale ziekenhuizen die gebruik maken van de diensten van het labo en/of apotheek van een algemeen ziekenhuis.

Respondenten geven ook aan dat er vanuit woonzorgcentra aanvragen komen om **beroep te kunnen doen op de klinische expertise van ziekenhuisspecialisten rond bepaalde problematieken**. Het gaat dan bijvoorbeeld om het routinematig bezoek van geriateren of diabetologen waarbij niet enkel naar individuele patiënten wordt gekeken, maar ook afstemming en educatie van het zorg- en ondersteuningsteam of organisatie rond deze patiënten. De mate waarin

dergelijke initiatieven een gunstig gevolg zouden zijn van de netwerkvorming of er los van staan, is niet altijd duidelijk.

“Maar die afspraken waren er al, daar hadden we geen netwerk voor nodig” (algemeen directeur)

Zoals eerder besproken zijn er daarnaast ook **netwerken geestelijke gezondheidszorg** waarin afstemming rond geestelijke gezondheidszorg thematieken in een bepaalde regio gebeurt. Algemene ziekenhuizen met psychiatrische bedden maken hier ook deel van uit.

Tot slot zijn er heel wat respondenten die aangeven dat wel **goede contacten** worden onderhouden met andere zorgverleners, maar dat dit contact weinig structureel en eerder **ad-hoc** verloopt.

5.3 HORIZONTALE INTERACTIE

Horizontale interactie gaat over de relaties tussen de ziekenhuisnetwerken onderling of relaties van individuele ziekenhuizen die zich niet in hetzelfde netwerk bevinden. We bespreken deze horizontale interactie en de mate waarin de ziekenhuisnetwerken hier al dan niet mee interageren.

In een aantal ziekenhuizen wordt de samenwerking binnen het locoregionaal ziekenhuisnetwerk zeker niet als superieur of belangrijker dan andere samenwerkingsverbanden beschouwd. Ziekenhuizen hebben ook andere structurele samenwerkingen en samenwerking binnen het netwerk is niet exclusief.

“Er staat geen muur rond het netwerk” (algemeen directeur).

Samenwerkingen met andere ziekenhuizen buiten het netwerk lopen dikwijls al lang en goed, waardoor men geen reden ziet om die op te geven of terug te schroeven ten voordele van andere partners binnen het netwerk – zeker wanneer een individueel ziekenhuis hier zelf weinig of geen voordeel bij haalt, laat staan een nadelige impact zou ervaren. Er is bijgevolg weinig impact van de netwerkvorming op de samenwerkingen die ervoor al bestonden, of die impact sijpelt traag door en is nu (nog?) niet tastbaar.

Afspraken rond **supraregionale zorgopdrachten** lijkt de meest voor de hand liggende materie om horizontaal rond af te stemmen met andere partners uit andere netwerken, maar dat blijkt vaak net de materie waar het vooral binnen de netwerken om draait. Door het bundelen van patiënten binnen het netwerk, hoopt men voldoende volume aan patiënten te bekomen om in aanmerking te komen voor het uitbouwen van supraregionale zorgopdrachten die voordien niet in het netwerk aanwezig waren. Sommigen omschreven de netwerkonderhandelingen zelfs meer dan eens als een koehandel over de verdeling van complexe zorgopdrachten, eerder dan onderling afspraken te maken over de organisatie aan het locoregionale zorgaanbod.

Enkelen wijzen naar de historische verdeling van erkenningen als reden om over (uitbouw van) supraregionale opdrachten een strategie in het netwerk te ontwikkelen en zo te concurreren met

andere (ziekenhuizen in andere) netwerken. Door de netwerkvorming voelen enkele ziekenhuizen en netwerken immers aan dat sommige erkenningen geconcentreerd zijn in bepaalde netwerken terwijl andere er minder hebben. Deze netwerken voelen toch een sterke bedreiging van de omliggende netwerken en sturen aan op een betere spreiding van deze erkenningen tussen de netwerken onderling. Er is m.a.w., niet enkel het vraagstuk van taakverdeling en spreiding tussen de ziekenhuizen van het netwerk, maar ook tussen de netwerken onderling. Dit vormde o.a. één van de strategische overwegingen bij de partnerkeuze voor het netwerk, met erkenningen als pasmunt.

Ook voor door- en terugverwijsafspraken over niet zo complexe zorgopdrachten zoals dialyse of psychiatrie blijft men in een aantal ziekenhuizen eerder door-en terugverwijs afspraken maken met ziekenhuizen van het naburige netwerk eerder dan een ziekenhuis uit het eigen netwerk, vaak gebaseerd op historische samenwerking en natuurlijke patiëntenstromen.

‘Nieuwe concurrentie’

De figuur die in het eerste hoofdstuk rond netwerkvorming werd besproken om de historische onderlinge positie van ziekenhuizen van een netwerk te plaatsen, kan in het nieuwe ziekenhuislandschap met ziekenhuisnetwerken evengoed gebruikt worden om de positie van netwerken ten opzichte van elkaar te bespreken. Dit is vooral relevant in gebieden met overlappende attractiviteitsgebieden en speelt minder een rol in homogene, geografisch afgebakende netwerken die in grote mate de logica van natuurlijke patiëntenstromen volgen.



Netwerken met overlappend attractiegebied ervaren een zekere concurrentie ten opzichte van elkaar. Wanneer die burens beter gaan samenwerken, voelt een ziekenhuis de noodzaak om dat zelf ook te doen en zo met andere partners sterker te staan tegen de concurrerende naburige speler(s). Deze competitie draait niet enkel om het aantrekken van patiënten, maar ook om het aantrekken van gekwalificeerd personeel. De netwerken vormen zo ook een middel voor individuele ziekenhuizen om sterker te staan in die concurrentiestrijd.

“We zitten daar echt met concurrentie. Dat maakt dat wij als partners daar wat dichter naar elkaar toekomen. Ik praat dan niet over oorlogen, dat is absoluut niet de bedoeling en dat is ook niet ons

perspectief erop, maar het maakt toch wel dat we als 'anderen' samenkomen en sterker willen staan.” (Algemeen directeur)

Overlappende attractiviteitsgebieden impliceren daarom niet dat de verhoudingen tussen netwerken zich beperken tot competitie en het maken van door-en terugverwijsafspraken rond supraregionale zorgopdrachten. Zo zijn er voorbeelden van structureel operationeel overleg over medisch beleid en patiëntenzorg tussen de hoofdartsen van twee netwerken of onderhouden twee voorzitters goede contacten met elkaar om elkaars plannen beter te kunnen kaderen. Dergelijk overleg kan zelfs zo positief worden ingeschat dat het structureel overleg met hoofdartsen van twee netwerken in de praktijk quasi het nut van het college van hoofdartsen of zelfs medische raad van elk individueel netwerk zou reduceren.

Hoe dan ook, hoe meer het over klinische zorg gaat, hoe minder dergelijke concurrentie gebaseerd op strategische afspraken nog lijkt te spelen. Voor tijdsgebonden en hooggespecialiseerde zorgen gaan artsen volgens respondenten nog steeds naar het dichtstbijzijnde ‘geschikt’ ziekenhuis doorverwijzen, ongeacht de afspraken die op netwerk- of managementniveau worden gemaakt.

6 CONCLUSIES

Het toenmalige federale regeerakkoord voorzag in een nieuwe organisatie van de sector van de ziekenhuizen, en dit op basis van enerzijds de noden van de patiënt en anderzijds een samenwerking van academische, gespecialiseerde en basisziekenhuizen. Daartoe werd voorzien in een wettelijk kader waarbinnen de ziekenhuizen verplicht werden om samen te werken in locoregionale klinische netwerken. De opzet was dat via de introductie van deze samenwerkingsvorm ziekenhuizen onderling en met andere zorgvoorzieningen frequenter en nauwer zouden samenwerken, om de zorg transmuraal, over de muren van de voorzieningen heen, beter te coördineren voor de patiënten.

Zoals bepaald in de wet, werden in een uitvoeringsbesluit de onderscheiden zorgopdrachten gekwalificeerd als locoregionaal dan wel supraregionaal. Als algemene regel geldt dat binnen een klinisch netwerk, de locoregionale zorgopdrachten voldoende moeten aangeboden worden, maar niet noodzakelijk in elk ziekenhuis.

Wat de Vlaamse Gemeenschap betreft, werd de verplichting opgelegd om voor elk locoregionaal klinisch netwerk, een zorgstrategisch plan op te maken dat het zorgaanbod in lijn brengt met de huidige en toekomstige zorgnoden, en dit op basis van demografische en epidemiologische karakteristieken. Deze plannen dienen om op langere termijn erkenningen te verlenen, evenals financiering van infrastructuurwerken en zware apparatuur. Zorgstrategische plannen van een individueel ziekenhuis zijn ondergeschikt aan het regionaal zorgstrategisch plan.

De implementatie van voornoemde wet heeft tot een aantal belangrijke gevolgen geleid in de samenwerking en de verhoudingen tussen ziekenhuizen.

Ongeveer 10 jaar na het ontwikkelen van het concept van de wet, en 5 jaar na het aannemen ervan, toont de analyse van voorliggende studie een gemengd beeld. Kenmerkend in dit verhaal zijn de wisselende verwachtingen die werden (en worden) gekoesterd ten opzichte van deze samenwerkingsformule, waar de uitvoering een afgezwakte versie is van de initiële beleidsideeën. Ook de ruimere visie op de toekomst van de gezondheidszorg en het zorglandschap bepaalt mee dit oordeel.

In dit rapport schetsten we een beeld van de vorming, de governance, de middelen, de activiteiten en de ruimere samenwerkingscontext van de ziekenhuisnetwerken. Er zijn ontegensprekelijk een aantal positieve effecten. Maar daarnaast blijkt dat er aanzienlijke structurele en operationele beperkingen eigen zijn aan deze samenwerkingsvorm, die zowel de doelmatigheid van de organisatie van de zorg in de weg staan, als de duurzaamheid op langere termijn.

In dit deel formuleren we onze belangrijkste conclusies hieromtrent en welke lessen daaruit te trekken zijn als aandachtspunten voor de federale en deelstatelijke overheden en de sector van de

ziekenhuizen, met het oog op de samenwerkingstoekomst van de ziekenhuizen en de ziekenhuisnetwerken, maar ook met andere actoren.

6.1 POSITIEVE EFFECTEN

Er kunnen in elk geval een aantal **positieve effecten** worden genoteerd.

Ten eerste hebben de netwerken in een aantal regio's geleid tot **verbeterde samenwerking en overleg tussen ziekenhuizen, vooral op informeel niveau**. De verplichte netwerkvorming heeft ervoor gezorgd dat ziekenhuizen en hun directies, artsen, en andere diensten meer met elkaar in contact komen, met name in regio's waar er nog geen sterke samenwerkingshistoriek aanwezig was. Het verbeteren (of uitbouwen) van persoonlijke relaties draagt bij aan het opbouwen van het noodzakelijke vertrouwen waarop verdere samenwerkingsinitiatieven kunnen worden geënt.

Ten tweede lijkt de **koppeling tussen het regionaal zorgstrategisch plan en de netwerken het overleg tussen ziekenhuizen in de meeste netwerken, alvast in de planfase, te stimuleren**. Het is wel nog de vraag hoe de samenwerking verder vorm zal krijgen in de implementatiefase, wanneer afgesproken zal moeten worden in welk ziekenhuis of op welke site bepaalde diensten wel of niet nog aangeboden zullen worden. Hierover worden nog stevige discussies verwacht. Een ander aandachtspunt is het feit dat de omschrijving van de netwerken niet altijd convergeert met andere afbakeningen zoals de eerstelijnszones, waardoor deze planning niet altijd optimaal is vanuit een meer geïntegreerde zorgbenadering.

Ten derde blijkt **de samenwerking zich te ontwikkelen op verschillende snelheden en de netwerken laten daar de nodige ruimte voor**. Er bestaat immers belangrijke variatie naargelang het netwerk en de regio, bijvoorbeeld in de mate waarin het netwerk eerder een bestendiging is van al bestaande samenwerkingsrelaties dan wel een nieuwe constellatie betekende in een regio. De introductie van de ziekenhuisnetwerken lijken met andere woorden voldoende ruimte te laten voor deze regionale eigenheden, maar geven de samenwerking tegelijkertijd een duwtje in de rug. Tegelijkertijd is het niet altijd zo eenvoudig om elke samenwerkingsdynamiek duidelijk te linken aan het netwerk.

6.2 IMPACT OP KLINISCHE SAMENWERKING?

We stellen verder vast dat de samenwerking tussen de ziekenhuizen die zich impliciet of expliciet in de schoot van het netwerk ontwikkelt, in de **eerste plaats gericht lijkt te zijn op activiteiten die minder existentiële vragen oproepen of minder rechtstreeks in de klinische activiteiten ingrijpen**. De samenwerking richt zich eerder op logistiek, samenaankoop, labo en apotheek. Voor deze types van samenwerking heeft men eigenlijk geen netwerk met de juridische vorm van een rechtspersoon nodig. De **locoregionale klinische zorg** staat met andere woorden vaak **niet centraal op de agenda van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerk**. De 'maakbaarheid'

van klinische samenwerking via introductie van de ziekenhuisnetwerken als een vaste, formele structuur, lijkt met andere woorden beperkt.

Er blijft immers een **groot streven naar (behoud van) autonomie van ziekenhuizen** aanwezig. De mate waarin de huidige gesprekken op netwerkniveau ook zullen leiden tot gezamenlijke activiteiten die echt ingrijpen op de dagelijkse operaties van het ziekenhuis, zal nog moeten blijken in de toekomst.

We zien verder dat de **klinische samenwerking eerder ad-hoc en bottom-up ontstaat**. Artsen zijn als drijvende krachten van de medische activiteiten in een ziekenhuis ook bepalend voor de mate waarin er klinische samenwerking over ziekenhuisgrenzen heen tot stand komt. De actuele debatten leggen, vooral vanuit de groep van de ziekenhuisartsen, focus op formele co-governance, maar in de feiten zit er veel bottom-up kracht in het sturen van samenwerking of het remmen ervan. Ziekenhuis- en netwerkmanagers blijken in de praktijk niet over de hefboomen te beschikken om samenwerking met de ene dan wel de andere partnerinstelling of zorgverlener, of doorverwijzing op te leggen – het vrijwaren van therapeutische vrijheid, en de keuzevrijheid van de patiënt blijven een centrale gegevens. . Anderzijds is ook samenwerkingsinitiatief vanuit een artsengroep moeilijk tegen te houden door het ziekenhuismanagement. **Management en bestuur kunnen wel een aantal zaken in gang zetten en faciliteren**

6.3 INZET VAN OVERHEIDSINSTRUMENTARIUM

Verder stellen we een aantal belangrijke beperkingen vast betreffende het inzetten van de netwerken als sturingsinstrument van de overheid. De netwerken worden geconfronteerd met enkele fundamentele problemen die de impact ervan beperken.

Ten eerste stellen we vast dat **het drievoudige overheidsinstrumentarium - erkenning, programmatie en financiering - hier onvoldoende evenwichtig is ingezet**. Waar structuren en organen rigoureus werden benoemd in **de regelgeving, is er weinig aandacht voor omkadering, zowel qua middelen als doelstellingen**. Binnen erkenning werd enkel ingezet op organieke normen. Programmatie (in ruime betekenis) is niet gebruikt, behalve het maximaal aantal te erkennen netwerken. Financiering van het netwerk werd in het vooruitzicht gesteld, maar is tot dusver niet ingevoerd. Ondanks eerdere beleidsteksten, zijn er geen concrete plannen om de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken de basiseenheid voor programmatie- en financiering te maken. Er **leeft zowel bij de sector als bij overheden onenigheid over de wenselijkheid van de inzet van deze hefboomen**. Er was en is een gebrek aan consensus/draagvlak/verdeeldheid omtrent dit idee. Ook de complexe staatsstructuur met verweven bevoegdheden op het gebied van gezondheidszorg, en de complexe financiering, zorgt ervoor dat overheden terughoudend zijn voor het scherper toepassen of formuleren van nieuwe of aangepaste spelregels omdat ze vrezen dat dit zou kunnen leiden tot langdurige juridische procedures.

Het **enthousiasme van de verschillende betrokken partijen** van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken **kalfde af** naarmate de tijd vorderde. Het **financiële kader waarin ziekenhuizen opereren en hun soms precaire situatie maakt dat ziekenhuizen weinig animo voelen om bevoegdheden te delegeren naar het netwerkniveau**.

Tot slot ervaren **netwerken en hun leden een gebrek aan duidelijke doelstellingen en daaraan gerelateerd een inconsistente afstemming met andere beleidsinitiatieven**. Die laatste gaan onder meer over geïntegreerde zorg, en pogingen om zorg voor bepaald doelgroepen te centraliseren in een beperkt aantal ziekenhuizen. Ondanks een gedeelde visie van verschillende overheden blijft de leesbaarheid van de bevoegdheidsverdeling moeilijk. en ontbreekt eigenaarschap. De vraag is ook in hoeverre het netwerk eerder een vehikel voor de overheid is of een samenwerkingsformule is voor de ziekenhuizen waarmee ze aan de slag kunnen, of beide?

6.4 NIET-AANGEPASTE GOVERNANCE

Verder botsen de ziekenhuisnetwerken in hun werking op enkele interne hindernissen met betrekking tot hun governance.

Ten eerste worden de **besluitvormingsprocessen met feedbackmechanismen van de netwerken als log, te zwaar en niet-effectief** ervaren. Voor de beperkte finaliteit en omkadering die er nu is, is de **governance te zwaar en vermoedelijk niet effectief**. De meerwaarde van de interpersoonlijke relaties staat in contrast met detail en rigiditeit waarmee de governancestructuren staan beschreven. Immers, de flankerende KCE-studie (2016) bij het tot stand komen van dit beleidsinitiatief beschreef dergelijk type netwerk als overgangsvorm naar andere samenwerkingsformules, desalniettemin werden deze netwerken in wetteksten verankerd en hun permanente deelname benadrukt. De bezorgdheden die in het KCE-rapport werden geuit, worden in het voorliggend rapport in realiteit bevestigd.

Het te letterlijk overnemen van de gekende mechanismen van hospital governance is een zwakte. Het voegt een **extra governancelaag toe in plaats van het benutten van netwerkdynamieken en -kansen**. Hierdoor lijkt het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk zijn doelstellingen (daar waar deze worden geïnterpreteerd als zwaartepunt voor besluitvorming en uitbating van regionale ziekenhuiszorg) enkel te kunnen realiseren indien het zich ook gedraagt als een klassieke organisatie (in dit rapport vaak geformuleerd als eenheid van visie, middelen en beheer). Als gevolg van fusies en integraties zien we netwerken vervellen tot (campus) organisaties. Het mist hierdoor aan aandacht voor de principes van burgerparticipatie (eerder dan patiëntparticipatie), lokale verankering van het netwerk door opnemen van externen/uitbreiding van de algemene vergadering en het mogelijk maken van populatiemanagement met afstemming van de verschillende beleidslijnen.

Ten tweede spelen er **leiderschapsvraagstukken** op langs verschillende assen. Het ziekenhuisnetwerk lijdt onder **onduidelijke relaties en bevoegdheden, zowel tussen management en bestuur, maar ook tussen netwerk en ziekenhuis (incl. hoofdartsen), zowel binnen als tussen verschillende colleges alsook omtrent de positie van de netwerkvoorzitter.** Het gebrek aan inhoud van de agenda in de bestuursorganen van het netwerk en de vaak vlottere werking van het CEO-overleg/dagelijks bestuur maakt dat er in praktijk onduidelijkheid bestaat over wie de netwerkkar trekt of initiatieven kan nemen.

Ten derde is de **huidige juridische vormgeving van de netwerken geen evidente basis om meer structureel activiteiten op een netwerkniveau** onder te brengen. Veel doelen zijn immers met eenvoudige contractuele of andere overeenkomsten te realiseren in bilateraal of multilateraal kader. Bovendien blijft de operationele en bestuurlijke verantwoordelijkheid in het ziekenhuis, terwijl de bestuursorganen op netwerkniveau weinig verantwoordelijkheid dragen, behalve de netwerkhoofdarts en het college van hoofdartsen, dat instructiebevoegdheid heeft, zonder articulatie met eindverantwoordelijkheid.

6.5 OP NAAR EEN VOLGEND SAMENWERKINGSHOOFDSTUK

Hoewel de netwerken tot op zekere hoogte bijgedragen hebben tot meer samenwerking tussen ziekenhuizen in een aantal regio's, roepen de overige vaststellingen toch de **centrale vraag** op in hoeverre deze samenwerkingsformule en de huidige governance nog verder te ontwikkelen is, of dat er eerder naar andere samenwerkingsformules met een andere governance uitgekeken moet worden.

We geven een aantal aandachtspunten mee die hierin cruciaal zijn.

Ten eerste dienen de **overheden heldere doelen te formuleren op lange termijn waarvoor samenwerking wenselijk is en duidelijke kaders te bieden die de samenwerking stimuleren.** Om ziekenhuizen in netwerkverband een belangrijke rol te laten spelen in het bevorderen van regionale samenwerking, is een kritische reflectie en aanpassing van de huidige regionale scope en doelstellingen noodzakelijk. De netwerken moeten niet worden gezien als een doel op zich, maar als een middel om dat doel te bereiken. Het is twijfelachtig in welke mate de verschillende actoren, zowel ziekenhuis als overheid, de huidige figuur van locoregionale ziekenhuisnetwerken als gepast vehikel zien om verder beleid op te enten, zoals bijvoorbeeld het toekennen van financiering, erkenning en programmatie en omslag naar populatiegerichte gezondheidszorg. Indien zij niet (langer) geschikt blijken voor hun oorspronkelijke doel, moeten ze worden aangepast of vervangen door meer flexibele en doelgerichte samenwerkingsmodellen. Wanneer verder wordt geopteerd voor netwerken als samenwerkingsvorm, moet deze netwerken

voldoende ruimte geboden worden om hun dynamisch potentieel te benutten, aangepast aan de zorgnoden. .

Ten tweede is **het systematisch opvolgen van de performantie en effectiviteit van de netwerken noodzakelijk**. Gezien de belangrijke publieke taak die het geheel van ziekenhuizen vervullen en de grote som publieke middelen die omgaan in gezondheidszorg zullen de verschillende overheden in hun rol als 'metagovernor' moeten bewaken dat deze middelen goed worden besteed en of 'de netwerken' inderdaad bijdragen tot een performanter gezondheidszorgsysteem. Monitoring van wat er in de praktijk gebeurt is noodzakelijk voor passende beleidsformulering en -bijsturing. Anderzijds bestaan voorbeelden uit andere sectoren of buitenland waar dergelijke netwerken zelf het initiatief in handen nemen om vanuit een sterke visie en overtuiging invulling te geven aan een netwerk dat een meerwaarde biedt aan de populatie tot wie men zich richt. Vanuit die optiek hebben zowel de netwerken als de overheid hierin een rol te spelen, maar dient werk gemaakt te worden van aangepaste handvaten of zelfs begrip van wat finaal die performantie en effectiviteit moet inhouden. **Op het vlak van performantie is er een gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheden en de ziekenhuizen in de netwerken.**

Om verdere samenwerkingsformules tussen ziekenhuizen maar ook met andere actoren verder te ontwikkelen, zijn er aanzienlijke uitdagingen rond **digitalisering, beheersbaarheid van data en interoperabiliteit**. We zien bijvoorbeeld dat eenzelfde elektronisch patiëntendossier overeenkomen in een netwerk moeilijk is, laat staan over netwerken heen of met opvolgingssystemen voor patiënten van andere zorgverleners. Een toekomst die meer gericht is op preventie en revalidatie, en het volgen van de groter worden groep van zorgvragers met chronische aandoeningen buiten de ziekenhuismuren zal onder andere telemonitoring en teleconsulting vereisen. Dit soort omwentelingen zijn weinig geschikt om te organiseren op het niveau van een locoregionaal zorggebied en lenen zich volgens respondenten eerder tot een supraregionale of nationale aanpak.

Een ander aandachtspunt is het **omgaan met bestaande en het mogelijks creëren van nieuwe concurrentiedynamieken**. Er moet vermeden worden dat door het beter laten samenwerken van ziekenhuizen in een netwerk, dit niet leidt tot de verschuiving van bestaande concurrentiedynamieken die niet bijdragen tot betere zorg naar concurrentie tussen ziekenhuisnetwerken, en concurrentie tussen ziekenhuisnetwerken en andere zorgactoren.

Er wordt gewag gemaakt van een zekere **argwaan van andere zorgactoren ten opzichte van de ontwikkeling van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken**. De netwerken zijn grotere spelers in de regio dan wat de individuele ziekenhuizen ervoor waren, waardoor deze een dominantere of meer intimiderende positie ten opzichte van andere actoren in het landschap (kunnen) opnemen. Daarnaast is er een zeker argwaan bij sommige andere actoren dat als nevenwerking van de verbeterde relaties tussen de ziekenhuizen onderling, zij elkaar ook zullen vinden in het uitbouwen van nieuwe activiteit of verwijfspatronen die concurreren met het aanbod

van bijvoorbeeld categorale ziekenhuizen. Dit wordt versterkt door het idee van beddenafbouw, waarbij ruimte en capaciteit kan vrijkomen die potentieel kan worden aangewend om bijvoorbeeld woonzorg te organiseren. Ook omgekeerd wordt de omslag naar transmurale zorg door enkele ziekenhuizen als een bedreiging beschouwd aangezien dit beddenafbouw impliceert, en men onzeker is over de financiële gevolgen hiervan.

Hiermee komen **we bij een volgend cruciaal aandachtspunt, namelijk de financiering van de gezondheidszorg.** We gaven al eerder aan dat de bezorgdheid van ziekenhuizen omtrent hun financiering een drempel vormt voor nauwere (klinische) samenwerking, maar dat er ook geen specifieke financiering voor de netwerken bestaat. Een gelijkaardige bezorgdheid leeft in relatie tot verdergaande samenwerking met andere zorgactoren. Ziekenhuizen en netwerken geven aan welwillend te zijn in het uitbouwen van contacten met andere zorgactoren, maar geven aan dat er geen financiering wordt voorzien om overleg met hen te organiseren en de nodige logistiek te voorzien. Ook voor het opzetten van projecten, botst men op de limieten van een prestatiegericht en individualistisch financieringssysteem. Men linkt dit ook aan een (gebrek aan) visie en duidelijke richting voor de toekomst van de gezondheidszorg, en de wisselende koers die opeenvolgende bevoegde ministers volgen. Tegelijkertijd zijn sommigen kritisch over het beeld dat er steeds bijkomende financiering nodig zou zijn om samenwerking te stimuleren en pleiten deze stemmen voor meer verantwoordingsplicht t.a.v. de sector voor de toegekende financiële overheidsmiddelen in functie van deze toekomstvisie en beleidsdoelstellingen.

Dat de federale overheid een verzoek verzond aan alle ziekenhuizen om een **cartografie op te stellen van de samenwerkingsverbanden die zij als ziekenhuis hebben met andere zorgactoren is alvast een interessante oefening.** Het doel hiervan was tweërlei. Enerzijds als signaal aan de sector dat men hierrond aan de slag wenst te gaan, anderzijds om goede praktijken te identificeren met het oog op toekomstig beleid. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat deze oplijsting van goede praktijken gebaseerd is op wat kan binnen de huidige financiële, organisatorische en reglementaire contouren en geen weerslag is van ambities die men zou koesteren in een aangepast kader. Ook knip-en-plak aanpak van een samenwerkingsformule die goed werkt in regio x, garandeert geen succes in regio y. Er is bij het ontwikkelen van samenwerkingsformules **nood aan voldoende ruimte voor maatwerk, gezien de regionale variatie in context en omgeving, en demografie.** Een generieke en te rigide samenwerkingsformule kan in sommige regio's meer schade berokkenen dan toegevoegde waarde bieden.

De opdracht voor de overheden is om de ruimere samenwerkingscontouren in het landschap uit te werken omdat individuele actoren te sterk vanuit organisatiebelangen denken. Dit betekent niet dat die contouren zinvolle samenwerkingspraktijken van onderuit te zeer in het gedrang mogen brengen. De positie van de ziekenhuizen in dat landschap en de mate waarin dat landschap minder hospitalocentristisch zal zijn, is dan onderdeel van dat debat.

In het nadenken over de toekomst is de brug naar externe actoren een ander cruciaal aandachtspunt. De relaties tussen ziekenhuizen en/of ziekenhuisnetwerken en externe partners zoals daar zijn eerstelijnsactoren, geestelijke gezondheidszorg, revalidatie,... komen voortdurend naar voren in reflecties over hoe samenwerking zich verder kan ontwikkelen. Er is een **groeïende overtuiging dat verbindingen leggen tussen ziekenhuizen en externe partners zoals actoren uit de eerste lijn minstens zo belangrijk is als de onderlinge relaties tussen de ziekenhuizen zelf versterken.** Algemeen zijn de meeste netwerken zoekende naar de juiste configuratie en toekomstvisie met betrekking tot interactie met andere zorgactoren en andere netwerken en hoe het locoregionaal ziekenhuisnetwerk en het ziekenhuis te plaatsen in het toekomstig zorglandschap. Om die brug tussen ziekenhuizen en externe actoren beter te maken, zijn er belangrijke knelpunten. Zo is er sprake van geografische versnippering van de verschillende werkingsschalen die coördinatie en samenwerkingen bemoeilijken, maar ook hun duurzaamheid en toekomstige rol blijft vaag. Een ander knelpunt is wie de representatieve gesprekspartners vanuit de eerste lijn dan precies zijn en hoe de individuele dynamiek van zelfstandigen en vrije beroepen te verbinden is met een organisatorische dynamiek zoals een ziekenhuis of ziekenhuisnetwerk. Bij afstemming met een partner met grote werkingsschaal vormt mandaat en representativiteit vaak een probleem wegens gebrek aan achterliggende structuur, bij kleine werkingsschaal (geografisch of sector beperkt) verkrijgt men meer representatieve input, maar is deze slechts representatief voor een kleine groep (bijv. enkel huisartsen, één regio, ...). Dit alles maakt het niet eenvoudig iets af te dwingen of om bindende afspraken te maken met bijvoorbeeld de eerstelijnsactoren.

Parallel aan de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken worden immers ook de zorgraden (eerstelijnszones) en in mindere mate de regionale zorgplatformen (regionale zorgzones) meer functioneel. Net als de Vlaamse Overheid aan Vlaamse ziekenhuisnetwerken vraagt om een regionaal zorgstrategisch plan op te stellen, zal ook hetzelfde worden gevraagd aan de regionale zorgplatformen. In dit plan wordt op basis van gezondheidsindicatoren en demografische gegevens de zorgnood binnen de eerstelijnszorg bepaald en vervolgens het toekomstige gewenste aanbod in de eerstelijns.⁶¹ Het orgaan dat hiervoor instaat, het regionaal zorgplatform, bestaat uit een afvaardiging van de zorgraden uit de verschillende eerstelijnszones waaruit de regionale zorgzone is samengesteld.^{59,61}

Het blijft echter vaag hoe deze beide zorgstrategische plannen zich tot elkaar verhouden, wie erover waakt dat in zorgnaden die niet eenduidig generalistisch of gespecialiseerd zijn niet onbeantwoord blijven of leiden tot een dubbel aanbod, of en hoe ziekenhuizen/ziekenhuisnetwerken hierbij zullen worden betrokken, en in welke mate dit leidt tot duplicatie van inspanningen. Ziekenhuizen maken immers niet verplicht deel uit van de zorggraad. Hoewel de ziekenhuissector hier zelf vragende partij toe is – en ook beleidsmakers dit idee genegen zijn – maakt de bevoegdheidsverdeling het niet mogelijk om verplichtingen hieromtrent op te leggen. De decretaal verankerde afstemming met de ‘gespecialiseerde zorg’ beperkt zich bijgevolg tot ‘de gespecialiseerde zorg waarvoor de Vlaamse

Gemeenschap bevoegd is'. De mogelijkheid bestaat echter wel om algemene ziekenhuizen als optionele partner op te nemen in de zorgraad.⁶¹

Als resultaat lijken verschillende integratie en netwerkbewegingen (incl. interfederaal plan geïntegreerde zorg) zich naast elkaar te bewegen en elkaars bestaan te ontkennen, althans op papier, terwijl in de hoofden de verschillende stakeholders die in dit onderzoek werden bevraagd wel voldoende gemeenschappelijke grond aanwezig is tot een efficiëntere werking en synergie tussen de verschillende sectoren te komen.

BIJLAGEN

1. KB-zorgopdrachten: Koninklijk besluit tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van het locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.
2. Interviewleidraad en topic lijst semigestructureerde interviews
3. Tabel netwerkkarakteristieken (leeg)

REFERENTIES

1. Intermutualistisch Agentschap. IMA Atlas - Fusies van ziekenhuizen in Vlaanderen. Published online January 2020. Accessed August 11, 2023. <https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl>
2. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. Health Systems in Transition, 2020; 22(5): pp.i–237
3. Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. *Koninklijk Besluit van 25 april 1997 houdende nadere omschrijving van de associatie van ziekenhuizen en van de voorwaarden waaraan deze moeten voldoen*
4. Volksgezondheid en leefmilieu. *Koninklijk Besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.*
5. Erkenningssnormen algemene ziekenhuizen. Accessed December 1, 2023. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/erkenningssnormen-algemene-ziekenhuizen>
6. FOD Volksgezondheid. *Gecoördineerde Wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere Verzorgingsinstellingen.*;
7. Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. *Koninklijk Besluit van 2 april 2014 houdende vaststelling van de erkenningssnormen voor het netwerk “pediatrie.”*
8. Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. *Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.*
9. Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. *Koninklijk Besluit van 10 november 2012 vaststelling van de erkenningssnormen voor het samenwerkingsverband “Wegneming En Transplantatie van Organen.”;*

10. Eeckloo K, De Regge M, De Pourcq K, Gemmel P, Callens S. Evaluatie van de wetgeving op de associatie, groepering en fusie in de context van toenemende samenwerking tussen ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2018;(2):90-98. doi:10.2143/TVG.74.02.2002504
11. Van Wilder L, Devleesschauwer B, Clays E, et al. The impact of multimorbidity patterns on health-related quality of life in the general population: results of the Belgian Health Interview Survey. *Qual Life Res*. 2022;31(2):551-565. doi:10.1007/s11136-021-02951-w
12. Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurčević J., Devleesschauwer B., Health status report 2021 De gezondheidstoestand in België. Brussel, België: Sciensano. Depotnummer: D/2020/14.440/08. Beschikbaar op: www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand
13. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US); 2001. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/e317382004-001>
14. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. *Ann Fam Med*. 2009;7(2):100-103. doi:10.1370/afm.971
15. De Regge M, De Pourcq K, Van de Voorde C, Van den Heede K, Gemmel P, Eeckloo K. The introduction of hospital networks in Belgium: The path from policy statements to the 2019 legislation. *Health Policy*. 2019;123(7):601-605. doi:10.1016/j.healthpol.2019.05.008
16. Leroy Roos, De Gendt Cindy, Bourgeois Jolyce, Verbeeck Julie, Savoye Isabelle, Silversmit Geert, Van Damme Nancy, Carly Birgit, Colpaert Cécile, Cusumano Pino, De Visschere Pieter, Decloedt Jan, Desreux Joelle, Duhoux François, Moretti Luigi, Roman Mirela, Taylor Donatienne, Veldeman Liv, Verhoeven Didier, Wildiers Hans. Borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning voor borstkanker – Is er een verschil?. Health Services Research (HSR). Brussels. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2023. KCE Reports 365A. DOI : [10.57598/R365AS](https://doi.org/10.57598/R365AS).
17. Maggie De Block. *Plan van Aanpak Hervorming ziekenhuisfinanciering.*; (28 april 2015)
18. De Pourcq Kaat, De Regge Melissa, Callens Stefaan, Coëffé Mathilde, Gemmel Paul, Van den Heede Koen, Van de Voorde Carine, Eeckloo Kristof. Governance models for hospital collaborations. Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 277. DOI: [10.57598/R277C](https://doi.org/10.57598/R277C).
19. Plenaire vergadering Kamer op 14 februari 2019 - goedkeuring wetgeving klinische ziekenhuisnetwerking (memorie van toelichting). Accessed May 2, 2024. <https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/flwb&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=N&legislat=54&dossierID=3275>
20. Massij A, De Ridder D. Studieopdracht Zorgstrategisch Plan Vlaanderen -. Presented at: Infovoormiddag: Vlaams ziekenhuislandschap in beweging; October 18, 2017. Accessed May 3, 2024. https://zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/ppt_Zorgstrategisch_Plan_Vlaanderen_def.pdf
21. *Decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het zorgaanbod Geestelijke Gezondheidszorg*. Accessed August 29, 2023. <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031696¶m=inhoud&ref=search&AVIDS=>

22. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States | New England Journal of Medicine. Accessed May 3, 2024. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa012337>
23. Morche J, Mathes T, Pieper D. Relationship between surgeon volume and outcomes: a systematic review of systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5:204. doi:10.1186/s13643-016-0376-4
24. FOD Volksgezondheid. *Koninklijk Besluit van 23 november 2022 tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.*;
25. Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory.* 2008;18(4):543-571. doi:10.1093/jopart/mum032
26. Aunger JA, Millar R, Greenhalgh J. When trust, confidence, and faith collide: refining a realist theory of how and why inter-organisational collaborations in healthcare work. *BMC Health Services Research.* 2021;21(1):602. doi:10.1186/s12913-021-06630-x
27. Popp JK, Milward HB, MacKean G, Casebeer A, Lindstrom R. *Inter-Organizational Networks: A Review of the Literature to Inform Practice.*; 2014.
28. Ulibarri N, Emerson K, Imperial MT, Jager NW, Newig J, Weber E. How does collaborative governance evolve? Insights from a medium-n case comparison. *Policy and Society.* 2020;39(4):617-637. doi:10.1080/14494035.2020.1769288
29. Saz-Carranza A, Salvador Iborra S, Albareda A. The Power Dynamics of Mandated Network Administrative Organizations. *Public Administration Review.* 2016;76(3):449-462. doi:10.1111/puar.12445
30. Departement Zorg. Kwaliteit in algemene ziekenhuizen. Accessed May 23, 2024. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/procedures/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen>
31. Vlaamse Regering. *Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.*;
32. Vlaamse Regering. *Besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende zorgstrategische planning.*
33. Departement Zorg. Zorgstrategisch Plan Vlaanderen voor algemene ziekenhuizen. Accessed May 23, 2024. <https://zorg-en-gezondheid.be/beleid/ziekenhuizen/zorgstrategisch-plan-vlaanderen-voor-de-algemene-ziekenhuizen>
34. Kristof Eeckloo. *Hospital Governance in Vlaanderen. Exploratieve studie in internationaal perspectief.* Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Geneeskunde (2008) :338.
35. Johan Hellings. *Hospital Governance Aanbevelingen.* Icuuro vzw. 1 maart 2012. Published online 2012:60.
36. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Aanbevelingen goed bestuur in de welzijns- en zorgorganisaties. *Karine Moykens. D/2016/3241/206* Published online oktober 2016:36.

37. Bryson, John, and Bert George. "Strategic Management in Public Administration." *Oxford Research Encyclopedia : Politics*, Oxford University Press, 2020, pp. 1–26, doi:10.1093/acrefore/9780190228637.013.139.
38. Kaats E, Opheij W. *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer. Vakmedianet; 2014.
39. George B, Huijbregts R, Tiggelaar M, Vandersmissen L, Vanhengel S, Zaki BL. Strategic planning: the way forward. In: *Handbook on Strategic Public Management*. Edward Elgar Publishing; 2023:196-210. Accessed September 25, 2023. <https://www.elgaronline.com/edcollchap/book/9781789907193/book-part-9781789907193-22.xml>
40. Moore MH, Moore MH. *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press; 1995.
41. Vlaamse Regering. Wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.
42. Provan KG, Kenis P. Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2008;18(2):229-252. doi:10.1093/jopart/mum015
43. Klijn EH, Koppenjan J. *Governance Networks in the Public Sector*. 0 ed. Routledge; 2015. doi:10.4324/9781315887098
44. Belfius. *MAHA-Analyse 2023: Cijfers 2022 n Eerste Blik Op 2023*.; 2023. Accessed May 14, 2024. https://research.belfius.be/wp-content/uploads/2023/11/MAHA-2023_Pers-NL.pdf
45. Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. *Koninklijk Besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen. en Koninklijk Besluit van 17 juli 2022 op wijziging van dat KB*
46. Tabel globaal budget. FOD Volksgezondheid. March 21, 2016. Accessed August 11, 2023. <https://www.health.belgium.be/nl/tabel-globaal-budget>
47. Frank Vandenbroucke. Nota hervorming ziekenhuisorganisatie en -financiering. Published online January 28, 2022. Accessed November 14, 2023. https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/inline-files/Hervorming%20ziekenhuisorganisatie%20en%20financiering_nota%20Frank%20Vandenbroucke.pdf
48. Federale overheidsdienst kanselarij van de eerste minister. *Bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming*.
49. Subsidiëring ziekenhuizen - VIPA | Departement Zorg. November 22, 2016. Accessed November 20, 2023. <https://www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies>
50. Vlaamse Regering. Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Accessed

51. 900 miljoen extra investering in precare ziekenhuisinfrastructuur | Weliswaar. Accessed November 21, 2023. <https://www.weliswaar.be/welzijn-zorg/900-miljoen-extra-investering-precare-ziekenhuisinfrastructuur>
52. Verburgt Annelies. *Ziekenhuizen Bouwen En Verbouwen in Vlaanderen - Analyse van de Financieringsmethodiek Voor de Infrastructuur van Algemene, Psychiatrische En Revalidatieziekenhuizen*. Zorgnet-Icuro; 2022.
53. FRZV. 2e advies betreffende interhospitaalvervoer.
54. Baraldi E, Gressetvold E, Harrison D. Resource interaction in inter-organizational networks: Foundations, comparison, and a research agenda. *Journal of Business Research*. 2012;65(2):266-276. doi:10.1016/j.jbusres.2011.05.030
55. Imperial MT, Johnston E, Pruett-Jones M, Leong K, Thomsen J. Sustaining the useful life of network governance: life cycles and developmental challenges. *Frontiers in Ecology and the Environment*. 2016;14(3):135-144. doi:10.1002/fee.1249
56. BAPCOC Support Team. YEARLY PROGRESS REPORT HOST 2022. *FOD VOLKSGEZONDHEID 15-07-2023*
57. Top O, Van den Broek A. *COVID-19 Accentueert de Knelpunten van de Locoregionale Ziekenhuisnetwerken*. KU Leuven; 2020.
58. Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. *Koninklijk Besluit van 30 september 2020 houdende de bereiding en aflevering van geneesmiddelen en het gebruik van distributie van medische hulpmiddelen binnen verzorgingsinstellingen -*
59. Vlaamse Regering. *Decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.;*
60. Departement Zorg. Traject “slagkrachtige zorgraden.” Presented at: November 10, 2023.
61. Hilde Crevits. *Ontwerp van Decreet van 18 december 2023 tot wijziging van de regelgeving over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, de zorgraden en de verwerking van persoonsgegevens in Het kader van het digitale zorg- en ondersteuningsplan, de financiering van eerstelijnszorgaanbieders en voor beleidsdoeleinden.*
62. Eerstelijnszones en zorgraden | Zorg en Gezondheid. Accessed November 14, 2023. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/eerste-lijn/eerstelijnszones-en-zorgraden>
63. Vlaamse Regering. *Besluit van de Vlaamse van 17 mei 2019 tot erkenning en subsidiëring van de zorgraden en houdende inwerkingtreding van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders.;*
64. Huisartsenkringen | Zorg en Gezondheid. Accessed February 23, 2024. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/eerste-lijn/huisartsenkringen>
65. FOD Volksgezondheid. *Blikvanger Gezondheidszorg - Geestelijke gezondheidszorg.;* 2024.

66. Beleid over geestelijke gezondheidszorg | Zorg en. Accessed February 19, 2024. <https://zorg-en-gezondheid.be/beleid/beleid-over-geestelijke-gezondheidszorg>
67. Vlaamse Regering. Conceptnota - De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid. Published online 2019. Accessed February 19, 2024. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/31395>
68. Revalidatieovereenkomsten | Zorg en Gezondheid. Accessed February 19, 2024. <https://zorg-en-gezondheid.be/per-domein/geestelijke-gezondheidszorg/revalidatieovereenkomsten>
69. Patiëntenparticipatie @ A.S.Z. | ASZ. Accessed February 19, 2024. <https://www.asz.be/nl/patient/kwaliteit/patientenparticipatie-asz>
70. Patiëntenparticipatie. Ziekenhuis Geel. June 21, 2021. Accessed February 19, 2024. <https://www.ziekenhuisgeel.be/pati%C3%ABntenparticipatie>
71. Patiëntenparticipatie. Accessed February 19, 2024. <https://www.uzleuven.be/nl/over-ons/investeren-mensen/patientenparticipatie>
72. Regionale zorgstrategische planning | Zorg en Gezondheid. Accessed February 21, 2024. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/regionale-zorgstrategische-planning>
73. Agentschap Zorg en Gezondheid. Zorgstrategisch Plan Vlaanderen - Sjabloon voor een regionaal zorgstrategisch plan. Published online August 2021.

BIJLAGE 1

KB ZORGOPDRACHTEN

23 NOVEMBER 2022. - Koninklijk besluit tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken

Bron : VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Publicatie : Belgisch Staatsblad van 01-12-2022 bladzijde : 88766

Inwerkingtreding : 11-12-2022

Artikel 1. De hierna vermelde zorgopdrachten worden gekwalificeerd als locoregionale zorgopdrachten :

1° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisdiensten :

- a) de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (kenletter D);
- b) de dienst voor diagnose en voor heelkundige behandeling (kenletter C);
- c) de dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E);
- d) de dienst materniteit (kenletter M);
- e) de dienst Geriatrie (kenletter G);
- f) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme cardiopulmonaire aandoeningen;
- g) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme locomotorische aandoeningen;
- h) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme neurologische aandoeningen;
- i) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme palliatieve verzorging;
- j) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme chronische aandoeningen;
- k) de dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) met als specialisme psychogeriatrische aandoeningen;

2° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisfuncties:

- a) de functie 'eerste opvang van spoedgevallen';
- b) de functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg';
- c) de functie 'mobiele urgentiegroep' (MUG);

- d) de functie van palliatieve zorg;
- e) de functie voor intensieve zorg;
- f) de functie van lokale neonatale zorg (N*-functie);
- g) de functie `chirurgische daghospitalisatie';
- h) de functie `niet-chirurgisch daghospitalisatie';
- i) de functie `lokale donorcoördinatie';
- j) de functie van ziekenhuisapotheek;
- k) de functie van ziekenhuisbloedbank.

3° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende medisch-technische diensten:

- a) de medisch-technische dienst radiotherapie;
- b) de medisch-technische dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld;
- c) de dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf wordt opgesteld;
- d) de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie erkend als medisch-technische dienst meerbepaald voor volgende zorgopdrachten : de klassieke hemodialyse in ziekenhuisverband, de thuisdialyse, de collectieve autodialyse en de chronische ambulante peritoneale dialyse

4° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende zorgprogramma's:

- a) het zorgprogramma voor oncologische basiszorg;
- b) het zorgprogramma voor oncologie;
- c) het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker;
- d) het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (satellietborstkliniek);
- e) het zorgprogramma voor kinderen;
- f) het zorgprogramma `cardiale pathologie' A;
- g) het zorgprogramma `cardiale pathologie' B, deelprogramma B1 (invasieve diagnostiek);
- h) het zorgprogramma `cardiale pathologie' B, deelprogramma B2 (interventionele, niet-chirurgische therapie);
- i) het zorgprogramma `cardiale pathologie' P (pacemakertherapie);
- j) het zorgprogramma `reproductieve geneeskunde' A;
- k) het basiszorgprogramma `acute beroertezorg';
- l) het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Art. 2. De hierna vermelde zorgopdrachten worden gekwalificeerd als supraregionale zorgopdrachten :

1° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisdiensten:

- a. de dienst voor besmettelijke ziekten (kenletter L)
- b. de dienst voor intensieve neonatologie (kenletter NIC);

- c. de sectie voor tuberculosebehandeling die in de algemene ziekenhuizen gevestigd is (kenletter B (bacillose));
- 2° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende ziekenhuisfuncties : a) de functie van regionale perinatale zorg (P*-functie); b) de functie 'zeldzame ziekten'; c) de functie 'pediatrische liaison'; 3° de zorgopdrachten gerelateerd aan de ziekenhuisafdeling 'expertisecentrum voor comapatiënten'; 4° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende medische diensten : a) het brandwondencentrum; b) het transplantatiecentrum; 5° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende medisch-technische diensten : a) de medisch-technische dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld; b) de centra voor menselijke erfelijkheid erkend als zware medisch-technische dienst; 6° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende zorgprogramma's : a) het gespecialiseerd zorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie; b) het satellietzorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie; c) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' B, deelprogramma B3 (cardiochirurgie); d) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' T (hart- en hartlongtransplantatie); e) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' C (congenitale hartafwijkingen bij kinderen); f) het zorgprogramma 'cardiale pathologie' E (electrofysiologie); g) het zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde' B; h) het gespecialiseerd zorgprogramma 'acute beroertezorg met invasieve procedures'.

Art. 3. De in artikel 1 bedoelde zorgopdrachten worden in het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk derwijze aangeboden dat een aanrijtijd van maximum 30 minuten voor 90% van de inwoners binnen het geografisch gebied dat door het bedoeld ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, is gegarandeerd. Hiervan kan voor een zorgopdracht worden afgeweken indien het garanderen van de aanrijtijd subsidieerbare investeringen in onroerende infrastructuur vereist op een nieuw in te richten vestigingsplaats of indien de desbetreffende zorgopdracht in een naburig locoregionaal netwerk wordt aangeboden binnen de aanrijtijd. De in het eerste lid bedoelde aanrijtijd is de rijtijd tussen de woonplaats van de inwoners van het geografisch gebied en de toegang tot de locoregionale zorgopdracht met de wagen uitgaande van een normale verkeerssituatie op een gemiddelde weekdag. De locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken beschikken over een termijn van drie jaar te rekenen vanaf de datum van in werking treden van onderhavig besluit, om aan dit artikel te voldoen. Art. 4. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

BIJLAGE 2

INTERVIEWLEIDRAAD EN TOPIC LIJST SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS ZIEKENHUISSTAKEHOLDERS

<u>inleiding</u>
Voorstelling gesprekspartner
Sinds wanneer bij netwerk betrokken/ hoe betrokken geraakt
Voorstelling netwerk:
▪ Hoe ziet uw netwerk eruit? ▪ Hoe ontstaan? ▪ Hoe loopt het nu? ▪ Waar staan jullie?
Organisatie
Welke beleidsorganen zijn er binnen het netwerk?
▪ Welke taakverdeling? ▪ Hoe verhouden deze zich tot (de beleidsorganen van) de ziekenhuizen? ▪ Hoe vaak komt de raad van bestuur (/ andere organen) samen? ▪ Wat is het vergaderritme van de verschillende bestuursorganen ▪ Hoe werden de bestuurders gekozen? Competentieprofiel etc? ▪ Hoe werd de voorzitter gekozen? Vaste termijn of onbepaalde duur? ▪ Wat zijn de taken van de voorzitter? ▪ Welke andere taken werden vastgelegd binnen het netwerkbestuur? Hoe werden deze verdeeld? ▪ Werkgroepen
verslag
▪ Wie neemt verslag ▪ Hoe wordt het verslag verspreid en opgevolgd? ▪ Aan wie wordt gerapporteerd/gecommuniceerd?
Hoe worden beslissingen genomen?
▪ Wie bepaalt de agenda? Welke thema's komen aan bod? ▪ Is er input vanuit het werkveld naar het netwerkbeleid ▪ Enkele voorbeelden? Hoe verliep dit? ▪ Welke beslissingen worden op netwerkkniveau genomen en welke op ziekenhuisniveau?
Netwerkhoofddarts of college van netwerkhoofddartsen?
▪ Waarom deze keuze? ▪ Welke topics behandelen zij? ▪ Mening hierover?
Hoe netwerk medische raad georganiseerd?
▪ Waarom deze keuze? ▪ Welke topics behandelen zij? ▪ Hoe staat men hier tegenover?
Hoe tot deze governance gekomen?
▪ Welke andere formele afspraken werden gemaakt? Intentieverklaring, statuten, ... nog iets ?
<u>Samenstelling netwerk</u>
▪ Waarom keuze netwerk in deze samenstelling?

▪ (netwerken die andere types zorginstellingen binnen hun netwerk hadden/hebben: waarom wel/niet deze keuze, waarom eerst wel en nu niet meer?)
▪ Ervoor ook al samenwerking?
heterogeniteit
▪ Hoe ervaart u de verschillende statuten van ziekenhuizen binnen uw netwerk?
▪ Hoe ervaart u de verhoudingen binnen het netwerk (grote/kleine ziekenhuizen)
▪ andere vormen van heterogeniteit?
▪ hoe ziet u de toekomst van het netwerk en de verhouding van haar leden? (fusie/'integratie'/ ...)
Functioneren
▪ Wat doen jullie al binnen het netwerk?
▪ Hoe verloopt de samenwerking?
▪ Wat vindt u de meerwaarde van de samenwerking?
▪ Knelpunten? Kunnen deze binnen het netwerk opgelost worden of externe barrières, bijv regelgeving?
▪ Waarmee worstelen jullie als netwerk en als deel van het netwerk?
▪ Opportunities?
▪ Wat beslis je in netwerk? Wat wil u in netwerk doen? Wat willen de partners in het netwerk doen?
Informatiedeling?
▪ Tussen wie?
▪ Waarover?
▪ Vertrouwen?
Hoe verloopt het opstellen van het zorgstrategisch plan ?
▪ Hoe kwam dit tot stand?
▪ Welke actoren waren/zijn hierbij betrokken? ❖ Eerste lijn ❖ Geestelijke gezondheidszorg ❖ Andere netwerken ❖ Andere actoren
▪ nuttige oefening?
▪ Moeilijkheden etc?
▪ Andere ervaringen?
Andere netwerkprojecten ?
• Hoe lopen ze?
• Al resultaten?
• Zaken die niet geslaagd zijn en waarom?
Doelstellingen
wat zijn de doelstellingen van het netwerk?
▪ Hoe kregen deze doelstellingen vorm?
▪ zijn de doelstellingen van het netwerk veranderd sinds de oprichting?
▪ Welke doelstellingen werden al gerealiseerd?
▪ Welke werden nog niet gerealiseerd en waarom?
(indien aan bod) Stakeholders en samenwerking
- Wie ziet u als stakeholder van het netwerk? (zijn zij allen betrokken/hebben zij verschillende rollen)
- Hoe wordt het werkveld betrokken bij beslissingen? Welke profielen?
- Hoe ziet u de rol van de ziekenhuizen/ziekenhuisnetwerken in een geïntegreerd zorglandschap?
- Welke andere samenwerkingen? ○ Eerstelijnszones? ○ Andere ziekenhuizen ○ Psychiatrische ziekenhuizen/revalidatieziekenhuizen

○ Woonzorgcentra/HOST?
○
- Met welke actoren binnen het ziekenhuis interageert het netwerk en waarover. Botst het soms? Waarover loopt het vlot?
- Zijn patiënten of de populatie op een bepaalde manier betrokken bij het netwerk? Hoe? Hoe staat u hier tegenover?
Ziet u de rol of invulling van 'een ziekenhuis' veranderen door netwerkvorming?
-
Varia
- Zijn er bepaalde financiële middelen voorzien op netwerkniveau? Hoe worden deze beheerd/verdeeld?
- Ziet u impact van het netwerk op uw organisatie?
○ Bestuur?
○ Doelen?
○ Personeel?
○ Financieel?
○ Administratief?
○ Klinisch?
Hoe kijkt u naar de dynamieken in andere netwerken – bijvoorbeeld de vele fusies etc.?
Afronding
- Zelf nog toevoegingen ? Bepaalde topics niet aan bod gekomen?

INTERVIEWLEIDRAAD EN TOPIC LIJST SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS BELEID

Niet alle vragen werden aan alle beleidsmedewerkers gesteld. Vragen werden geselecteerd of uitgebreid naargelang relevantie voor de gesprekspartner.

Thema ziekenhuisnetwerken
Voorstelling
Op welke manier bent betrokken bij 'de ziekenhuisnetwerken' en samenwerkingen tussen ziekenhuizen? Hoe lang al? Eerdere ervaringen m.b.t. ziekenhuizen/samenwerkingen?
Netwerkvorming en concept 'ziekenhuisnetwerken'
Hoe is het concept ziekenhuisnetwerken tot stand gekomen? • Ontwerpen van het concept ziekenhuisnetwerken? • Waarom ziekenhuizen zelf voorstellen laten doen? • Sturing in vorming ziekenhuisnetwerken? - zijn er formaties niet aanvaard geweest? - werden er acties ondernomen om samenstelling te beïnvloeden? - indien sturing, welke effecten?
Wat is uw evaluatie van het verloop? Stel dat er opnieuw kan gestart worden, zou u iets anders doen?
Wie anders betrokken - In ontwerpen concept? - In sturen samenstelling? - Ervaringen?
Wat is uw evaluatie van het concept ziekenhuisnetwerken?
Is het concept ziekenhuisnetwerken veranderd in de afgelopen jaren?

Functioneren van de netwerken
• Hoe omschrijft u de finaliteit van de ziekenhuisnetwerken? • Algemene perceptie van de werking van de ziekenhuisnetwerken vandaag? ◦ Is dit wat men oorspronkelijk voor ogen had? • Zo neen, wat was de bedoeling? • Waarom anders? ◦ Wat ziet u als de grootste uitdaging m.b.t. de ziekenhuisnetwerken?
Geven ziekenhuizen/netwerken de gewenste invulling? • Wat loopt goed? • Wat kan beter? • Wat wordt er verwacht van de sector? Welke stappen moeten nog gezet worden? • Welke effecten verwacht u voor de patiënt?
Wordt evolutie gemonitord? Hoe? • Wordt er ingegrepen bij onvoldoende vooruitgang? Door wie? Hoe? Effecten? • Wordt er ingegrepen bij 'foutieve richting? Door wie? Hoe? Effecten?
Hoe kijkt u naar de zorgstrategische plannen?
Worden de gewenste doelstellingen bereikt/welke gezondheidsdoelstellingen worden nagestreefd?
Hoe verhouden supra/locoregionale zorgopdrachten zich tot conventies?
Toekomst van de netwerken
• Hoe ziet u de netwerken evolueren? • Ziekenhuisnetwerken als duurzame samenwerkingsvorm? ◦ Zo neen, waarom niet? Alternatieven? ◦ Indien alternatieven • waarom deze? • Al concreet? • Hoe kijken jullie naar splitsingen netwerk? • Fusie als gewenst neveneffect? • Worden er nog beleidsinitiatieven m.b.t. ziekenhuisnetwerken verwacht in de huidige legislatuur? Op langere termijn?
Thema samenwerking tussen ziekenhuizen
Welke rol heeft u als overheid, in het laten samenwerken van ziekenhuizen? • Al eerdere pogingen ondernomen om ziekenhuizen te laten samenwerken? • Eerdere initiatieven m.b.t. samenwerking die niet doorgegaan zijn? Waarom? • Ziet u die rol evolueren?
Wat zien jullie als overheid als grootste uitdagingen m.b.t. • De ziekenhuisnetwerken • Samenwerking tussen ziekenhuizen
Thema intersectorale netwerken
• Hoe verhouden de ziekenhuisnetwerken zich tot andere beleidsinitiatieven van uw overheid?

○ Geïntegreerde zorg ○ Andere?
• Hoe ziet uw agentschap/de minister/organisatie de toekomst van het Belgische zorglandschap en welke rol speelt het ziekenhuis/het ziekenhuisnetwerk hierin? ○ Zal de rol van 'een ziekenhuis' veranderen in de toekomst?
• Ruimte voor vragen rond specifieke projecten (eerstelijnszones, cartografie, interfederaal plan geïntegreerde zorg, gezondheidsdoelstellingen, transmurale zorg,...)

BIJLAGE 3

		Netwerk x	Netwerk y	...
BESTUURSORGANEN				
RvB (statutair orgaan)	Samenstelling			
	Onafhankelijk bestuurder			
	Keuze bestuurders			
	Mandaat bestuurders			
	Vergaderfrequentie			
	Agenda			
	Opstellen verslag			
	Verspreiden verslag			
	Bevoegdheden			
	Locatie			
	Stemprocedure			
	verankering			
	Dynamiek			
Algemene vergadering	Samenstelling			
	Vergaderfrequentie			
	Agenda			
	Verslag			
	Bevoegdheden			
	Locatie			
	Verankering			
	dynamiek			
	Stemprocedure			
	Voorzitterschap			
Overleg CEO-voorzitter	Samenstelling			
	Vergaderfrequentie			
	Agenda			
	Verslag			
	bevoegdheden			
	verankering			
	Dynamiek			
overleg nwvoorzitter – zh voorzitters	Samenstelling			
	Vergaderfrequentie			
	Agenda			
	Verslag			
	bevoegdheden			
Werkgroepen	Thema's			
	Vergaderfrequentie			
	Agenda			
	Verslag			
	Dynamiek			
Dagelijks bestuur	Samenstelling			
	Vergaderfrequentie			
	Agenda			
	Verslag			

	bevoegdheden			
	voorzitterschap			
(college van) netwerkhouders(en)	Netwerkhouders of college			
	Leiderschap			
	Frequentie			
	Dynamiek			
Netwerk medisch raad	...			
	Samenstelling			
	invulling			
'bureau	samenstelling			
	Vergaderfrequentie			
	Functie			
Overleg CEO's – houders	samenstelling			
	Vergaderfrequentie			
	Functie			
Pariteit?				
Overleg verpleegkundig directeurs				
Zorgcomité				
Medisch comité				
n-POC/comité medische beleidszaken				
Financieel- economisch comité				
netwerkcomité	samenstelling			
	Vergaderfrequentie			
	Functie			
FUNCTIONIES				
Voorzitter	Stijl			
	Aanstelling			
	profiel			
	Takenpakket en rol			
	verloning			
	Duurtijd mandaat			
	Motivatie			
Ondervoorzitter				
coördinator	Stijl			
	Aanstelling			
	profiel			
	Takenpakket en rol			
	verloning			
Netwerksecretariaat				
Financiële taken (boekhouding, jaarrapportering				
SAMENSTELLING NETWERK				

Leden netwerk				
ACTIVITEIT				
Dynamiek				
Voorgaande samenwerking				
Type samenwerking				
Projecten	Lopende projecten			
	Toekomstige projecten			
	Mogelijke projecten			
	Afgeketste projecten			
Zorgstrategisch Plan	Aanpak			
	status			
	Contact met andere sectoren			
	Begeleiding			
	effecten			
HOST	Aanpak			
	Status			
	Begeleiding			
	Effecten			
Artsenassociaties				
VARIA				
Betrokkenheid geïnterviewde				
Betrokkenheid andere zorgactoren				
Stabiliteit				
Bestuursorgaan informele fase	...			
Andere organen	...			
Besluitvorming				
Intentieverklaring				
Extra				
Middelen				