

SYNTHESE

GOVERNANCEMODELLEN VOOR SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN



SYNTHESE

GOVERNANCEMODELLEN VOOR SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN

KAAT DE POURCQ, MELISSA DE REGGE, STEFAAN CALLENS, MATHILDE COËFFÉ, LIESBETH VAN LEUVEN, PAUL GEMMEL, KOEN VAN DEN HEEDE,
CARINE VAN DE VOORDE, KRISTOF EECKLOO



■ VOORWOORD

Zoals de lezer ongetwijfeld weet, zijn er in de grote werf van de hervorming van de ziekenhuizen heel wat studies gelanceerd, en het KCE kreeg hier uiteraard ook zijn deel van toegewezen. Sommige studies zijn erg technisch, zoals degene over de clustering van pathologiegroepen – gortdroge materie die alleen te smaken valt door een inner crowd van kenners. Andere onderwerpen, zoals in deze studie, zijn veel boeiender, want ze gaan over relaties en machtsevenwichten, over het uitvinden van nieuwe concepten en structuren, over het haast tastbaar meetimmeren aan de toekomst.

Na decennia van relatieve stilstand, lijkt nu wel een grote opfrisbeurt van de o zo complexe Ziekenhuiswet ingezet. Hele stukken zullen moeten worden herschreven om een kader te bieden voor een nieuw, toekomstgericht zorglandschap, met samenwerking, taakverdeling en integratie als leitmotiv. Goed gebalanceerde, nieuwe modellen van governance moeten zorgen dat de motivaties en incentieven juist zitten, en zo de switch ondersteunen van concurrentie en opbod naar samenwerking en rationele taakverdeling. En dus geen nieuwe wijn in oude zakken, maar vertrekken van een wit blad. Althans bij manier van spreken, want gelukkig konden we terugvallen op heel wat literatuur en leerrijke ervaringen in binnen- en buitenland.

We gingen deze uitdaging aan samen met de dynamische equipe van de Universiteit van Gent/ UZ Gent, en wij danken hen heel hartelijk voor deze fijne samenwerking. Daarnaast hebben de onderzoekers ook kunnen rekenen op de uiterst waardevolle input van de experts op het terrein: leden van de directies, medische raden, raden van bestuur.... Ook hen willen we oprecht danken voor hun tijd en betrokkenheid.

Wij hopen dat het resultaat dat voor u ligt niet alleen de grote juridische en bestuurskundige complexiteit van de problematiek recht aandoet, maar ook het gezond verstand aanspreekt van de vele leidinggevendenden op het terrein, die met goesting en gedrevenheid mee willen bouwen aan de toekomst.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ SYNTHESE

INHOUDSOPGAVE

■	VOORWOORD	1
■	SYNTHESE	2
1.	INLEIDING	5
1.1.	VAN AD-HOC NAAR STRUCTURELE SAMENWERKING TUSSEN ZIEKENHUIZEN	5
1.2.	ZIEKENHUISWET NIET MEER AANGEPAST AAN REALITEIT VAN VANDAAG EN EISEN VAN MORGEN.....	5
1.3.	OP WELKE ONDERZOEKSVRAGEN ZOCHTEN WE EEN ANTWOORD?.....	6
2.	TYOLOGIE SAMENWERKINGSVERBANDEN TUSSEN ZIEKENHUIZEN	7
2.1.	NETWERKEN.....	7
2.2.	GEÏNTEGREERDE ZORGSYSTEMEN	8
3.	DE SAMENWERKINGSVORMEN EN HUN GOVERNANCE-STRUCTUUR IN DE HUIDIGE BELGISCHE WETGEVING	10
3.1.	HOE WORDEN DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN VANDAAG BESTUURD?	10
3.2.	DE SAMENWERKINGSVORMEN EN HUN GOVERNANCE-STRUCTUUR IN DE ZIEKENHUISWET	13
	3.2.1. Ziekenhuisassociatie.....	13
	3.2.2. Ziekenhuisgroepering.....	13
	3.2.3. Fusie van ziekenhuizen.....	14
3.3.	BELEMMERENDE FACTOREN VOOR TAAKVERDELING EN ZORGCOÖRDINATIE BIJ DE HUIDIGE SAMENWERKINGSVORMEN	16
	3.3.1. Relatie tussen de governance-structuren van de samenwerking en de deelnemende ziekenhuizen niet evident.....	16
	3.3.2. Voorwaarden inzake afstanden: verouderd of nog relevant?	17
	3.3.3. Spelregels ziekenhuisbudget belemmeren samenwerking.....	17



3.3.4.	Vandaag kunnen ziekenhuiserkenningen enkel worden uitgereikt aan individuele ziekenhuizen	17
3.3.5.	Ziekenhuismedewerkers: obstakels inzake mobiliteit, aanstellingen, beslissingsrecht en overeenkomsten met de samenwerking	18
3.3.6.	Andere soorten partners voorzien in wetgeving, maar beperkt	19
3.3.7.	Deelstaten ook bevoegd	19
3.3.8.	BTW	19
3.3.9.	Risico op monopolies en marktconcentratie	20
3.3.10.	Patiëntendossiers en privacy	20
4.	HERVORMINGSAANBEVELINGEN: DRIE NIEUWE SAMENWERKINGSVORMEN.....	21
4.1.	HET GEÏNTEGREERD ZORGSYSTEEM.....	21
4.1.1.	Wat is een geïntegreerd zorgsysteem?	21
4.1.2.	Voorstellen voor de Ziekenhuiswet: governance-structuur voor het geïntegreerd zorgsysteem	22
4.1.3.	Aandachtspunten en stakeholdersperceptie over geïntegreerde zorgsystemen.....	25
4.2.	HET GECOÖRDINEERD NETWERK	26
4.2.1.	Wat is een netwerk?.....	26
4.2.2.	Voorstellen voor de Ziekenhuiswet: een gecoördineerd netwerk met een governance-structuur met gedelegeerde bevoegdheden	27
4.2.3.	Aandachtspunten en stakeholdersperceptie over gecoördineerde netwerken.....	29
4.3.	HET AUTONOOM SAMENWERKINGSINITIATIEF.....	31
4.3.1.	Wat is een autonoom samenwerkingsinitiatief?	31
4.3.2.	Voorstellen voor de Ziekenhuiswet: een autonoom samenwerkingsinitiatief gelinkt aan ziekenhuizen maar met een autonome governance-structuur.....	31
4.3.3.	Aandachtspunten en stakeholdersperceptie over een autonoom samenwerkingsinitiatief ..	33



4.4.	IN WELKE MATE BEANTWOORDEN DE HERVORMINGSVOORSTELLEN AAN DE HUIDIGE TEKORTKOMINGEN?	34
5.	EEN DUIDELIJK KADER DAT NIEUWE SAMENWERKINGSVORMEN VOOR ZIEKENHUIZEN ONDERSTEUNT	38
■	AANBEVELINGEN	42
■	OVERZICHT AANBEVOLEN MODELLEN	45
■	REFERENTIES	49



1. INLEIDING

1.1. Van ad-hoc naar structurele samenwerking tussen ziekenhuizen

Al een aantal decennia zijn de Belgische ziekenhuizen aan het evolueren van op zichzelf staande, individuele entiteiten naar bredere zorgorganisaties die met elkaar samenwerken. Hiervoor zijn er verschillende redenen: soms verplicht de overheid hen ertoe, zoals in het kader van cardiologische zorgprogramma's (zie Kader 1). Daarnaast kampen ze met een toenemende financiële druk, waardoor ze genoodzaakt zijn om kosten te besparen, bv. door het delen van ondersteunende diensten zoals een ICT-afdeling. Samenwerking is ook een manier om met schaarste op de arbeidsmarkt voor welbepaalde profielen (bv. interventionele radiologen) om te gaan of om wachtdiensten te delen. Deze samenwerking kwam tot op heden vaak ad hoc en weinig gestructureerd tot stand.

Het Plan van Aanpak van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van april 2015¹ bepaalt dat ziekenhuizen meer en meer structureel moeten samenwerken. Bedoeling is dat ziekenhuizen deel gaan uitmaken van grotere samenwerkingsverbanden om zo te komen tot een betere taakverdeling en zorgcoördinatie. Op die manier kan zeer gespecialiseerde zorg in referentiecentra worden aangeboden (bv. voor de behandeling van zeldzame kankers) of kan de algemene zorg worden gerationaliseerd (bv. door het samensmelten van afdelingen materniteit met een lage activiteit). De basisprincipes van het Plan van Aanpak werden recent (oktober 2016) geconcretiseerd in een visienota. We bespreken de hoofdlijnen van deze visienota in Hoofdstuk 5.

Kader 1 – Zorgprogramma cardiale pathologie

Het zorgprogramma cardiologie voorziet een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen dat bestaat uit ziekenhuizen met gespecialiseerde functies (B3: hartchirurgie; B2: interventionele cardiologie) en basisfuncties (B1: invasieve cardiologie). Omdat niet alle ziekenhuizen deze gespecialiseerde behandelingen mogen uitvoeren, werken zij samen om hun patiënten deze zorg te kunnen aanbieden. De uiteindelijke bedoeling is het aanbieden van gelijkaardige zorg aan de patiënt, ongeacht in welk ziekenhuis hij wordt behandeld.

1.2. Ziekenhuiswet niet meer aangepast aan realiteit van vandaag en eisen van morgen

De huidige samenwerkingsvormen en governance-structuren uit de Belgische Ziekenhuiswet (ziekenhuisassociatie, ziekenhuisgroepering, fusie)² volstaan niet meer om de taakverdeling tussen de ziekenhuizen te stimuleren. De ontwikkeling en invoering van nieuwe samenwerkingsvormen met een aangepaste governance-structuur (zie Kader 2 voor een definitie van governance) zijn nodig. In het huidige rapport stellen wij dergelijke nieuwe modellen voor en formuleren we aanbevelingen voor de aanpassing van de Ziekenhuiswet.

Kader 2 – Governance

In deze studie definiëren we governance of 'bestuur' als een interactie tussen mensen of groepen van mensen (governance-actoren) waarbij de besluitvorming niet de verantwoordelijkheid is van één enkele partij, maar van meerdere actoren. Bij hun besluitvorming houden ze rekening met de doelstellingen van de samenwerking.³ Daarbij zijn er een aantal controle- en evenwichtsmechanismen ('checks and balances') in werking. Governance omvat vijf basiskennmerken: 1) 'accountability' of verantwoordingsplicht; 2) transparantie; 3) betrokkenheid van relevante actoren; 4) integriteit; 5) capaciteit voor en competentie in beleidsvoering.



1.3. Op welke onderzoeksvragen zochten we een antwoord?

Het uiteindelijke doel van deze studie is het voorstellen van nieuwe samenwerkingsverbanden en governance-structuren die een goede taakverdeling en zorgcoördinatie tussen ziekenhuizen ondersteunen. Het betreft hier niet alleen samenwerkingsverbanden op ziekenhuisniveau, maar ook op het niveau van een zorgprogramma of medische dienst. Wij hebben ons hierbij beperkt tot samenwerkingsvormen waarbij er tenminste wordt samengewerkt rond patiëntenzorg (bv. zorgprogramma cardiologie) en/of het gebruik van medische apparatuur, en dus niet op samenwerkingsvormen die zich uitsluitend richten op ondersteunende diensten (bv. ICT, onderhoud, enz.).

De volgende onderzoeksvragen komen in de studie aan bod:

- Welke governance-modellen die samenwerking en zorgcoördinatie stimuleren, worden beschreven in de wetenschappelijke literatuur? Welke lessen kunnen we eruit trekken?
- Wat is de Belgische juridische context van de governance van huidige samenwerkingsverbanden?
- Welke lessen kunnen we trekken uit case studies over samenwerkingen in de zorgsector in binnen- en buitenland?
- Welke governance-modellen kunnen op basis van de voorgaande vragen worden opgesteld en hoe staan de Belgische stakeholders hier tegenover?
- Welke juridische mogelijkheden en beperkingen van de governance-modellen kunnen een impact hebben op een nieuwe wetgeving inzake de governance van ziekenhuizen?

In de studie gebruikten we verschillende onderzoeksmethoden, zoals een literatuuronderzoek, case studies in binnen- en buitenland (met interviews), en een raadpleging van stakeholders uit de ziekenhuissector op basis van rondetafelgesprekken met respectievelijk leden van directies, medische raden en raden van bestuur.

Tabel 1 van het Short report bevat een overzicht van de belangrijkste stappen in het onderzoek. Voor een goede leesbaarheid worden in de huidige synthese geen systematische verwijzingen naar de toepasselijke wetgeving opgenomen. U vindt alle relevante verwijzingen terug in de twee juridische hoofdstukken in het [wetenschappelijk rapport](#).



2. TYPOLOGIE SAMENWERKINGSVERBANDEN TUSSEN ZIEKENHUIZEN

Verschillende samenwerkingsverbanden (zie Kader 3) die taakverdeling en zorgcoördinatie tussen ziekenhuizen kunnen stimuleren werden in de literatuur geïdentificeerd waarvan netwerken (*'health networks'*) en geïntegreerde zorgsystemen (*'health systems'*) de twee meest prominente samenwerkingsmodellen zijn. Vermits deze samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen ook uitvoerig besproken worden in deze studie worden beide concepten eerst verduidelijkt.

Kader 3 – Samenwerkingsverband

In deze studie zijn de doelstellingen van de samenwerking een betere taakverdeling en coördinatie van patiëntenzorg tussen ziekenhuizen. In de sector alsook in het Plan van Aanpak van de minister wordt vaak de term 'netwerken' gebruikt, zonder dat deze gedefinieerd wordt. In deze studie gebruiken we de generieke term '**samenwerkingsverband**'. Het 'netwerk' is daarvan slechts één samenwerkingsvorm en deze wordt verder gedefinieerd in sectie 2.1 en Kader 7.

2.1. Netwerken

Netwerken (zie Figuur 1) kunnen omschreven worden als samenwerkingsverbanden tussen instellingen die elk hun juridische entiteit en autonomie behouden maar een gemeenschappelijk doel (in deze studie minstens patiëntenzorg) afspreken waarrond wordt samengewerkt. In binnen- en buitenland neemt het aantal netwerken toe. De literatuur vermeldt drie types van governance-structuren voor netwerken: een *participant-governed* netwerk, een netwerk met een leidende organisatie (*'lead organisation'*) en een netwerk administratieve organisatie (*'network administrative organisation'* of NAO). Typisch voor netwerken is dat de deelnemende instellingen hun individuele governance-structuren behouden en dat de overkoepelende governance-structuren uitsluitend zeggenschap hebben over het 'onderwerp of doel van de samenwerking'.

'Participant-governed' netwerk

De ziekenhuizen die deel uitmaken van een '*participant-governed*' netwerk zijn gelijkwaardige partners met hetzelfde stemrecht. Dit vergt een groot vertrouwen tussen de partners van het netwerk. Het gelijkwaardige partnerschap vergroot de samenhang en motiveert alle partners om hetzelfde doel na te streven. De bottom-up besluitvorming versterkt de betrokkenheid van alle partners, met inbegrip van de artsen. De zwakte van deze structuur is dat de besluitvorming vertraagd of zelfs geblokkeerd wordt als één van de partners niet akkoord gaat (bv. als een ziekenhuis bang is om activiteiten te verliezen). Hierop wezen ook de stakeholders, die van mening waren dat in dat geval het netwerk niet zal leiden tot een betere taakverdeling en coördinatie. Om dit te bereiken is er volgens hen een meer geïntegreerde samenwerking nodig.

Netwerk met leidende organisatie

Bij een netwerk met een leidende organisatie is het meest dominante ziekenhuis verantwoordelijk voor het bestuur en de coördinatie van het netwerk, wat als gevolg heeft dat dit ziekenhuis het overwicht in de besluitvorming heeft (bv. groter aantal stemmen in de bestuursorganen). De deelnemende instellingen worden wel, zij het met minderheidsaandeel, vertegenwoordigd in de centrale bestuursorganen.



Netwerk administratieve organisatie of NAO

Bij een NAO staat een aparte entiteit (bv. een vereniging zonder winstoogmerk of vzw) in voor het besturen van het netwerk. De ziekenhuizen hevelen hun beslissingsrecht geheel of gedeeltelijk over naar de aparte entiteit. Door haar puur controlerende en coördinerende rol kan een NAO instellingen samenbrengen die toch uiteenlopende waarden hanteren. Een NAO blijkt vooral geschikt als samenwerkingsvorm wanneer:

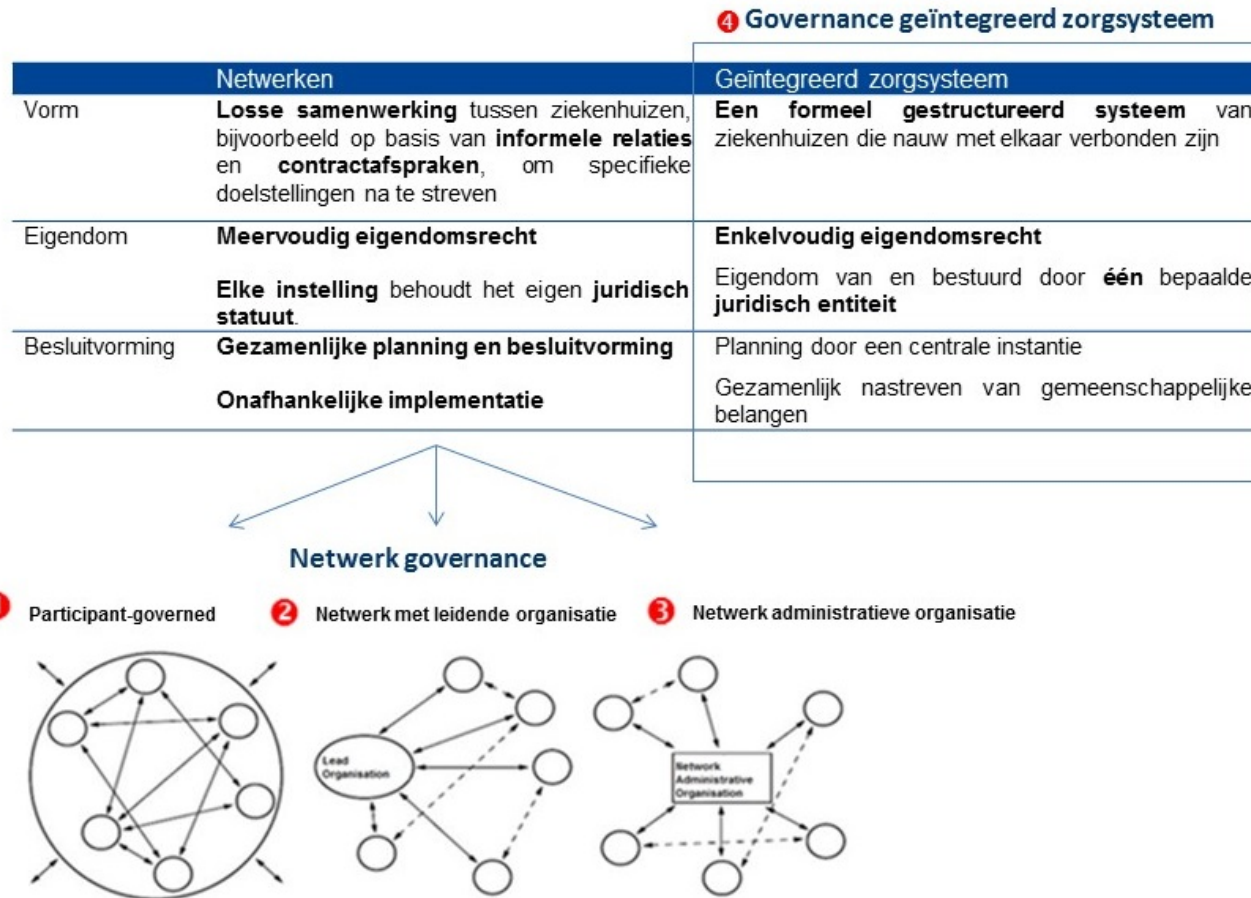
- er een gematigd vertrouwensniveau is
- er een gematigd tot hoog aantal leden is
- er een vrij hoge consensus over de doelstellingen bestaat
- de behoefte aan netwerkcompetenties hoog is.⁴

2.2. Geïntegreerde zorgsystemen

Bij **geïntegreerde zorgsystemen** of '*health systems*' is het samenwerkingsverband veel formeler en ruimer. Er is één juridische entiteit die de verschillende instellingen van het samenwerkingsverband aanstuurt en hiervoor de eindverantwoordelijkheid draagt. De governance-structuur van een geïntegreerd zorgsysteem is veel meer geïntegreerd dan die van een netwerk. Er wordt een hiërarchisch controlemechanisme gehanteerd waarbij een centrale raad van bestuur (RvB) verantwoordelijk is voor de algemene coördinatie van het samenwerkingsverband (zoals bij een 'netwerk met leidende organisatie'). Het eigendomsrecht van alle instellingen in het samenwerkingsverband is gesitueerd bij één entiteit, wat verschillend is van een netwerk.



Figuur 1 – Types samenwerking: netwerken en geïntegreerde zorgsystemen



Bron: Yu and Chen (2013)⁵, Proven and Kenis (2008)⁴



3. DE SAMENWERKINGSVORMEN EN HUN GOVERNANCE-STRUCTUUR IN DE HUIDIGE BELGISCHE WETGEVING

3.1. Hoe worden de Belgische ziekenhuizen vandaag bestuurd?

De Ziekenhuiswet legt vandaag geen verplichtingen op inzake de rechtsvorm van een ziekenhuis. Een *not-for-profit* organisatie (waarvan een vzw de meest gebruikte vorm blijkt), is vandaag wel de vereiste rechtsvorm voor het ontvangen van overheidssubsidies voor de infrastructuur. Andere rechtsvormen zoals een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (bvba) of een naamloze vennootschap (nv) komen niet voor. De governance-structuren in de Ziekenhuiswet zijn nog sterk gericht op ziekenhuizen als individuele entiteiten die in principe bestuurd worden door de volgende actoren (zie Figuur 2).

De Algemene Vergadering

Elk ziekenhuis dat uitbaat wordt door een vzw heeft een Algemene Vergadering. Deze is o.a. bevoegd voor de wijziging van de statuten, de benoeming en het ontslag van de bestuurders en de goedkeuring van de begroting en de jaarrekening. Ook ziekenhuizen die verbonden zijn aan een OCMW, een intercommunale of een universiteit hebben een soortgelijk orgaan.

De Raad van Bestuur (hierna afgekort als 'RvB')

Op het hoogste hiërarchisch niveau wordt een ziekenhuis bestuurd door de RvB. De RvB vervult de rol van de 'beheerder', zoals voorzien in de Ziekenhuiswet. De RvB is verantwoordelijk voor de organisatie, werking en financiële stromen van het ziekenhuis. In de RvB zetelen vaak vertegenwoordigers van de stichtende organisaties en in toenemende mate ook artsen. Ook zetelen er vaak experts op financieel, juridisch of ethisch gebied. In de RvB van openbare ziekenhuizen zijn ook (lokale) politici lid.

De directie

Elk ziekenhuis heeft een algemeen directeur, die door de RvB wordt benoemd en die aan de RvB verantwoording aflegt. De algemeen directeur staat in voor het dagelijks bestuur van het ziekenhuis en werkt nauw samen met de verantwoordelijken van de medische, verpleegkundige, paramedische, administratieve en technische afdelingen.

De rol van de ziekenhuisartsen in het ziekenhuisbestuur

De hoofdarts

De hoofdarts staat in voor de algemene organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis en moet de artsen betrekken bij de ziekenhuisactiviteiten. De hoofdarts wordt benoemd door de RvB (op zogenaamd verzwaard advies van de medische raad - zie verder). Artsen hebben een professionele medische autonomie. Bijgevolg regelt de wetgeving enkel hun werkomstandigheden (bv. de organisatie van hun werktijd en beschikbaarheid voor wachtdiensten) en niet hun therapeutische en intellectuele activiteiten. Bovendien hangt de mate waarin de ziekenhuisdirectie beslissingsrecht heeft over de werkomstandigheden af van het statuut van de artsen. In de meeste ziekenhuizen hebben de artsen echter een autonoom, zelfstandig statuut. Enkel in de universitaire en in bepaalde openbare ziekenhuizen werken de artsen in dienstverband of als ambtenaar.



De medische raad

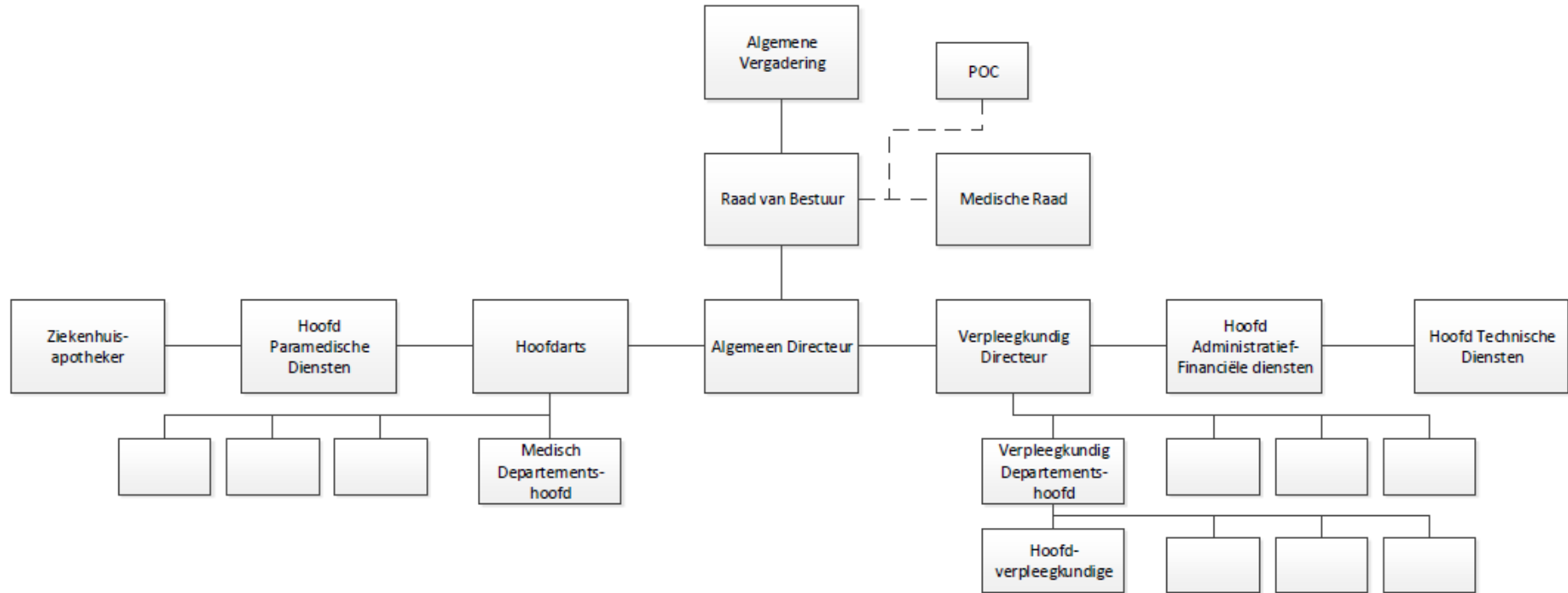
De artsen worden vertegenwoordigd door de medische raad. De RvB moet voorafgaand advies vragen aan de medische raad (waarin artsen zetelen die door hun collega's werden verkozen) over 18 onderwerpen (o.a. de jaarlijkse budgetramingen, wijzigingen aan de medische afdelingen of diensten die een invloed hebben op de medische zorg). De RvB is echter niet verplicht om dit advies te volgen. Uitzondering hierop zijn zes onderwerpen waarvoor een zogenaamd 'verzwaard advies' moet worden gevraagd, zoals de algemene regeling, de beslissingen inzake personeel en medische apparatuur die door de afhoudingen op de artsenhonoraria worden gefinancierd, enz. Als de RvB niet akkoord gaat met het verzwaard advies en er geen consensus kan worden bereikt met de artsen, wordt er een omslachtige arbitrageprocedure opgestart, waarbij een bemiddelaar wordt aangesteld.

Het permanent overlegcomité (POC)

Via het 'permanent overlegcomité' (POC), dat bestaat uit artsen en bestuursleden, werd er een wettelijke mogelijkheid gecreëerd om de procedure van adviezen van de medische raad te vervangen door een procedure met direct overleg tussen artsen en RvB. Als de medische raad of de RvB echter niet akkoord gaan, of als het POC geen consensus kan bereiken, wordt er teruggevallen op de normale procedure.



Figuur 2 – De huidige governance-structuren in de Belgische ziekenhuizen



Bron: Eeckloo (2008)³



3.2. De samenwerkingsvormen en hun governance-structuur in de Ziekenhuiswet

Naast de reglementering over individuele ziekenhuizen voorziet de Ziekenhuiswet ook samenwerkingsvormen zoals de ziekenhuisassociatie, ziekenhuisgroepering en fusie. Daarnaast bevat diezelfde wet ook drie artikels (artikel 10, 11 en 107) die andere samenwerkingsvormen (bv. in het kader van zorgprogramma's) mogelijk maakt. In dit kader werden er reeds een aantal Koninklijke Besluiten (KB) uitgevaardigd omtrent zorgprogramma's voor cardiale pathologie, pediatrie, beroerte en zeldzame ziekten. Daarnaast zijn er ook heel wat ziekenhuizen die samenwerken op basis van contractuele afspraken. In deze sectie bespreken we de ziekenhuisassociatie, ziekenhuisgroepering en fusie aangezien in deze samenwerkingsvormen de governance-structuren van de leden-ziekenhuizen een centrale rol spelen. Voor meer informatie over de andere samenwerkingsvormen verwijzen wij naar het eerste juridisch hoofdstuk in het [wetenschappelijk rapport](#).

3.2.1. Ziekenhuisassociatie

Bij een ziekenhuisassociatie baten twee of meer ziekenhuizen gezamenlijk één of meerdere diensten, afdelingen, functies, eenheden of (medische) technische diensten uit, of nemen ze samen deel aan één of meerdere zorgprogramma's. De associatieovereenkomst bevat een gedetailleerde beschrijving van de activiteiten die samen worden uitgevoerd. Dergelijke associatieovereenkomst moet worden goedgekeurd door de RvB van elk deelnemend ziekenhuis na advies van de desbetreffende medische raden.

Ook hier kan er een nieuwe juridische entiteit worden opgericht. Elke associatie duidt een algemeen, medisch en verpleegkundig coördinator aan. De overkoepelende organen van een associatie zijn het associatiecomité en een gemeenschappelijk medisch comité. In het **associatiecomité** zijn bestuurders van alle ziekenhuizen vertegenwoordigd. De samenstelling en het stemrecht wordt geregeld via de associatieovereenkomst. Directieleden van de deelnemende ziekenhuizen hebben geen stemrecht maar kunnen wel worden uitgenodigd als expert. Het **gemeenschappelijk medisch comité** bestaat uit artsen die worden aangesteld vanuit de medische raden van de deelnemende ziekenhuizen. De samenstelling en werking van het

gemeenschappelijk medisch comité wordt geregeld in een overeenkomst die wordt afgesloten tussen alle medische raden van de deelnemende ziekenhuizen en die wordt toegevoegd als bijlage aan de associatieovereenkomst. Een ziekenhuisassociatie beschikt ook over de mogelijkheid om een **permanent overlegcomité** (POC) op te richten dat kan beslissen over aangelegenheden die verband houden met de associatie en waarvoor het advies of akkoord van één of meerdere medische raden vereist is. Dit POC beoogt de besluitvorming te faciliteren via het bereiken van consensus binnen het POC. Indien consensus bereikt wordt dienen de leden van het POC deze consensus te verdedigen bij de RvB en medische raden van de ziekenhuizen door wie ze gemandateerd zijn. Elk ziekenhuis behoudt daarnaast zijn autonomie en eigen bestuursorganen (RvB, directie, medische raad), net zoals bij een ziekenhuisgroepering (zie 3.2.2).

3.2.2. Ziekenhuisgroepering

Een ziekenhuisgroepering is een samenwerkingsverband op ziekenhuisniveau. Ziekenhuizen die deel uitmaken van een groepering maken onderling afspraken over de verdeling van de taken en de complementariteit inzake het aanbod van diensten, medische disciplines en uitrustingen. Er is geen verplichte juridische vorm: een nieuwe rechtspersoon kan worden opgericht, of ziekenhuizen kunnen met elkaar een samenwerkingsovereenkomst afsluiten. Op samenwerkingsniveau zijn er overkoepelende organen. Het **gemeenschappelijk medisch comité** is samengesteld uit vertegenwoordigers van de medische raden van de deelnemende ziekenhuizen. Het **coördinatiecomité** dat samengesteld wordt door vertegenwoordigers van de beheerders van de deelnemende ziekenhuizen superviseert de uitvoering van de samenwerkingsovereenkomst en moet geraadpleegd worden over alle beslissingen over nieuwe gebouwen, uitbreidingen, herbestemmingen, veranderingen van type bedden of diensten. Elke beslissing over investeringen en de oprichting van nieuwe diensten en medisch-technische diensten moet worden goedgekeurd door het coördinatiecomité. Zonder deze goedkeuring kan er geen erkenning worden toegekend. De algemeen coördinator, de verpleegkundig coördinator en de medisch coördinator van de ziekenhuisgroepering wonen de vergadering van het coördinatiecomité bij. Elk ziekenhuis behoudt daarnaast zijn autonomie en eigen bestuursorganen (RvB, directie, medische raad).



De wetgeving (KB 30 januari 1989) bepaalt dat de betrokken ziekenhuizen maximaal 25 km van elkaar mogen liggen. Bovendien mag een groepering niet leiden tot monodisciplinaire ziekenhuissites, met uitzondering van geriatrische of gespecialiseerde (Sp-)diensten.

3.2.3. *Fusie van ziekenhuizen*

Een fusie van ziekenhuizen is de meest verregaande vorm van samenwerking. Soms wordt er een volledig nieuwe juridische entiteit opgericht die de bestaande ziekenhuizen vervangt, in andere gevallen slorpt één ziekenhuis het andere op. Een fusie heeft daardoor één enkele beheerder, één enkele erkenning en één budget. Ook de andere governance-structuren (bv. directie, medische raad, verpleegkundig directeur) volgen de governance-structuur van een individueel ziekenhuis.

De wetgeving bevat regels over de verdeling van de verschillende diensten en functies tussen de verschillende sites (bv. als de fusie een aantal vergelijkbare diensten heeft, die verspreid zijn over verschillende locaties, moet elke dienst afzonderlijk voldoen aan de erkenningsnormen). Ziekenhuizen kunnen alleen fuseren als ze op maximaal 35 km van elkaar verwijderd zijn.

Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken en de governance-structuur van de huidige samenwerkingsvormen.


Tabel 1 – Overzicht van de huidige samenwerkingsvormen tussen ziekenhuizen en hun governance-structuur

Samenwerking	Juridische entiteit	Governance-structuur	Beslissingsbevoegdheid	Bijkomende wettelijke vereisten
Associatie	<ul style="list-style-type: none"> Oprichting van een nieuwe juridische entiteit of een overeenkomst tussen ziekenhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> Associatiecomité: met bestuursleden van elk ziekenhuis. De directie van elk ziekenhuis kan worden uitgenodigd als expert, maar mag niet stemmen. Gemeenschappelijk medisch comité: met artsen benoemd door de medische raden van elk ziekenhuis. Permanent overlegcomité (POC): met leden van het associatiecomité en van het gemeenschappelijk medisch comité. Dit comité is optioneel. De algemeen coördinator, medisch coördinator en verpleegkundig coördinator worden benoemd door het associatiecomité. 	<ul style="list-style-type: none"> Er bestaat onduidelijkheid over de bevoegdheid van het associatiecomité, tenzij deze expliciet is beschreven in de statuten van de associatie. Alle beslissingen moeten met de medische raad in elk ziekenhuis worden besproken. 	
Groepering	<ul style="list-style-type: none"> Oprichting van een nieuwe juridische entiteit of een overeenkomst tussen ziekenhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> Coördinatiecomité: met bestuursleden van elk ziekenhuis, dit kunnen afgevaardigden zijn van de RvB van ziekenhuizen. Gemeenschappelijk medisch comité: met artsen benoemd door de medische raden van elk ziekenhuis. De algemeen coördinator, medisch coördinator en verpleegkundig coördinator worden benoemd door het coördinatiecomité. 	<ul style="list-style-type: none"> Het coördinatiecomité moet de beslissingen van de ziekenhuizen m.b.t. investeringen en het oprichten van nieuwe diensten goedkeuren. Dit is een voorwaarde voor de erkenning van deze nieuwe diensten. Alle beslissingen moeten met de medische raad in elk ziekenhuis worden besproken. 	<ul style="list-style-type: none"> Aantal voorwaarden om erkend te worden (bv. maximale afstand van 25 km tussen ziekenhuizen).
Fusie	<ul style="list-style-type: none"> Juridische entiteit kan verdwijnen door: <ul style="list-style-type: none"> oprichting van een nieuwe juridische entiteit of opslorping door een bestaande juridische entiteit onder één beheerder met één erkenning 	<ul style="list-style-type: none"> Bestuursstructuren van een ziekenhuis (zie 3.1). 	<ul style="list-style-type: none"> Bevoegdheden zoals vermeld in 3.1. 	<ul style="list-style-type: none"> De RvB van elk betrokken ziekenhuis moet zijn medische raad een niet-bindend advies vragen over het fusieplan. Aantal voorwaarden om als fusie erkend te worden, zoals: <ul style="list-style-type: none"> maximale afstand van 35 km tussen ziekenhuizen fusieplan dient te worden ingediend bij de minister die bevoegd is voor erkenningen.



3.3. Belemmerende factoren voor taakverdeling en zorgcoördinatie bij de huidige samenwerkingsvormen

Uit een juridische analyse van de huidige wetgeving, de Belgische case studies en rondetafelgesprekken konden we de volgende factoren identificeren, die een belemmering (kunnen) vormen voor de ziekenhuizen om samen te werken. De belemmeringen gelden voornamelijk voor ziekenhuisassociaties en ziekenhuisgroeperingen aangezien bij een fusie de samenwerking als het ware verdampt tot een nieuw ziekenhuis.

3.3.1. *Relatie tussen de governance-structuren van de samenwerking en de deelnemende ziekenhuizen niet evident*

Vertraagde besluitvorming door gebrek aan beslissingsbevoegdheid op samenwerkingsniveau

Uit de rondetafelgesprekken en de interviews in de Belgische case studies werd het tijdrovende en complexe besluitvormingsproces aangehaald als een belangrijk probleem bij de huidige wettelijke samenwerkingsvormen. Volgens de meeste deelnemers wordt dit veroorzaakt doordat het samenwerkingsniveau (ziekenhuisgroepering of -associatie) onvoldoende bevoegdheden heeft. De beslissingen moeten immers steeds worden teruggekoppeld naar de bestuurs- en adviesorganen van de participerende ziekenhuizen. Wanneer er geen akkoord wordt bereikt, moet er een onderhandeling worden opgestart tussen en/of binnen de ziekenhuizen.

Belemmerende of stimulerende rol van de artsen

De stakeholders meldden dat artsen vaak de eerste initiatiefnemers zijn voor een samenwerking tussen ziekenhuizen. Aan de andere kant vormen ze soms ook een belemmerende factor. Zo moet bij een beslissing op samenwerkingsniveau steeds het advies aan de medische raden van elk lid-ziekenhuis worden gevraagd. Als dit advies negatief is over een onderwerp waarvoor een 'verzwaard advies' vereist is (zie 3.1) vormt dit een bijkomende, belemmerende factor.

Voor een snellere en minder complexe besluitvorming, pleitten een aantal deelnemers om het samenwerkingsniveau meer bevoegdheden toe te kennen. De Ziekenhuiswet voorziet vandaag wel dat twee ziekenhuizen die nauw samenwerken een gemeenschappelijke medische raad kunnen oprichten.⁶ Om voor een dergelijke medische raad verkiezingen te kunnen organiseren, moet de RvB en de medische staf van de samenwerkende ziekenhuizen een gemeenschappelijk verzoek richten tot de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.

Samenwerken vraagt veel tijd

Het voorbereiden en bijwonen van vergaderingen, en de onderhandelingen met de verschillende stakeholders vergen veel tijd op samenwerkingsniveau. Dit is niet alleen te wijten aan de juridische samenstelling van de comités op niveau van de samenwerking en de noodzaak van terugkoppeling naar de governance-structuren op niveau van de individuele ziekenhuizen, maar ook aan de organisatie van het huidig zorglandschap. Samenwerkingsverbanden ontstaan immers vaak op een ad-hoc basis, waardoor ziekenhuizen met verschillende partners op verschillende domeinen samenwerken. Het besturen van al deze samenwerkingsvormen is tijdrovend en wordt op lange termijn onhoudbaar.

Een bijkomende juridische complicatie is dat in een associatie directieleden geen lid kunnen zijn van het associatiecomité. Ze kunnen enkel worden uitgenodigd als expert. Enkel leden van de RvB kunnen effectief zetelen in het associatiecomité.

Belangenconflicten

Vandaag kunnen bestuurders of directieleden van een bepaald ziekenhuis bestuurslid worden in een ziekenhuis waarmee ze samenwerken. Enerzijds biedt dit het voordeel dat er op deze manier expertise kan worden aangebracht. Anderzijds kan dit ook leiden tot belangenconflicten, met een mogelijke impact op de beslissingen over bv. de taakverdeling tussen de ziekenhuizen. Stakeholders benadrukten dan ook de noodzaak om de principes van 'goed bestuur van samenwerkingsvormen' vast te leggen in een charter dat kan worden uitgevoerd door de ziekenhuissector.



3.3.2. Voorwaarden inzake afstanden: verouderd of nog relevant?

De voorwaarden inzake afstand (voor een groepering: maximaal 25 km, voor een fusie: maximaal 35 km, geen vereisten voor een associatie) werden door de geïnterviewden beschouwd als achterhaald en vormen naar hun mening een belangrijke belemmering voor samenwerking. Sommigen waren voorstander van flexibele regelingen, waardoor ze kunnen samenwerken met verderaf gelegen ziekenhuizen die een vergelijkbare ideologische achtergrond hebben, in plaats van met nabijgelegen ziekenhuizen. Anderen opteren voor logische wettelijke normen inzake afstand, maar wel toegepast met een zekere soepelheid, zodat bestaande samenwerkingen kunnen blijven bestaan.

3.3.3. Spelregels ziekenhuisbudget belemmeren samenwerking

Budget Financiële Middelen (BFM) wordt toegekend op niveau van het ziekenhuis en niet op niveau van de samenwerking

Onder de huidige Ziekenhuiswet wordt het ziekenhuisbudget (Budget van Financiële Middelen, BFM) toegekend aan de rechtspersoon die een ziekenhuis uitbaat en die houder is van de erkenning. De huidige samenwerkingsvormen kunnen geen BFM ontvangen tenzij ze één enkel ziekenhuis zijn (cf. fusie), zelfs al hebben ze een eigen rechtspersoonlijkheid. Dit probleem kwam ook tot uiting bij de evaluatie van bestaande 'netwerken'. Dit is dus een grote hindernis om samen te werken.

BFM voor een specifieke medische dienst, functie of zorgprogramma is niet transparant

Zelfs al zouden samenwerkingsverbanden een BFM kunnen ontvangen, dan nog zou de verdeling van het BFM een uitdaging zijn. Het ziekenhuisbudget is immers een gesloten budget dat via een complex geheel van met elkaar verweven berekeningsregels wordt toegewezen. De budgetten worden verdeeld per ziekenhuis en de wetgeving voorziet geen afzonderlijke betalingen per specifieke dienst, functie of zorgprogramma. Het is momenteel zeer moeilijk om na te gaan welke middelen er via het BFM uitgekeerd worden voor de activiteiten waarrond men samenwerkt. Dit kan een samenwerking tussen ziekenhuizen voor bv. specifieke

zorgprogramma's bemoeilijken. Het is dus belangrijk om in de toekomst de berekeningsregels van het BFM meer af te stemmen op de samenwerkingsverbanden in plaats van op de individuele ziekenhuizen.

Individuele ziekenhuizen aarzelen om samen te werken uit vrees voor de impact op het eigen ziekenhuisbudget

Een bijkomend probleem is dat sommige medische disciplines winstgevend, en andere verlieslatend zijn. Deze winsten en verliezen compenseren elkaar tot op zekere hoogte. Wanneer ziekenhuizen echter beslissen samen te werken, valt het te verwachten dat ze allen de meest rendabele activiteiten willen behouden. Een andere belemmerende factor voor een samenwerking is de afhankelijkheid tussen activiteiten of diensten. Zo is de spoedafdeling voor een ziekenhuis zeer belangrijk, omdat ze de toegangspoort vormt naar de overige ziekenhuisafdelingen. Daarenboven zijn de erkenningen van diensten vaak met elkaar verweven (bv. materniteit en pediatrie).

Betaling per prestatie zet niet aan tot samenwerking tussen artsen van verschillende ziekenhuizen

Bovendien worden ziekenhuizen of artsen die doorverwijzen naar een samenwerkend ziekenhuis door het systeem van betaling per prestatie hiervoor niet financieel beloond.

3.3.4. Vandaag kunnen ziekenhuiserkenningen enkel worden uitgereikt aan individuele ziekenhuizen

Het aspect van de erkenningen werd genoemd als een belemmerende factor voor een betere taakverdeling, en niet alleen om financiële redenen. De geïnterviewden in de Belgische case studies wezen op de noodzaak om zorgprogramma's niet alleen te erkennen op niveau van het individuele ziekenhuis, maar ook op niveau van de samenwerking. Voor een cardiologisch programma is het bijvoorbeeld noodzakelijk om een B1, B2 en B3 dienst te hebben. Als ziekenhuizen via hun samenwerking over deze diensten beschikken, zou de erkenning ook moeten worden verstrekt op samenwerkingsniveau. Dit zou een verdeling van de taken en van de inkomsten mogelijk maken, want op samenwerkingsniveau kan dan worden beslist hoe en waar de diensten worden verleend.



3.3.5. *Ziekenhuismedewerkers: obstakels inzake mobiliteit, aanstellingen, beslissingsrecht en overeenkomsten met de samenwerking*

Beperkte mobiliteit

De huidige wetgeving bepaalt dat een vzw personeel mag uitwisselen zolang ook het samenwerkingsverband waartoe ze behoren de juridische entiteit van een vzw heeft en het ter beschikking stellen van personeel het enige statutaire doel van de samenwerking is. Indien dit niet het geval is, ondervinden samenwerkingen een wettelijke belemmering voor het uitwisselen van personeel.

Wanneer er sprake is van één (nieuwe) juridische entiteit (bv. fusie) zal het personeel in loondienst wel gezamenlijk naar deze nieuwe entiteit kunnen worden overgedragen, op basis van de regels van de collectieve arbeidsovereenkomst (CAO) nr. 32bis, zodat verworven rechten kunnen worden overgedragen. Deze wetgeving is gebaseerd op een Europese richtlijn (2001/23/EG). De toepassing van deze richtlijn in de Belgische wetgeving heeft voor statutair overheids personeel echter tekortkomingen. Over de reeds verworven rechten van deze medewerkers zullen specifieke onderhandelingen moeten worden gevoerd.

Voor de artsen stelt het probleem zich minder, aangezien zij meestal het statuut van zelfstandige hebben. Zij kunnen dus perfect met meerdere ziekenhuizen een overeenkomst afsluiten. Het heeft wel gevolgen voor andere aspecten van hun beroepsuitoefening (zie verder: stemrecht medische raad, verschillende financiële regelingen etc.). Voor artsen in loondienst is er wel een probleem van personeelsuitwisseling.

Wettelijke akkoorden tussen de artsen en het samenwerkingsverband niet verplicht

De Ziekenhuiswet voorziet dat de wettelijke relatie tussen de ziekenhuisbestuurder en de ziekenhuisartsen schriftelijk moet worden vastgelegd in een algemene en individuele regeling. Deze wettelijke verplichting bestaat echter niet tussen de bestuurder van een samenwerking en de artsen. Er is dus minder duidelijkheid over de rechten en plichten van artsen binnen het overkoepelend samenwerkingsverband.

Aanstelling van nieuwe artsen kan omslachtig worden

Vooraleer artsen die in verschillende, samenwerkende ziekenhuizen zullen werken, kunnen worden aangesteld, moeten alle betrokken medische raden op het niveau van de individuele ziekenhuizen hun advies geven. Dit is zeer tijdrovend.

Hoofddarts en andere bestuurs- en adviescomités op niveau van de samenwerking

De Ziekenhuiswet beperkt de leidinggevende functies voor artsen (hoofddarts en medische diensthoofden). Deze kunnen in principe uitsluitend voor één enkel ziekenhuis werken, behalve in het geval van een groepering. Daardoor zijn er momenteel geen grote regionale netwerken in de vorm van een associatie met één enkele hoofddarts of diensthoofd mogelijk. Eenzelfde redenering kan gevolgd worden voor andere bestuurs- en adviescomités. De wetgever zou ervoor moeten zorgen dat er verschillende bestuursorganen kunnen worden opgericht, zonder dat deze in elk deelnemend ziekenhuis aanwezig moeten zijn. Op dit moment bestaat er reeds wetgeving voor ethische commissies voor een groepering en voor medische raden (zie hierboven) en een ombudsfunctie voor samenwerkende ziekenhuizen ongeacht de samenwerkingsvorm.

Verlies van stemrecht voor de medische raad

Een arts die in één ziekenhuis voltijds is tewerkgesteld heeft recht op vier stemmen voor de medische raad. Voor artsen die in meerdere ziekenhuizen van de samenwerking werken (en bijgevolg in geen enkel ziekenhuis voltijds) is het stemrecht beperkt tot maximaal twee stemmen in twee ziekenhuizen.



Afhoudingen van het ereloon van de artsen verschillend tussen samenwerkende ziekenhuizen

De Ziekenhuiswet bepaalt dat de artsen moeten bijdragen tot de kosten van de medische activiteiten in het ziekenhuis, via de zogenaamde afhoudingen. Deze dienen om de kosten te dekken die direct of indirect verband houden met het verstrekken van medische diensten (bv. gebruik van de infrastructuur, de aankoop en het onderhoud van apparatuur, personeel) of om medische activiteiten in het ziekenhuis te behouden en te bevorderen. Dit percentage wordt in onderling overleg vastgelegd tussen de RvB en de medische raad.

Wanneer ziekenhuizen afspreken om samen te werken, en de artsen dus bij verschillende ziekenhuizen gaan werken, kunnen zich twee belangrijke problemen voordoen. In de eerste plaats kunnen de overeenkomsten over de afhoudingen verschillen per ziekenhuis. Een tweede probleem is dat de wetgeving onduidelijk is over afhoudingen op het niveau van een samenwerking: kunnen bv. de afhoudingen gebruikt worden om kosten te dekken in een ander ziekenhuis van de samenwerking?

Tijdens de rondetafelgesprekken en in de Belgische case studies werden de problemen omtrent afhoudingen op artsenhonoraria beschouwd als één van de belangrijkste obstakels voor een samenwerking. Op dit moment is het zelfs zo dat, als er geen akkoord kan worden gevonden over dit onderwerp, de samenwerking meestal niet doorgaat.

3.3.6. *Andere soorten partners voorzien in wetgeving, maar beperkt*

Artikel 15, § 2 van de Ziekenhuiswet bepaalt dat ziekenhuizen uitgebaat moeten worden door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van één of meerdere ziekenhuizen of gezondheidsvoorzieningen of medisch-sociale inrichtingen als statutair doel heeft. Dit laat dus toe dat ziekenhuizen samenwerkingsverbanden aangaan met, bijvoorbeeld woonzorgcentra. Het kan echter wel een belemmering vormen wanneer men de scope van de samenwerkingsverbanden dermate ruim wil maken dat men ook andere organisatietypes zoals instellingen voor bijzondere jeugdzorg wenst te includeren.

3.3.7. *Deelstaten ook bevoegd*

De deelstaten zijn bevoegd voor de normen inzake bv. de programma's, diensten en functies en voor de zorg buiten ziekenhuizen. Dit kan de vestiging van een (supra) regionale samenwerking bemoeilijken. Ziekenhuizen van verschillende deelstaten die willen samenwerken, moeten hiervoor vandaag de toestemming krijgen van elke betrokken deelstaat. Ook voor de ontwikkeling van een nieuwe wetgeving, of voor een aanpassing van de bestaande Ziekenhuiswet zal in de meeste gevallen de medewerking van de deelstaten nodig zijn.

3.3.8. *BTW*

Als ziekenhuizen, die geen deel uitmaken van dezelfde rechtspersoon, met elkaar samenwerken, moeten ze soms aan elkaar BTW betalen. Reden hiervoor is dat de fiscus van mening is dat de ziekenhuizen aan elkaar diensten verlenen en materiaal leveren tegen kostprijs. In de Belgische case studies en de rondetafelgesprekken werden vooral BTW-problemen gemeld bij het verlenen van diensten die niet alleen medisch zijn (bv. centrale sterilisatie). Het is daarom belangrijk om de kenmerken van de transactie te bepalen, om na te gaan of een belastingplichtige wel degelijk een dienst levert aan een consument. Een dienst zal worden beschouwd als deel uitmakend van een hoofddienst, als hij geen doel op zichzelf vormt, maar een manier is om meer te genieten van de hoofddienst. De bijkomende dienst zal dan belast worden zoals de hoofddienst. Op basis van deze regel zal er in sommige gevallen toch BTW moeten worden betaald, bv. als een ziekenhuis maaltijden levert aan een ander wanneer dit laatste kampt met tijdelijke keukenproblemen.



BTW en kostendelende vereniging

Samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen dienen rekening te houden met de nieuwe verordening over het BTW-stelsel van de kostendelende vereniging. Deze is sinds 1 juli 2016 van toepassing. De wet van 26 mei 2016 wijzigt de vrijstelling van diensten verleend aan de leden door zelfstandige groeperingen van personen. Het begrip 'zelfstandige groepering' betekent 'een organisatie met rechtspersoonlijkheid (zoals een vzw) en organisaties zonder rechtspersoonlijkheid, handelend in eigen naam als een aparte organisatie of groepering tegenover haar leden en derde partijen'. De Belgische administratie beschouwt een onafhankelijke groepering meestal als een 'kostendelende vereniging'. Het is een permanente belangengemeenschap opgericht door natuurlijke personen of rechtspersonen om te rationaliseren en de administratieve en operationele kosten te verlagen. Doel is om de kosten van vrijgestelde of niet-belastbare activiteiten van de leden uit te sparen.

3.3.9. Risico op monopolies en marktconcentratie

Er bestond grote bezorgdheid bij de stakeholders over monopolies die kunnen ontstaan wanneer grote samenwerkingsverbanden aangegaan worden in een bepaald zorggebied. Het risico bestaat dat ze de keuzevrijheid van patiënten en artsen in het desbetreffende zorggebied inperken.

3.3.10. Patiëntendossiers en privacy

Wie is verantwoordelijk voor het patiëntendossier?

Het bijhouden van één medisch dossier op samenwerkingsniveau kwam herhaaldelijk ter sprake in de Belgische case studies. De Ziekenhuiswet stelt dat het patiëntendossier moet worden bewaard door het behandelende ziekenhuis en dat de hoofdarts er toezicht moet op houden. Er is nergens bepaald of een overkoepelende organisatie patiëntendossiers kan bijhouden en welke hoofdarts in dat geval het dossier zal superviseren.

Wie is verantwoordelijk voor de rechten van de patiënt en de geleverde zorg?

Een belangrijk onderwerp tijdens de rondetafelgesprekken was dat van de wettelijke verantwoordelijkheid bij het verlenen van zorg in samenwerkingsverbanden. Vraag is wie er dan verantwoordelijk is voor het respecteren van de patiëntrechten. De Ziekenhuiswet bepaalt enkel dat het behandelende ziekenhuis de patiëntrechten moet naleven, en dat het aansprakelijk kan worden gesteld als zijn zorgverleners dit niet doen, behoudens anders medegedeeld aan de patiënt. Er zijn geen regels m.b.t. de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van een samenwerkingsverband van ziekenhuizen, en dan vooral niet als deze samenwerking een erkenning ontvangt voor sommige diensten of zorgprogramma's, of als het medisch personeel wordt aangesteld op samenwerkingsniveau.



4. HERVORMINGSAANBEVELINGEN: DRIE NIEUWE SAMENWERKINGSVORMEN

Door te kiezen voor één van de reeds vermelde samenwerkingsvormen uit de Ziekenhuiswet, kunnen de ziekenhuizen vandaag zowel op een uitgebreid aantal domeinen (bv. ziekenhuisgroepering) of op één of een beperkt aantal domeinen (bv. ziekenhuisassociatie) samenwerken. Toch volstaan deze vormen niet langer om de coördinatie en de taakverdeling tussen de ziekenhuizen onderling en op termijn ook een samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen (bv. woonzorgcentra) tot stand te brengen en te verbeteren. In dit hoofdstuk stellen we daarom drie nieuwe samenwerkingsvormen voor die zouden moeten worden opgenomen in de Ziekenhuiswet. Deze nieuwe samenwerkingsvormen kwamen tot stand op basis van de wetenschappelijke literatuur, een evaluatie van nationale en internationale case studies, en gesprekken met stakeholders en experts.

Voor elk model geven we eerst de basiskarakteristieken van het samenwerkingsmodel en de governance-structuren. Deze basiskarakteristieken zijn gebaseerd op de internationale literatuur en een evaluatie van internationale case studies. Er wordt ook verwezen naar de evaluatie van de nationale case studies die gelijkenissen vertonen met de internationale modellen. Voor elke samenwerkingsvorm formuleren we vervolgens verschillende aangepaste governance-structuren waarvan we aanduiden welke in de Ziekenhuiswet zouden opgenomen moeten worden. Ook de standpunten van de stakeholders worden beschreven. Vervolgens vermelden we in welke mate de nieuw voorgestelde modellen tegemoet komen aan de belemmerende factoren in de huidige wetgeving (zie Hoofdstuk 3), en de aanpassingen die best aan de wetgeving worden doorgevoerd.

4.1. Het geïntegreerd zorgsysteem

4.1.1. *Wat is een geïntegreerd zorgsysteem?*

Eén juridische entiteit groepeert meerdere ziekenhuizen en vaak ook andere partners

In een geïntegreerd zorgsysteem maken ziekenhuizen, en eventueel ook andere partners zoals woonzorgcentra, deel uit van één enkele, overkoepelende juridische entiteit. De erkenningen worden toegekend op basis van de individuele instellingen, maar de juridische entiteit is houder van de erkenningen. De leden van het geïntegreerd zorgsysteem hebben dezelfde doelstelling en een groot aantal medische diensten, functies en zorgprogramma's zijn met elkaar geïntegreerd.

De internationale '*best-practices*' van geïntegreerde zorgsystemen zoals Intermountain Healthcare en Kaiser Permanente beperken zich niet tot een samenwerking tussen ziekenhuizen. Ook andere organisaties zoals woonzorgcentra, thuiszorgorganisaties, etc. maken deel uit van het geïntegreerd zorgsysteem. In deze internationale case studies wordt het zorgaanbod dat het geïntegreerd zorgsysteem aanbiedt afgestemd op de populatiebehoeften van het gebied waarin het geïntegreerd zorgsysteem actief is. De internationale geïntegreerde zorgsystemen worden gekenmerkt door taakverdeling en zorgcoördinatie. Daarnaast zijn er ook duidelijke efficiëntiewinsten door ondersteunende diensten zoals ICT of human resource management te integreren.

In België bestaan er een paar voorbeelden van samenwerkingsverbanden die als een soort geïntegreerd zorgsysteem zouden kunnen worden beschouwd. In deze studie werden Vivalia en Emmaüs als dergelijke voorbeelden nader bekeken. Toch leiden ze omwille van verschillende redenen (bv. grote afstand tussen ziekenhuizen binnen het samenwerkingsverband, onaangepaste governance-structuren, beperkingen in de Belgische wetgeving) niet tot de taakverdeling die werd vastgesteld in de internationale case studies.



Governance omvat geïntegreerde samenwerking met één Raad van Bestuur

Het geïntegreerd zorgsysteem wordt bestuurd en gecoördineerd door een centrale RvB. De strategische beslissingen worden genomen op samenwerkingsniveau door één overkoepelende RvB waardoor de autonomie van de individuele ziekenhuizen (en eventuele andere zorginstellingen) in principe beperkt is. Uit de praktijk van groepen als Emmaüs en Vivalia blijkt wel dat de individuele instellingen nog een zekere mate van onafhankelijkheid behouden in de uitvoering van deze strategische beslissingen. Vaak blijft het operationeel beheer in handen van de individuele instellingen of van de sector (bv. psychiatrische ziekenhuizen versus woonzorgcentra). Dit vergroot het vertrouwen en de communicatie tussen de partners. Zo kan ook efficiënter worden ingespeeld op de lokale context.

4.1.2. Voorstellen voor de Ziekenhuiswet: governance-structuur voor het geïntegreerd zorgsysteem

Het model van de geïntegreerde zorgsystemen voldoet aan een aantal uitdagingen waar ons land vandaag mee te maken krijgt. Indien meerdere instellingen centraal worden aangestuurd, verdwijnt deels de prikkel om vrijwel alle soorten zorg binnen alle ziekenhuizen aan te blijven bieden in een poging om zoveel mogelijk patiënten aan te trekken. Dit pijnpunt van het huidige ziekenhuislandschap werd in het verleden reeds uitvoerig gestaafd (bv. fragmentering van het gespecialiseerd zorgaanbod resulterend in efficiëntie- en kwaliteitsproblemen).⁷ De planning van de zorg en de diensten kan bij geïntegreerde zorgsystemen meer gebeuren op maat van de behoeften van het zorggebied waarop het zich richt. Het budget kan worden toegewezen aan de samenwerking, waardoor het minder belangrijk is waar een patiënt wordt behandeld. Het uitwisselen van artsen, andere zorgverleners en andere medewerkers wordt gemakkelijker, want ze werken voor één enkele organisatie met dezelfde regels en voorwaarden. Doordat ook andere soorten zorginstellingen deel kunnen uitmaken van het systeem, kan er ook meer geïntegreerde zorg worden aangeboden.

Vrije keuze van rechtsvorm, maar impact op overheidssubsidies

De Ziekenhuiswet legt vandaag geen verplichtingen op inzake de rechtsvorm van een ziekenhuis. Alle Belgische ziekenhuizen zijn *not-for-profit* organisaties (waarvan de meest gebruikte vorm een vzw is), omdat deze rechtsvorm vandaag vereist is voor het ontvangen van overheidssubsidies voor de infrastructuur. De wetgever zou natuurlijk ook deze rechtsvorm kunnen opleggen voor geïntegreerde zorgsystemen. Dit heeft een aantal juridische implicaties, want een *not-for-profit* organisatie, zoals een vzw, is een onafhankelijke entiteit met eigen rechten en plichten. Dat heeft o.a. als gevolg dat haar leden niet aansprakelijk kunnen worden gesteld voor haar schulden.

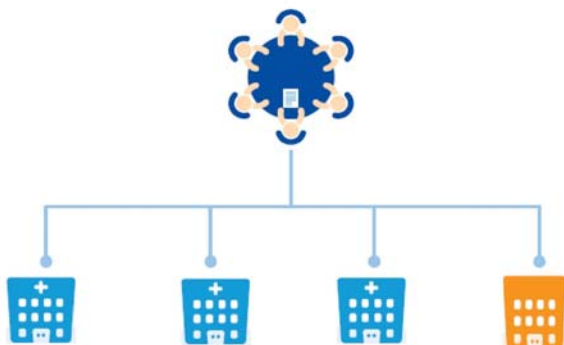
Governance-structuren

We bestudeerden vier submodellen met alternatieve governance-structuren voor een geïntegreerd zorgsysteem, waarvan we er twee aanbevelen (submodellen 1 en 2; zie Tabel 2). In de voorgestelde modellen wordt een onderscheid gemaakt in bestuursorganen op drie niveaus: systeemniveau (i.e. centraal niveau van het geïntegreerd zorgsysteem); het sectorniveau (bv. de sector van de algemene ziekenhuizen; de sector van de psychiatrische ziekenhuizen); en het instellingsniveau (bv. de individuele ziekenhuizen).



Tabel 2 – Governance-structuren in een geïntegreerd zorgsysteem

Geïntegreerd zorgsysteem



Algemene kenmerken

- Eén enkele Raad van Bestuur
- Eindverantwoordelijkheid op systeemniveau
- Overkoepelend dagelijks bestuur
- Het directiecomité van elk individueel ziekenhuis staat in voor de operationele leiding
- Het geïntegreerd zorgsysteem is houder van alle erkenningen

Submodel 1 (aanbevolen)	Submodel 2 (aanbevolen)	Submodel 3	Submodel 4
RvB op systeemniveau	RvB op systeemniveau	RvB op systeemniveau	RvB op systeemniveau
Medische raad op systeemniveau	GEEN medische raad op systeemniveau	GEEN medische raad op systeemniveau	Medische raad op systeemniveau
GEEN RvB op niveau van elke instelling/sector	GEEN RvB op niveau van elke instelling/sector	RvB op niveau van elke instelling/sector	RvB op niveau van elke instelling/sector
GEEN medische raad op niveau van elke instelling/sector	Medische raad op niveau van elke instelling/sector	Medische raad op niveau van elke instelling/sector	Medische raad op niveau van elke instelling/sector
<ul style="list-style-type: none"> • Alle beleidsbeslissingen worden op systeemniveau genomen • Directiecomités in de instellingen voeren de richtlijnen van de RvB uit binnen de bevoegdheden die aan hen werden gedelegeerd 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle beleidsbeslissingen worden op systeemniveau genomen • De medische raden van de individuele instelling/sector geven advies aan de RvB (de adviesprocedure moet worden geregeld door de wetgever of omschreven in de statuten van het zorgsysteem) • Directiecomités in de instellingen voeren de richtlijnen van de RvB uit binnen de bevoegdheden die aan hen werden gedelegeerd 	<ul style="list-style-type: none"> • De beslissingsrechten van de RvB worden omschreven in de statuten van het geïntegreerd zorgsysteem • Voor bepaalde onderwerpen kan het beslissingsrecht gedelegeerd worden aan de RvB van de instelling/sector 	<ul style="list-style-type: none"> • De beslissingsrechten van de RvB worden omschreven in de statuten van het geïntegreerd zorgsysteem • Voor bepaalde onderwerpen kan het beslissingsrecht gedelegeerd worden aan de RvB van de instelling/sector • Voor bepaalde onderwerpen kan de adviesfunctie worden gedelegeerd naar de medische raad van de instelling/sector • De medische raad en de RvB op systeemniveau kunnen beslissingen herroepen



- **Submodel 1** is een geavanceerd geïntegreerd zorgsysteem, omdat de individuele instellingen geen eigen RvB meer hebben. De nadruk ligt op het centraal bestuur van de samenwerking. De artsen worden vertegenwoordigd in een centrale medische raad, terwijl op het niveau van de individuele instellingen of sector de medische raden verdwijnen. Dit kan de efficiëntie van de besluitvorming verbeteren en zorgen voor eenzelfde strategische visie bij alle partners. De uitdaging is dan wel om van alle partners de nodige steun en betrokkenheid te krijgen. Deze betrokkenheid van het lokale niveau kan gestimuleerd worden via werken adviesgroepen waarin de lokale stakeholders (bv. patiënten, artsen, verpleegkundigen) vertegenwoordigd zijn.
- In **submodel 2** (vergelijkbaar met het huidige Vivalia model) is er een centrale RvB, maar geen centrale medische raad. Er is wel een medische raad per instelling of sector (bv. algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen) maar geen RvB op dit niveau. Zo kan men de voordelen van een centrale RvB behouden, en deze kan zich laten adviseren door een medische raad per instelling of sector.
- In **submodel 3** blijven de RvB en de medische raad bestaan op niveau van elke individuele instelling of sector. Zij nemen daardoor meer deel aan de besluitvorming dan in submodel 1. De statuten moeten dan wel duidelijk de bevoegdheden op elk niveau beschrijven. Dit model is een minder geïntegreerde versie, maar er is wel de mogelijkheid om te evolueren naar andere submodellen.
- In **submodel 4** is er zowel een RvB en een medische raad in elke individuele instelling of sector als op systeemniveau. Dit model kreeg de voorkeur van stakeholders-artsen, omdat dit model het meest geschikt zou zijn om een complexe organisatie met verschillende entiteiten (ziekenhuizen, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, enz.) te besturen. Het grote nadeel is het risico op een minder daadkrachtige besluitvorming en verschillende visieontwikkeling binnen de verschillende instellingen.

Kader 4 – Verschil tussen een geïntegreerd zorgsysteem en een fusie, groepering of associatie

- **Erkenning:** het geïntegreerd zorgsysteem is de geregistreerde houder van alle erkenningen voor alle individuele instellingen, maar de erkenning kan wel één specifiek ziekenhuis als voorwerp hebben. Bij een fusie is de houder van de erkenning alsook de entiteit waaraan een erkenning wordt toegekend één ziekenhuis. In een groepering of een associatie ontvangen de individuele ziekenhuizen nog een afzonderlijke erkenning.
- In een geïntegreerd zorgsysteem zijn er verschillende types van **governance-structuren** mogelijk (bv. medische raad op niveau van het systeem, of een medische raad per sector), in de andere samenwerkingsvormen is er daarentegen maar één type mogelijk (zie 1.1).
- **Andere instellingen dan ziekenhuizen** kunnen deel uitmaken van een geïntegreerd zorgsysteem. Dit is niet toegestaan bij een fusie, groepering of associatie.
- In een geïntegreerd zorgsysteem worden **beslissingen op het systeemniveau** genomen, tenzij anders bepaald in de statuten.



4.1.3. Aandachtspunten en stakeholdersperceptie over geïntegreerde zorgsystemen

Het geïntegreerd zorgsysteem werd besproken tijdens de rondetafelgesprekken. De algemene perceptie van de stakeholders was dat dergelijk model, vanuit principieel standpunt, het meeste kans biedt om de beoogde doelstellingen van de hervormingen (taakverdeling en zorgcoördinatie) te bereiken. Het wordt immers mogelijk om het budget te beheren op systeemniveau. Bovendien streeft elke instelling hetzelfde doel na. De stakeholders gaven echter ook aan dat de omvorming van het huidige gefragmenteerde ziekenhuislandschap naar één dat is opgebouwd uit geïntegreerde zorgsystemen nog vrij utopisch lijkt op korte (en zelfs op middellange) termijn. De geïnterviewde stakeholders (rondetafelgesprekken en case studies) stipuleerden enkele belangrijke aandachtspunten en voor- en nadelen van dit model (zie ook Tabel 3). Ze benadrukten ook de noodzaak om alternatieve modellen in de wetgeving te voorzien om een uiteindelijke transitie naar een geïntegreerd zorgsysteem te bewerkstelligen. Hieronder worden de belangrijkste aandachtspunten beschreven.

Ook samenwerking met andere partners dan ziekenhuizen, maar dit is niet altijd evident

Ook andere organisaties zoals woonzorgcentra of centra voor geestelijke gezondheidszorg kunnen in principe deel uitmaken van een geïntegreerd zorgsysteem. Stakeholders beaamden de noodzaak van dergelijke geïntegreerde zorgsystemen om tegemoet te kunnen komen aan de veranderende zorgnoden (bv. stijging prevalentie patiënten met multiple chronische aandoeningen; vergrijzing populatie). Toch was er eensgezindheid om tijdens de opstartfase alleen ziekenhuizen in het geïntegreerd zorgsysteem op te nemen, omdat door de heterogeniteit van de verschillende organisaties (verschillende statuten, culturen, visies, grootte, type organisaties, enz.) het bestuur zeer complex kan worden. Na enige tijd kunnen dan geleidelijk aan andere partners worden toegelaten.

Bij een te groot geïntegreerd zorgsysteem kunnen er governanceproblemen ontstaan

Voorbeelden in binnen- en buitenland tonen aan dat een (te) groot geïntegreerd zorgsysteem een efficiënte en daadkrachtige besluitvorming kan belemmeren. Om dat probleem op te vangen kunnen bestuurscomités per sector (bv. ziekenhuizen, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg) en per organisatie worden voorzien. Er moet dan wel duidelijk omschreven worden welke beslissingen door welk niveau kunnen genomen worden. Dit kan bovendien soms leiden tot verschillende en conflicterende visies binnen het geïntegreerd zorgsysteem. Uit de rondetafelgesprekken en case studies bleek ook dat kleine organisaties in een groot geïntegreerd zorgsysteem zich minder betrokken zouden kunnen voelen bij de besluitvorming.

Betrokkenheid van alle niveaus cruciaal

Het is van cruciaal belang dat alle relevante stakeholders op alle niveaus bij de governance worden betrokken. Aangezien patiënten een belangrijke stakeholder zijn dienen ze ook bij de besluitvorming te worden betrokken (bv. via patiënten-adviesraden). De stakeholders stelden dat het op één lijn brengen van iedereen binnen het systeem een uitdaging zal zijn, vooral dan voor de artsen. De artsen zelf pleiten er bijvoorbeeld voor om experts te kunnen afvaardigen in de overkoepelende RvB. De ziekenhuisdirecties wezen ook op de noodzaak van risicodeling tussen alle stakeholders (met inbegrip van artsen). Dit zou zorgen voor een grotere betrokkenheid en een correcte besluitvorming.

Sommige stakeholders betwijfelden of het behoud van een beperkte autonomie voor de individuele sectoren of instellingen een toegevoegde waarde biedt. Anderen vinden dan weer dat niet alle beslissingen op samenwerkingsniveau moeten worden genomen. Vooral artsen zijn van mening dat de adviesfunctie van de medische raden op het niveau van de individuele instellingen moet blijven. Wel zou volgens hen het samenwerkingsverband kunnen instaan voor de coördinatie van specifieke zorg waarvoor voldoende volume moet worden gehaald omwille van kwaliteits- of efficiëntieredenen, bv. bij zeer dure nieuwe investeringen in zware medische apparatuur. De centrale RvB kan dan beslissen welke ziekenhuizen van het geïntegreerd zorgsysteem deze zorg zullen verlenen. Dit vormt echter geen oplossing voor het probleem van het overaanbod van



algemene diensten, zoals een materniteit, waar er zal moeten worden gerationaliseerd.

Risico op het vormen van monopolies

De stakeholders spraken hun bezorgdheid uit over de mogelijke monopolies die kunnen ontstaan bij grote geïntegreerde zorgsystemen. Ze kunnen de keuzevrijheid van patiënten en artsen in de regio inperken.

Tabel 3 – Sterktes en zwaktes van een geïntegreerd zorgsysteem

Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none">• Transmurale, domein-overschrijdende ervaring• Delen van middelen en ondersteunende diensten (logistiek)• Financiële buffers• Centraal bestuur• Meer tijd voor strategie• Meer naamsbekendheid	<ul style="list-style-type: none">• Omvang belemmert soms effectieve besluitvorming en efficiëntie• Afstand tussen ziekenhuizen kan de taakverdeling bemoeilijken (ziekenhuizen binnen het geïntegreerd zorgsysteem liggen te ver van elkaar)• Kleine instellingen voelen zich minder betrokken bij de besluitvorming• Een RvB (c.q. bestuurscomité) op verschillende niveaus bemoeilijkt de governance

Wij bevelen submodel 1 en 2 aan. De keuze tussen deze modellen moet worden ingegeven door de samenstelling (aantal en type partners) van het geïntegreerd zorgsysteem. Submodel 1 geniet de voorkeur omdat dit het meest efficiënte en daadkrachtige governance-model is tenzij het aantal partners en sectoren te groot wordt. In dat geval wordt submodel 2 aanbevolen maar voor efficiëntieredenen stellen we voor om enkel een medische raad te organiseren op sectorniveau en niet op het niveau van elke individuele instelling.

4.2. Het gecoördineerd netwerk

4.2.1. Wat is een netwerk?

Samenwerkingsverband bestaande uit ziekenhuizen en eventueel andere partners die elk hun eigen juridische entiteit behouden

Ziekenhuizen in een netwerk werken samen, terwijl ze elk toch hun juridische entiteit behouden. De individuele ziekenhuizen blijven dus autonoom functioneren, en werken enkel samen om bepaalde doelstellingen te verwezenlijken (bv. optimalisatie van zorgpaden, organisatie van wachtdiensten van artsen, ICT-samenwerking, samen uitvoeren van een bepaald zorgprogramma), of werken samen met andere instellingen (bv. woonzorgcentra). Het netwerk kan zich richten op samenwerking tussen volledige ziekenhuizen of zich beperken tot een samenwerking omtrent een aantal diensten, functies of zorgprogramma's.

Governance-structuren: drie netwerktypes

In binnen- en buitenland neemt het aantal netwerken toe. De literatuur vermeldt drie types van governance-structuren voor netwerken: een *participant-governed* netwerk, een netwerk administratieve organisatie ('*network administrative organisation*') en een netwerk met een leidende organisatie ('*lead organisation*') (zie 2.1).



4.2.2. Voorstellen voor de Ziekenhuiswet: een gecoördineerd netwerk met een governance-structuur met gedelegeerde bevoegdheden

Van netwerken naar 'gecoördineerde netwerken'

Netwerk is een term die momenteel reeds frequent wordt gehanteerd in de Belgische context om samenwerkingsverbanden te benoemen. In de huidige wetgeving bestaan netwerken al, want de groepering en de associatie uit de Ziekenhuiswet kunnen worden beschouwd als een prototype ervan, zeker indien er meer dan twee partijen zijn. Ziekenhuizen in groeperingen en associaties werken immers samen, terwijl elke organisatie zijn eigen juridische identiteit behoudt. Daarnaast zijn er ook voorbeelden die enkel contractueel of via het oprichten van een nieuwe rechtspersoon werden gecreëerd. We bekeken een aantal Belgische voorbeelden:

- Iridium (netwerk met zeven algemene ziekenhuizen die samenwerken rond radiotherapie, oncologie, en hematologie) en Vlaams Ziekenhuisnetwerk - VZN (netwerk van 24 algemene ziekenhuizen omtrent kennisdeling) kunnen worden beschouwd als netwerken met een leidende organisatie. Het centrale bestuur zorgt voor een betere, coherente besluitvorming, die in de praktijk wel steeds in consensus gebeurt. Toch wordt de dominantie van één partner ook gezien als een belangrijke hinderpaal. Ondertussen zijn deze netwerken aan het evolueren naar een *participant-governed* netwerk, omwille van de belemmeringen van de bestuursstructuur en een aantal veranderingen binnen het netwerk, waarbij bestaande of nieuw toetredende organisaties meer inbreng wensten.
- Réseau Zenith (nieuwe samenwerking tussen vier ziekenhuizen met als doel bepaalde complexe, gespecialiseerde diensten samen aan te bieden) en de samenwerking tussen Klinik Sankt-Joseph, CCHC en Sankt Nikolaus Hospital kunnen worden gezien als *participant-governed* netwerken.

Het model dat in deze studie wordt voorgesteld vertoont gelijkenissen met deze samenwerkingsvormen maar ook verschillen (zie Kader 5). Om verwarring met de algemene term 'netwerk' te vermijden opteren we ervoor om voor het nieuw voorgestelde model voor de Ziekenhuiswet de term 'gecoördineerd netwerk' te gebruiken.

De individuele ziekenhuizen binnen een gecoördineerd netwerk blijven houder van erkenningen

Het gecoördineerd netwerk kan tot stand komen via een contractuele samenwerking of door middel van het opzetten van een afzonderlijke rechtspersoon. Bij gecoördineerde netwerken blijven de individuele ziekenhuizen houder van hun erkenning. Er zou wel kunnen worden beslist dat het behoren tot een gecoördineerd netwerk een voorwaarde kan zijn om een erkenning als ziekenhuis te verkrijgen. In dat geval zou een netwerk wel een wettelijk vastgesteld statuut moeten krijgen. Om een erkenning op het niveau van het samenwerkingsverband te kunnen toekennen is het nodig om te kiezen voor een geïntegreerd zorgsysteem of een autonoom samenwerkingsinitiatief (zie 4.3).

Een gecoördineerd netwerk met gedelegeerde bevoegdheden

Er worden twee submodellen besproken (zie Tabel 4): een gecoördineerd netwerk met gedelegeerde bevoegdheden (submodel 1) versus een gecoördineerd netwerk met feedbackmechanismen naar de participerende instellingen (submodel 2). Er is in beide gevallen een overkoepelend netwerkcomité. In het netwerkcomité zetelen vertegenwoordigers van o.a. de individuele medische raden en raden van bestuur. Dit netwerkcomité neemt de beslissingen op netwerkniveau over de onderwerpen waarover het netwerkcomité beslissingsbevoegdheid heeft. Aangezien de deelnemende ziekenhuizen (en eventuele andere organisaties) hun autonomie blijven behouden, betreft de beslissingsbevoegdheid enkel activiteiten die beschouwd kunnen worden als randvoorwaarden om een samenwerkingsverband tot stand te brengen, zoals bv. 'coördinatie van het netwerk'. Het betreft niet de beleidsbeslissingen aangaande de uitbating van zorgprogramma's, waarvoor de individuele raden van bestuur en medische raden bevoegd blijven. Indien men ook deze bevoegdheid op het niveau van de samenwerking wil brengen, is een combinatie met het derde nieuw



voorgestelde governance-model nodig ('autonoom samenwerkingsinitiatief', zie 4.3).

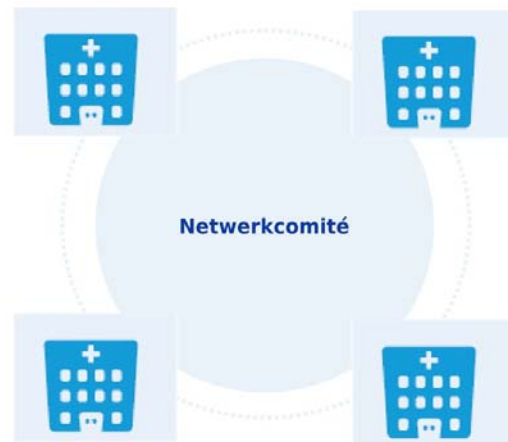
Participant-governed netwerk is het geprefereerde model maar ook een NAO of een netwerk met een leidende organisatie moet mogelijk zijn

Elk van de in de literatuur besproken netwerkmodellen (leidende organisatie, *participant-governed* en NAO) is mogelijk voor beide submodellen. Wij geven de voorkeur aan een *participant-governed* netwerk. De reden hiervoor is dat netwerken met een leidende organisatie doorgaans

evolueren naar *participant-governed* netwerken, zoals ook blijkt uit de Belgische voorbeelden. De gelijkwaardigheid werd binnen dit soort netwerk als een sterk punt beschouwd. Toch werd tijdens de rondetafelgesprekken ook in vraag gesteld of een *participant-governed* netwerk wel voldoende prikkels bevat om tot taakverdeling te komen. Het is immers mogelijk dat in een netwerk dat bestuurd wordt op basis van gelijkwaardigheid (en elke instelling met evenveel stemrecht) de beslissing tot taakverdeling wordt tegengehouden door één enkele instelling. Daarom stellen we voor de mogelijkheid open te laten om te opteren voor een ander soort netwerkbestuur (dus een NAO of een netwerk met een leidende organisatie). Deze keuze moet dan expliciet worden vermeld in de statuten.

Tabel 4 – Governance-structuren in een gecoördineerd netwerk

Gecoördineerd netwerk



Algemene kenmerken

- *Participant-governed* netwerk, tenzij anders bepaald in de statuten
- Raad van bestuur blijft op ziekenhuisniveau
- Medische raad blijft op ziekenhuisniveau
- Het individuele ziekenhuis heeft de eindverantwoordelijkheid
- Elk individueel ziekenhuis is houder van zijn erkenning
- Een netwerkcomité, bestaande uit artsen en bestuurders van de individuele ziekenhuizen, beslist op netwerkniveau
- De ziekenhuizen mandateren het netwerkcomité om beslissingen over bepaalde onderwerpen op netwerkniveau te nemen
- De statuten (of de nieuwe wetgeving) vermelden de onderwerpen waarvoor het netwerkcomité bevoegd is

Submodel 1: Gecoördineerd netwerk met een gedelegeerde bevoegdheid (aanbevolen)

- Het netwerkcomité kan autonoom beslissen

Submodel twee: Gecoördineerd netwerk met feedbackmechanismen

- De ziekenhuizen kunnen de beslissingen van het netwerkcomité herroepen



Het belangrijkste verschil tussen bestaande Belgische netwerken en het voorgestelde gecoördineerd netwerkmodel ligt bij de governance-structuur, waarbij wij een model met gedeelde beslissingsbevoegdheid aanbevelen (zie Kader 5).

Kader 5 – Verschil tussen een gecoördineerd netwerk en een ziekenhuisgroepering of ziekenhuisassociatie

- In een gecoördineerd netwerk kan het **netwerkcomité** een **gedeelde beslissingsbevoegdheid** krijgen van de individuele instellingen (submodel 1) met volledige bevoegdheid over de coördinatie van het netwerk. Voor andere activiteiten behouden de individuele instellingen eigen bevoegdheid.
- In het **netwerkcomité** zetelen ook artsen.
- Ook **andere organisaties dan ziekenhuizen** kunnen deel uitmaken van een gecoördineerd netwerk (bv. woonzorgcentra, huisartspraktijken).

4.2.3. Aandachtspunten en stakeholdersperceptie over gecoördineerde netwerken

Een gecoördineerd netwerk is een opstap naar samenwerking maar geen garantie voor taakverdeling

De geïnterviewde stakeholders stipuleerden dat een gecoördineerd netwerk een eerste stap kan zijn in de totstandkoming van een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen. Het is een uitermate geschikt model om de koudwatervrees tot samenwerking te overwinnen zonder dat het garanties biedt voor taakverdeling en rationalisatie. Dit samenwerkingsverband is onvoldoende dwingend om tot taakverdeling en geïntegreerde samenwerking te leiden. De deelnemende instellingen zijn als het ware tegelijkertijd partners en concurrenten van elkaar. Bovendien blijven er tal van barrières bestaan die de samenwerking bemoeilijken (bv. BTW-problemen, uitwisseling personeel, stemrecht en leidinggevende functies artsen; zie 3.3).

De juridische onderbouw van een gecoördineerd netwerk is onvoldoende om erkenningen toe te kennen op niveau van de samenwerking

De geïnterviewde bestuurders waren sterke voorstander om erkenningen toe te kennen op niveau van het netwerk. Ze zagen dit, samen met het toekennen van een budget op samenwerkingsniveau, als een belangrijke randvoorwaarde om tot taakverdeling te komen. Ze erkenden wel dat de juridische onderbouw van een gecoördineerd netwerk misschien niet stringent genoeg is om dit te realiseren. Wanneer een ziekenhuis de samenwerking verlaat, kan dit een aantal juridische, financiële en organisatorische problemen veroorzaken. De losse structuur van een gecoördineerd netwerk houdt ook meer risico's in dan een geïntegreerde structuur, gezien het mogelijks niet altijd duidelijk zal zijn waar de verantwoordelijkheden liggen. Als organisaties streven naar een erkenning op het overkoepelende niveau, zullen ze een meer geïntegreerde structuur moeten vormen (zoals een geïntegreerd zorgsysteem, zie 4.1) of een nieuw organisatietype waarvan de scope van de samenwerking beperkter is (i.e. autonoom samenwerkingsinitiatief, zie 4.3) moeten oprichten.

Een gecoördineerd netwerk met feedbackmechanismen lost moeilijke besluitvorming in bestaande samenwerkingsverbanden niet op

Een aantal stakeholders was sceptisch over een gecoördineerd netwerk met feedbackmechanismen. Ondanks het bestaan van een overkoepelend netwerkcomité dat beslissingen op netwerkniveau kan nemen, vrezen ze dat een continue terugkoppeling naar de individuele ziekenhuizen tijdrovend en inefficiënt zal zijn. Sommige bestuurders wezen ook op de voordelen van een superviserende derde partij (bv. een administratieve netwerkorganisatie, NAO) die de samenwerking coördineert, begeleidt en bewaakt om zo bepaalde spanningen en tegengestelde visies binnen het samenwerkingsverband te ontminnen. Alle deelnemers gaven de voorkeur aan niet te grote netwerken, zodat er een zekere flexibiliteit wordt bewaard.



Participant-governed netwerk versterkt het vertrouwen maar houdt ook risico's in

De ziekenhuizen zijn gelijkwaardige partners met hetzelfde stemrecht. Daarom is het van cruciaal belang dat er tussen de partners in een *participant-governed* netwerk een groot vertrouwen bestaat. Het gelijkwaardige partnerschap vergroot de samenhang en motiveert alle partners om hetzelfde doel na te streven. De bottom-up besluitvorming versterkt de betrokkenheid van alle partners, met inbegrip van de artsen.

De zwakte van deze structuur is dat de besluitvorming wordt vertraagd of zelfs geblokkeerd als één van de partners niet akkoord gaat (bv. als een ziekenhuis bang is om activiteiten te verliezen). Hierop wezen ook de stakeholders, die van mening waren dat in dat geval het netwerk niet zal leiden tot een betere taakverdeling en coördinatie. Om dit te bereiken is er volgens hen een meer geïntegreerde samenwerking nodig.

Rechtszekerheid

Omwille van de rechtszekerheid pleitten verschillende stakeholders ervoor om de bestaande regels i.v.m. een groepering of een associatie niet onmiddellijk af te schaffen, maar de oude en nieuwe samenwerkingsvormen een tijd naast elkaar te laten bestaan.

Tabel 5 geeft een overzicht van de sterkten en zwaktes van *participant-governed* netwerken en netwerken met een leidende organisatie.

Tabel 5 – Sterktes en zwaktes van een netwerk met leidende organisatie en participant-governed netwerken

Netwerk met leidende organisatie		Participant-governed netwerk	
Sterktes	Zwaktes	Sterktes	Zwaktes
<ul style="list-style-type: none"> • Expertise van de leidende organisatie • Centraal bestuur • Verhoogde coördinatie en besluitvorming • Besluitvorming vaak in consensus 	<ul style="list-style-type: none"> • Dominante partner • Drempel om toe te treden tot de samenwerking 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrouwen tussen partners • Gelijkwaardig partnerschap • Autonomie • Bottom-up besluitvorming 	<ul style="list-style-type: none"> • Duurtijd van besluitvorming • Complexe governance • Kan geblokkeerd worden door gebrek aan akkoord

Indien er gekozen wordt voor een gecoördineerd netwerkmodel, bevelen we een netwerkcomité met gedelegeerde bevoegdheid aan (submodel 1), aangezien de evaluatie van de huidige netwerken heeft aangetoond dat feedbackmechanismen naar de individuele instellingen inefficiënt en tijdrovend zijn (submodel 2).



4.3. Het autonoom samenwerkingsinitiatief

4.3.1. Wat is een autonoom samenwerkingsinitiatief?

Samenwerkingsvorm met een beperkte scope

Zoals reeds eerder vermeld is de toekenning van erkenningen en financiering op het samenwerkingsniveau een belangrijke randvoorwaarde om tot taakverdeling tussen ziekenhuizen te komen. Het geïntegreerd zorgsysteem maakt dit mogelijk voor een samenwerking tussen twee of meer ziekenhuizen met een uitgebreide scope: de samenwerking omvat de volledige waaier van algemene ziekenhuisdiensten. Als ziekenhuizen (nog) niet al hun diensten willen integreren, maar voor een aantal diensten wel intensief willen samenwerken, kan dit autonoom samenwerkingsinitiatief hiervoor een oplossing bieden. Het kan worden gebruikt om de medische diensten te ondersteunen (bv. laboratoria en apotheek) en om medische apparatuur (bv. radiotherapie) te delen. Daarnaast kan het hooggespecialiseerde of innovatieve zorg verlenen, of kan het worden gebruikt voor specifieke zorgprogramma's, zoals programma's voor diabetes of cardiologie. Dit model zal de samenwerking m.b.t. een specifieke pathologie of waarvoor een grote expertise vereist is, verbeteren. Het autonoom samenwerkingsinitiatief vertoont dus gelijkenissen met de ziekenhuisassociatie zoals deze momenteel opgenomen is in de Ziekenhuiswet. Ook ziekenhuisassociaties richten zich op samenwerkingsverbanden met een beperkte scope. Het grote verschil is dat het autonoom samenwerkingsinitiatief zijn eigen juridische structuur heeft die houder kan zijn van erkenningen (zie Kader 4).

Een eigen autonome governance-structuur

Het autonoom samenwerkingsinitiatief heeft, net zoals een ziekenhuis, een eigen governance-structuur met een RvB die de organisatie aanstuurt en de eindverantwoordelijkheid draagt. Het belangrijkste doel van een autonoom samenwerkingsinitiatief is om de samenwerking te verbeteren en om financiële middelen te delen. De financiële middelen moeten ook kunnen worden geherinvesteerd in de diensten van de betrokken ziekenhuizen.

4.3.2. *Voorstellen voor de Ziekenhuiswet: een autonoom samenwerkingsinitiatief gelinkt aan ziekenhuizen maar met een autonome governance-structuur*

Eigen rechtspersoon

Net zoals bij ziekenhuizen, moet ook het autonoom samenwerkingsinitiatief de vrijheid hebben om zelf zijn juridische vorm te kiezen, zolang het maar de nodige erkenningen verkrijgt. Een bepaalde rechtsvorm zou, net als bij ziekenhuizen, wel door de wetgever kunnen worden vereist om in aanmerking te komen voor infrastructuursubsidies.

Eigen governance-structuur bij voorkeur verbonden met een ziekenhuis

Het autonoom samenwerkingsinitiatief heeft net zoals een ziekenhuis een RvB en een medische raad. Het autonoom samenwerkingsinitiatief en de oprichters ervan bepalen wie in de RvB zal vertegenwoordigd worden. In het door ons voorgestelde model worden de artsen betrokken bij de besluitvorming, want vaak nemen zij het initiatief voor de samenwerking. Naast medische is er echter ook managementexpertise nodig. Er zijn twee governance-structuren mogelijk, afhankelijk van de wens om nog aan een ziekenhuis verbonden te blijven, of niet.

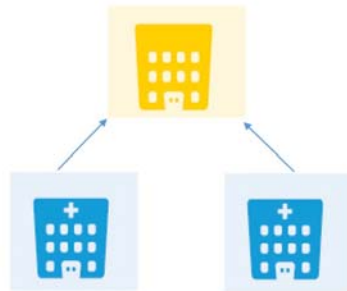
In het eerste submodel blijft het autonoom samenwerkingsinitiatief verbonden aan de ziekenhuizen. Er is een gezamenlijk bestuur waarin het beslissingsrecht van het ziekenhuis samenhangt met zijn aandeelhouderschap in de samenwerking. Het is daarbij belangrijk dat de bestuurders de doelstellingen van het autonoom samenwerkingsinitiatief en van de individuele ziekenhuizen nastreven, maar dit kan uiteraard ook conflicten veroorzaken. Daarnaast moet een deel van de winst kunnen worden geherinvesteerd in de individuele ziekenhuizen. Het is echter onzeker of meer dan redelijke winstmarges kunnen samengaan met het ontvangen van overheidssubsidies.



In het tweede submodel is het autonoom samenwerkingsinitiatief onafhankelijk van de ziekenhuizen. De oprichters beslissen wie bestuurslid kan zijn. Dit submodel zou eventueel ook gebruikt kunnen worden om privéklinieken te reguleren. Dit vergt dan wel bijkomende wetgevende maatregelen om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te blijven garanderen.

Tabel 6 – Governance-structuren in het autonoom samenwerkingsinitiatief

Autonoom samenwerkingsinitiatief



Algemene kenmerken

- Erkenning op het niveau van de samenwerking
- Nieuwe RvB op samenwerkingsniveau
- Nieuwe medische raad op samenwerkingsniveau
- Het autonoom samenwerkingsinitiatief heeft de eindverantwoordelijkheid

Submodel 1: Het autonoom samenwerkingsinitiatief verbonden aan ziekenhuizen (aanbevolen)

- Het autonoom samenwerkingsinitiatief blijft verbonden aan de ziekenhuizen (bv. ambulant endoscopiecentrum)
- Een gemeenschappelijke RvB, waarin het beslissingsrecht van een ziekenhuis samenhangt met zijn aandeelhouderschap in de samenwerking
- Het autonoom samenwerkingsinitiatief is vooral een instrument voor onderhandelingen en om consensus te bereiken over het gebruik van de ziekenhuisdiensten in het voordeel van alle partners

Submodel 2: Onafhankelijk autonoom samenwerkingsinitiatief

- Er is geen band meer met de ziekenhuizen (bv. een gespecialiseerd centrum voor radiotherapie)
- Er kan wel een akkoord worden afgesloten voor het gebruik van apparatuur of ruimte van bepaalde ziekenhuizen (bv. het autonoom samenwerkingsinitiatief kan apparatuur of materiaal huren bij het ziekenhuis)
- Onafhankelijke organisatie met eigen doelstellingen en statuten



Kader 6 – Verschil tussen een autonoom samenwerkingsinitiatief en een ziekenhuisassociatie

- Een autonoom samenwerkingsinitiatief heeft zijn eigen **juridische structuur**.
- Deze juridische entiteit kan houder zijn van **een erkenning**.

4.3.3. Aandachtspunten en stakeholdersperceptie over een autonoom samenwerkingsinitiatief

Flexibele samenwerkingsvorm geschikt voor standaardiseerbare zorgprocessen

De voordelen die dit model wil nastreven, zijn een kwaliteitsverbetering (door de standaardisatie van de zorg en het delen van expertise). Daarnaast is het gemakkelijk te organiseren en is er een flexibele samenwerking met andere partners buiten de gezondheidszorg mogelijk. Bij de bevraging van de stakeholders kreeg dit nieuwe model de meeste steun van vertegenwoordigers van medische raden. Andere stakeholders vonden dat het niet voor alle soorten en vormen van zorg haalbaar is. Ze zien dit model enkel mogelijk voor goed afgelijnde en standaardiseerbare zorgprocessen die zouden kunnen worden vertaald in zorgprogramma's. De stakeholders benadrukten dat de zorgprogramma's die momenteel door de wetgever worden voorzien te beperkt zijn, waardoor de toepassingsmogelijkheden van het autonoom samenwerkingsinitiatief op korte termijn eerder beperkt zijn. Binnen het ruimere opzet van de op gang zijnde hervorming wordt dit model door de stakeholders ook niet gezien als een eindpunt maar eerder als een overgangsvorm naar de sterker geïntegreerde samenwerkingsmodellen.

Verbondenheid van normering en de complexe ziekenhuisfinanciering zijn een belemmerende factor

Momenteel zijn de erkenningsregels voor ziekenhuizen en zorgprogramma's 'keten' erkenningen. Daardoor is het moeilijk om één specifiek zorgprogramma op te starten of stop te zetten, zonder dat dit een impact heeft op de andere zorgprogramma's of diensten. Zo heeft de sluiting van de afdeling pediatrie van een ziekenhuis als gevolg dat de afdeling materniteit ook moet worden gesloten. Dit vergt dat de wetgeving wordt aangepast (opmerking ook van toepassing op het geïntegreerd zorgsysteem).

De stakeholders gaven ook aan dat het huidige complex geheel van met elkaar verweven berekeningsregels van het BFM het moeilijk maken om een budget voor een bepaalde dienst, functie of zorgprogramma op een transparante manier te berekenen. Dit is dus een belangrijke barrière voor de ontwikkeling van een autonoom samenwerkingsinitiatief.

Gevaar voor risicoselectie en uitholling bestaande ziekenhuizen

Een grote bekommernis bij dit model was het risico op 'cherry picking'. Indien winstgevende diensten uit het ziekenhuis worden weggehaald door een onafhankelijk autonoom samenwerkingsinitiatief, blijft het ziekenhuis achter met de minder winstgevende diensten. Dit kan op lange termijn de duurzaamheid van ons gezondheidszorgsysteem onder druk zetten.

De deelnemers aan de rondetafelgesprekken pleitten er echter voor dat ook voor dit model een band met de stichtende ziekenhuizen wordt bewaard, en dat het autonoom samenwerkingsinitiatief ook moet worden erkend en gecontroleerd door de overheid, om oneerlijke concurrentie te voorkomen.



Staatssteun en diensten van algemeen economisch belang

De overheid moet de rechtsvorm van het autonoom samenwerkingsinitiatief kunnen vastleggen. De regels inzake staatssteun zullen strikt moeten worden nageleefd. Als steun wordt verleend zal men moeten vermelden voor welke diensten van algemeen economisch belang deze steun wordt gegeven en hoe de terugbetaling zal gebeuren bij overcompensatie. Als het autonoom samenwerkingsinitiatief een dienst van algemeen economisch belang verleent, zal het wettelijk verplicht moeten worden om samen te werken met ziekenhuizen.

Gevaar voor duplicatie zorgaanbod

Bovendien is het ook mogelijk dat diensten en functies dubbel worden aangeboden in plaats van dat er taken worden verdeeld. Zo kunnen autonome samenwerkingsinitiatieven ontstaan voor functies en diensten die ook nog in de ziekenhuizen worden aangeboden, maar waarbij door risicoselectie opnieuw de ziekenhuizen dreigen gepenaliseerd te worden. Dit zal alleszins leiden tot meer concurrentie en fragmentatie, en dit strookt niet met de doelstelling van de hervorming van het ziekenhuislandschap. Het lijkt dan ook logisch dat de bestaande ziekenhuizen worden aangemoedigd om een rol te spelen bij de oprichting van een autonoom samenwerkingsinitiatief. Stakeholders gaven aan dat voor bepaalde complexe vormen van zorg, zoals de behandeling van kanker, de deelname van een bestaand ziekenhuis noodzakelijk is en wettelijk verplicht moet worden. De erkenningsregels zullen in deze gevallen ook vereisten op vlak van functionele bindingen met ziekenhuizen moeten bevatten. Om een dubbel zorgaanbod te vermijden, moeten ziekenhuizen hun bedden kunnen overdragen naar het autonoom samenwerkingsinitiatief. Dit zou kunnen gebeuren door een overdracht van activiteit.

Anderzijds gaven stakeholders ook aan dat autonome samenwerkingsinitiatieven ook open moeten staan voor een samenwerking met private partners (bv. verdeler van medische hulpmiddelen) of buitenlandse instellingen mits er wettelijke garanties voor kwaliteitsborging en vermijden van belangenconflict worden ingebouwd.

We bevelen submodel 1 aan waar autonome samenwerkingsinitiatieven verbonden blijven met ziekenhuizen, met een duidelijke overeenkomst tussen de partners. De partners zouden dan de winst, maar ook de risico's delen. De bestuursstructuur van dit autonoom samenwerkingsinitiatief is vergelijkbaar met die van de huidige RvB van een ziekenhuis, en de onafhankelijkheid van de stichtende ziekenhuizen wordt behouden. Het submodel 2 houdt immers te grote risico's in voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van ons gezondheidszorgsysteem.

We stellen ook voor dat wanneer er bij een gecoördineerd netwerk voor gekozen wordt om het uitbaten van diensten, zorgprogramma's of functies te delegeren aan het samenwerkingsniveau het gecoördineerd netwerk gecombineerd wordt met een autonoom samenwerkingsinitiatief.

4.4. In welke mate beantwoorden de hervormingsvoorstellen aan de huidige tekortkomingen?

In Tabel 7 worden de barrières voor samenwerkingsverbanden uit de huidige wetgeving opgelijst (zie 1.1). In de tabel wordt aangeduid in welke mate de nieuw voorgestelde modellen hieraan tegemoet komen of welke wetswijzigingen er noodzakelijk zijn om dit te realiseren.


Tabel 7 – Governance-structuren en de huidige tekortkomingen in de wetgeving

Tekortkomingen	Geïntegreerd zorgsysteem	Gecoördineerd netwerk	Autonoom samenwerkingsinitiatief
Beperkte beslissingsbevoegdheid op het samenwerkingsniveau	<p>De RvB op niveau van het geïntegreerd zorgsysteem heeft de eindverantwoordelijkheid en neemt de strategische beslissingen. De mate van beslissingsbevoegdheid hangt in zekere mate af van het gekozen submodel aangezien er bevoegdheden kunnen worden gedelegeerd naar governance-structuren op sector- of instellingsniveau. Een grote RvB moet worden vermeden omdat dit efficiënte besluitvorming verhindert. De aanbevolen modellen (submodellen 1 en 2) worden gekenmerkt door voldoende bevoegdheden op het niveau van de samenwerking.</p>	<p>In het aanbevolen submodel 1 kunnen beslissingen van het netwerkcomité niet meer herroepen worden door de governance-structuren van de individuele ziekenhuizen. Toch is de beslissingsbevoegdheid van dit netwerkcomité beperkt aangezien het alleen de coördinatie van de activiteiten van het netwerk betreft. In het algemeen blijft de uitbating van diensten, functies en zorgprogramma's de verantwoordelijkheid van de individuele ziekenhuizen.</p>	<p>Aangezien de nieuwe organisatie haar eigen governance-structuren heeft zijn besluitvormingsprocessen minder complex dan bij de samenwerkingsvormen die voorzien worden in de huidige wetgeving. Bovendien hebben deze governance-structuren (op samenwerkingsniveau) de verantwoordelijkheid om de desbetreffende dienst(en), functies(s) en zorgprogramma(s) aan te sturen.</p>
Belemmerende of stimulerende rol van medische raden	<p>De rol van de medische raad hangt af van het gekozen submodel (adviesfunctie van de medische raad op niveau van de instelling/sector versus gemeenschappelijke medische raad op niveau van de samenwerking). De aanbevolen submodellen voorzien een gemeenschappelijke medische raad voor de ziekenhuizen: op samenwerkingsniveau (submodel 1) of op sectorniveau (submodel 2).</p>	<p>Medische raden blijven op het niveau van het individuele ziekenhuizen zoals bij de huidige samenwerkingsinitiatieven. Het netwerkcomité bevat wel artsen wat de besluitvorming op samenwerkingsniveau versterkt. Submodel 1 (met gedelegeerde bevoegdheid netwerkcomité) wordt verkozen boven submodel 2 (met feedbackmechanismen naar de individuele medische raden) om te vermijden dat de beslissingen op netwerkniveau geblokkeerd kunnen worden door de medische raden van de individuele ziekenhuizen.</p>	<p>Aangezien de nieuwe organisatie haar eigen governance-structuren (inclusief medische raad) heeft zijn besluitvormingsprocessen minder complex dan bij de samenwerkingsvormen die voorzien worden in de huidige wetgeving.</p>
Belangenconflict	<p>De kans op belangenconflict verkleint omdat de partners van het samenwerkingsverband tot eenzelfde organisatie met eenzelfde doelstelling behoren. Toch is belangenconflict niet helemaal uitgesloten wat de ontwikkeling van een charter met principes van 'goed bestuur' noodzakelijk maakt.</p>	<p>Belangenconflict wordt niet opgelost in dit model wat de ontwikkeling van een charter met principes van 'goed bestuur' noodzakelijk maakt.</p>	<p>De kans op belangenconflict verkleint omdat het autonoom samenwerkingsinitiatief zijn eigen governance-structuur heeft. Toch is belangenconflict niet helemaal uitgesloten wat de ontwikkeling van een charter met principes van 'goed bestuur' noodzakelijk maakt.</p>



Samenwerking is tijdrovend	Het aantal iteraties voor feedback tussen het samenwerkingsniveau en de individuele instellingen wordt (afhankelijk van het submodel) beperkt.	In een gecoördineerd netwerk met gedelegeerde beslissingsbevoegdheden voor het netwerkcomité wordt het aantal vergaderingen beperkt.	De besluitvorming is minder complex, maar de tijdsbesteding hangt samen met het aantal autonome samenwerkingsinitiatieven die worden opgestart.
Afstand en/of attractiezone	Moet in de wetgeving bepaald worden (zie Hoofdstuk 5)	Moet in de wetgeving bepaald worden (zie Hoofdstuk 5)	Moet in de wetgeving bepaald worden (zie Hoofdstuk 5)
Samenwerking met andere organisatietypes dan ziekenhuizen	Geïntegreerde zorgsystemen zijn bij uitstek geschikt om samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en andere organisatietypes tot stand te brengen.	In een gecoördineerd netwerk is het mogelijk om naast ziekenhuizen ook andere organisatietypes te betrekken.	In een autonoom samenwerkingsinitiatief is het mogelijk om naast ziekenhuizen ook andere organisatietypes te betrekken.
Ziekenhuismedewerkers			
• Wettelijke regeling artsen en samenwerkingsverband	Aangezien het geïntegreerd zorgsysteem één organisatie is wordt het harmoniseren van wettelijke regelingen van artsen tussen de verschillende instellingen vereenvoudigd.	Erkenning en eindverantwoordelijkheid blijven op het niveau van het individuele ziekenhuis. Hierdoor zijn er weinig prikkels om de regelingen van artsen met ziekenhuizen binnen de samenwerking beter op elkaar af te stemmen.	Aangezien het autonoom samenwerkingsinitiatief één organisatie is wordt het harmoniseren van wettelijke regelingen van artsen tussen de verschillende instellingen vereenvoudigd.
• Stemrecht van artsen die in verschillende ziekenhuizen werken	Moet worden aangepast in de wetgeving. Opgelost in submodellen 1 en 2 (één medische raad voor de ziekenhuizen van het samenwerkingsverband).	Moet worden aangepast in de wetgeving.	Moet worden aangepast in de wetgeving.
• Aanstellingen nieuwe artsen is omslachtig	Aleen opgelost in submodellen 1 en 2.	Niet opgelost: advies medische raden van individuele ziekenhuizen blijft vereist.	Opgelost
• Rol medisch leidinggevenden	Opgelost aangezien er één hoofdarts is per geïntegreerd zorgsysteem die de eindverantwoordelijkheid draagt. De hoofdarts kan operationele bevoegdheden delegeren aan andere artsen per instelling.	Niet opgelost: wettelijke aanpassing noodzakelijk	Opgelost
• Afhoudingen artsenhonoraria	Harmonisatie financiële regelingen wordt gestimuleerd.	Niet opgelost Om de statuten van de arts en de financiële regeling te harmoniseren blijft een verzwaard advies van de medische raden van elk ziekenhuis noodzakelijk.	Opgelost



<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliteit personeel 	<p>De uitwisseling van artsen en ander (zorg-)personeel is eenvoudiger omdat ze voor één en dezelfde organisatie werken. Daardoor zijn dezelfde regelingen en voorwaarden van toepassing. (rekening houdend met CAO n°32bis – zie sectie 3.3.5).</p>	<p>Niet opgelost. Een uitzondering hierop is een netwerk (<i>not-for-profit</i> organisatie) waarvan de enige statutaire doelstelling de uitwisseling van personeel is.</p>	<p>Opgelost. De nieuwe organisatie kan zowel zelfstandigen als gesalarieerd personeel aanwerven. Wanneer al het personeel van de deelnemende ziekenhuizen wordt getransfereerd naar de nieuwe organisatie geldt CAO n°32bis; indien slechts een gedeelte van het personeel overstapt naar de nieuwe organisatie zal de regeling van contractverbreking van elk individueel ziekenhuis gelden.</p>
<p>Erkenning en taakverdeling</p>	<p>Opgelost</p>	<p>Niet opgelost Erkenning blijft op ziekenhuisniveau. Het is wel mogelijk om de erkenning van een ziekenhuis afhankelijk te maken van het deel uitmaken van een netwerk. Dit vergt dat er een wettelijke basis is voor een netwerk. Dit zal echter de competitie binnen een netwerk (en risico op fragmentatie diensten en functies) niet verhinderen.</p>	<p>Opgelost</p>
<p>Toekenning en uitbetaling ziekenhuisbudget</p>	<p>Opgelost</p>	<p>Niet opgelost</p>	<p>Opgelost (vereist wel een aanpassing aan de wet zodat een BFM kan worden toegekend aan een autonoom samenwerkingsinitiatief). Een randvoorwaarde is ook dat er meer pathologie-gebonden financiering komt.</p>
<p>BTW</p>	<p>Opgelost indien het geïntegreerd zorgsysteem een <i>not-for-profit</i> organisatie is.</p>	<p>Het gecoördineerd netwerk moet de nieuwe BTW-regels en regels i.v.m. een 'kostedelende vereniging' in acht nemen. (geïntroduceerd sinds 1 juli 2016).</p>	<p>Opgelost aangezien het autonoom samenwerkingsinitiatief één organisatie is.</p>
<p>Data en privacy</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Verantwoordelijkheid patiëntendossier 	<p>Geïntegreerd zorgsysteem</p>	<p>Individuele ziekenhuizen of te regelen via een nieuw op te richten wettelijk kader.</p>	<p>Autonoom samenwerkingsinitiatief</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Verantwoordelijkheid patiëntrechten en zorgverlening 	<p>Geïntegreerd zorgsysteem</p>	<p>Individuele ziekenhuizen of te regelen via een nieuw op te richten wettelijk kader.</p>	<p>Autonoom samenwerkingsinitiatief</p>



5. EEN DUIDELIJK KADER DAT NIEUWE SAMENWERKINGSVORMEN VOOR ZIEKENHUIZEN ONDERSTEUNT

Willen de voorgestelde samenwerkingsmodellen en governance-structuren een stabiel kader bieden voor de ontwikkeling van een toekomstgericht ziekenhuislandschap, dan worden zij best verankerd in de Ziekenhuiswet, waarvan de laatste grote hervorming al van 1987 dateert. Het inschrijven in de Ziekenhuiswet is echter slechts één van de maatregelen die nodig zijn om te komen tot succesvolle taakverdeling en zorgcoördinatie.

De deelnemers aan de rondetafelgesprekken benadrukten dat er een duidelijk beleidskader nodig is om een meer fundamentele samenwerking tussen de ziekenhuizen te stimuleren, en om een stabiel ziekenhuislandschap te creëren, bv. via de programmering van dure en/of complexe procedures, erkenningsnormen met minimale volumevereisten en het beperken van de financiering van gespecialiseerde diensten tot specifieke centra.

In oktober 2016 werd het Plan van Aanpak van de minister geconcretiseerd in een visienota. De bedoeling van deze visienota, waarvan de belangrijkste principes werden opgenomen in Kader 7, is net om dergelijk beleidskader te bieden. Noteer hierbij dat de term 'netwerk' uit deze visienota ruimer moet worden geïnterpreteerd dan de term 'gecoördineerd netwerk' uit onze studie.

Kader 7 – Principes van de voorlopige visienota van de minister (oktober 2016)

- Het zorglandschap bestaat uit locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken, die elk ongeveer 400 000 tot 500 000 inwoners (of potentiële patiënten) dekken. Dit zou voor België resulteren in ongeveer 25 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken.
- De partners in de locoregionale netwerken zijn ziekenhuizen (geen ziekenhuisfuncties of -afdelingen, zorgprogramma's, enz.).
- Elk locoregionaal netwerk biedt algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten aan (maar niet noodzakelijk elk ziekenhuis in het netwerk).
- Referentienetwerken worden opgezet voor supra-regionale samenwerkingsverbanden, zijnde zorgopdrachten die niet in elke locoregionaal netwerk worden aangeboden.
- De partners in zulk referentienetwerk zijn de locoregionale netwerken en het ziekenhuis dat de zorgopdracht aanbiedt. Ziekenhuizen die zorgopdrachten op supra-regionaal niveau aanbieden, worden 'referentiepunten' genoemd.
- De betrokkenheid van de artsen zal op netwerkniveau worden georganiseerd.
- De scope van (*evidence-based*) programmering wordt uitgebreid. De programmering zal plaatsvinden op nationaal niveau (rijksprogrammering). De resultaten van de programmering zullen aan de hand van een verdeelformule op de deelstaten worden toegepast.



Combinatie van de drie modellen, die evolueren in de tijd

Hoewel de deelnemers aan de rondetafelgesprekken een beleidskader noodzakelijk vonden voor meer samenwerking, waren ze ook allemaal van mening dat er aan de sector voldoende vrijheid moet worden gegeven om zelf de meest geschikte samenwerkingsvormen en governance-structuren te kiezen. De wetgeving moet flexibel genoeg zijn om de drie samenwerkingsvormen uit het rapport mogelijk te maken. Afhankelijk van de fase waarin de toenadering tussen de ziekenhuizen zich bevindt, is er immers telkens een ander model het meest geschikt. Deze flexibiliteit sluit tevens aan bij hoe het Belgisch gezondheidszorgsysteem in het verleden tot stand kwam. Wanneer de overheid duidelijke contouren voor de hervorming met bijhorende doelstellingen aanbiedt en tegelijkertijd voldoende flexibiliteit laat aan de sector voor de operationele uitwerking wordt een te sterke breuklijn met het verleden vermeden. Dit is belangrijk om de draagkracht voor de hervorming niet te ondermijnen.

Zo is een gecoördineerd netwerkmodel erg bruikbaar voor het opstarten van een samenwerking, omdat de verbintenis tussen de partners dan nog minder intens is. Wanneer deze samenwerking zich verder ontwikkelt en er meer vertrouwen is opgebouwd, kan ze evolueren naar een geïntegreerd zorgsysteem. Daarnaast kan het autonoom samenwerkingsinitiatief een tussenstap vormen tussen een gecoördineerd netwerk en een geïntegreerd zorgsysteem. Ziekenhuizen kunnen - binnen een beperkte scope - samen nieuwe initiatieven ontwikkelen. Met dit model kan er immers samen innovatieve en zeer gespecialiseerde zorg aangeboden worden, waardoor de zorgkwaliteit wordt verbeterd en/of kosten worden bespaard. Zo kunnen ziekenhuizen samen een volledig cardiologisch zorgprogramma ontwikkelen. Als het aantal zorgprogramma's uitbreidt en de partners op het punt komen waarop ze voor de meerderheid van de zorg samenwerken, kunnen ze beslissen om in een geïntegreerd zorgsysteem te stappen.

In elk van de modellen zal er rekening gehouden moeten worden met het ontstaan van grote artsassociaties ('maatschappen'), die artsen van verschillende ziekenhuizen vertegenwoordigen. De samenwerkingsvormen tussen ziekenhuizen zullen zich aan deze nieuwe realiteit moeten aanpassen en met deze artsassociaties overeenkomsten moeten afsluiten en opvolgen.

Wanneer er verschillende samenwerkingsvormen worden gecombineerd, kunnen er ook verschillende governance-structuren worden opgestart. Zo kan de governance-structuur van een gecoördineerd netwerk met gedelegeerde bevoegdheden worden gecombineerd met de structuur van een autonoom samenwerkingsinitiatief gekoppeld aan ziekenhuizen. In dat geval zou het netwerkcomité (of een delegatie ervan) de rol van de RvB in het autonoom samenwerkingsinitiatief opnemen.

Behoud van groepering en associatie voor een soepele overgang

Voor een soepele overgang naar de nieuwe modellen wordt de huidige wetgeving inzake associaties en groepen best (tijdelijk) behouden omwille van de continuïteit en rechtszekerheid.

Supra-regionale samenwerkingen

Voor zorg die door een beperkt aantal ziekenhuizen wordt verleend (bv. bij zeldzame aandoeningen, gespecialiseerde of dure zorg, verleend door een referentiepunt) zou men kunnen opteren voor het model van een autonoom samenwerkingsinitiatief of een gecoördineerd netwerk. Maar misschien (wellicht) zijn deze samenwerkingsvormen te verre gaand en te omslachtig voor zorg die door een zeer beperkt (1 à 2) aantal ziekenhuizen wordt verleend, en waarbij er doorgaans ook geen interactie nodig is tussen de verwijzende ziekenhuizen onderling. In dat geval zijn een reeks bilaterale contractuele afspraken wellicht meer geschikt, op basis van een modelcontract dat door het referentiepunt wordt voorgesteld.

Mededingingsautoriteit

In navolging van voorbeelden uit het buitenland zou er ook in België een toezichhoudende mededingingsautoriteit inzake gezondheidszorg kunnen worden opgericht, bij wie vooraf een aanvraag tot goedkeuring moet worden ingediend (zie ook 4.1.3). Een locoregionale samenwerking tussen ziekenhuizen, dat de vorm krijgt van een geïntegreerd zorgsysteem zou immers een monopolie kunnen vormen, waardoor de keuze van de patiënt te sterk wordt beperkt. In dat geval kan de mededingingsautoriteit de scope en schaalgrootte van het geïntegreerde zorgsysteem inperken.



Bijkomende voorwaarden voor een goede samenwerking en taakverdeling

Hoewel de drie voorgestelde samenwerkingsvormen (en dan vooral het geïntegreerde zorgsysteem en het autonoom samenwerkingsinitiatief) samenwerking en taakverdeling tussen ziekenhuizen kunnen aanmoedigen, zal de loutere aanpassing van de Ziekenhuiswet niet volstaan om dit doel te bereiken. Ook andere beleidsinstrumenten die de overheid op macroniveau ter beschikking heeft zoals programmering, erkenning en financiering hebben een belangrijke rol te spelen. Zo wordt programmering van medische diensten en functies zelden gehanteerd om fragmentering van het zorgaanbod te verhinderen. Ook het huidige systeem van betaling per prestatie en de toewijzing van het ziekenhuisbudget moedigen een taakverdeling niet aan. Aanpassingen aan de ziekenhuisfinanciering alsook het uitbreiden van de toepassingen van programmering zijn nodig en maken ook deel uit van de hervormingsplannen van het zorglandschap en de ziekenhuisfinanciering.¹

Een ander instrument dat de wetgever kan hanteren om samenwerkingsverbanden tot stand te brengen is het wettelijk opleggen van erkenningscriteria voor de samenwerking, waaronder afstand. De meeste stakeholders vonden dat er in de samenwerking ook een geografische logica moest zijn. Dit vormt een uitdaging voor de wetgever. Zo zijn er bij historisch gevormde samenwerkingsverbanden soms grote afstanden tussen de ziekenhuizen. Verder worden een gelijkaardige cultuur en de motivatie om samen te werken door sommigen belangrijker gevonden dan geografische nabijheid. Een grote afstand tussen ziekenhuizen kan echter zorgen voor problemen met kwaliteit en efficiëntie, en vormt bijvoorbeeld een hinderpaal voor een goede taakverdeling.

Samenwerking tussen verschillende overheden

De bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende overheden vergt samenwerking. Zo is de federale overheid bevoegd voor de organieke wetgeving waaronder de Ziekenhuiswet. Het vastleggen en opvolgen van de erkenningscriteria van ziekenhuizen (incl. erkenningscriteria medische diensten, functies en zorgprogramma's) is de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten. De noodzaak van overleg en het afstemmen van het beleid van de diverse overheden geldt des te meer wanneer er andere zorgorganisaties zoals woonzorgsystemen en centra voor geestelijke gezondheidszorg bij de samenwerkingsverbanden betrokken worden.

Governance en leiderschap

Het louter oprichten van de nieuwe modellen zal niet volstaan voor een goede samenwerking en taakverdeling. Er zal ook rekening gehouden moeten worden met:

- *Principes van goed bestuur.* Een samenwerkingsverband wordt in deze studie gedefinieerd als een partnerschap tussen organisaties met een gemeenschappelijke doelstelling en strategie om deze doelstelling te bereiken. Enkel een samenwerking met een effectief bestuur, dat op basis van het behalen van de doelstellingen kan worden afgerekend, leidt tot kwaliteitsvolle en kosteneffectieve zorg. De principes van goed bestuur (bv. transparantie, verantwoordingsplicht, participatie, integriteit, capaciteit) moeten zowel op het niveau van de samenwerking als op het niveau van de individuele instellingen worden nageleefd. Het monitoren van de naleving hiervan kan mee opgenomen worden in bestaande ziekenhuisbrede accrediteringssystemen. Tot op heden focussen accrediteringssystemen zoals NIAZ QMentum en JCI zich voornamelijk op de 'interne governance' van het ziekenhuis. De verschuiving in het zorglandschap van individuele ziekenhuizen naar structurele samenwerkingsverbanden vergt dat deze accrediteringssystemen zich aanpassen en ook de kwaliteit (inclusief de governance) van samenwerkingsverbanden evalueren.



- *Aligneren van doelstellingen individuele organisaties met doelstellingen samenwerkingsverband.*
- Het investeren in *leiderschap* door het opleiden en aantrekken van competente managers en bestuurders.
- *Participatie van alle relevante stakeholders.* Verschillende studies toonden aan dat om succesvol te zijn er in de governance een participatie van zorgprofessionals (artsen en anderen) noodzakelijk is. Bovendien dienen ook andere stakeholders zoals patiënten te kunnen participeren aan het beleid.
- *Afstemmen van governance-structuren en macro-governance mechanismen.* De governance-structuren (i.e. de drie nieuw voorgestelde modellen) dienen rekening te houden met de governance-mechanismen die zich afspelen op macroniveau. Het Belgische gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door de combinatie van een overlegmodel met overheidsingrijpen (via programmering, erkenning, financiering). Om ervoor te zorgen dat er draagkracht is in de sector voor de op til staande hervormingen is het van belang om deze balans te respecteren. Dit betekent dat er binnen een duidelijk beleidskader flexibiliteit geboden wordt om de hervorming gestalte te geven.
- *Kwaliteit van de zorg.* Verantwoordingsplicht in de gezondheidszorg omvat niet enkel taakverdeling en kostenbeheersing maar zeker ook kwaliteit van de zorg. Daarom dient de overheid naast het opvolgen van kostenbeheersing ook de kwaliteit van zorg te monitoren om de performantie van samenwerkingsverbanden te evalueren.



■ AANBEVELINGEN^a

Aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

- In het kader van de uitvoering van het Plan van Aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, wordt aanbevolen om in de huidige Ziekenhuiswet drie nieuwe samenwerkingsvormen (geïntegreerd zorgsysteem, gecoördineerd netwerk en autonoom samenwerkingsinitiatief) op te nemen, met voor elke samenwerkingsvorm, een governance-model dat:
 - een kader biedt dat taakverdeling en samenwerking stimuleert tussen ziekenhuizen (en andere zorgorganisaties);
 - flexibiliteit toelaat aan de sector om het governance-model af te stemmen op het doel van de samenwerkingsvorm en het aantal en type partners;
 - een betrokkenheid van de artsen voorziet op het niveau van de samenwerking.

Voor meer details over deze aanbevolen samenwerkingsvormen, zie verder in 'Overzicht aanbevolen modellen'.

- Nieuwe associaties of groeperingen zouden niet meer mogen worden toegelaten, maar omwille van het behoud van rechtszekerheid zouden de bestaande samenwerkingsvormen (associatie/groepering) voorlopig moeten kunnen bewaard blijven.
- Om bovenstaande doelstellingen te faciliteren dienen de volgende aspecten van de wetgeving te worden aangepast:
 - de ziekenhuis-specifieke comités (bv. medisch farmaceutisch comité, transfusiecomité, ethisch comité) zouden ook op het niveau van samenwerkingen tussen ziekenhuizen moeten kunnen worden georganiseerd.
 - artsen die in verschillende ziekenhuizen tewerkgesteld zijn, zouden daardoor geen verlies aan stemrecht mogen hebben voor de samenstelling van de medische raad (KB van 10 augustus 1987).
 - hoofdartsen en medische diensthouders zouden in meerdere ziekenhuizen deze taak moeten kunnen opnemen, zoals nu reeds voorzien is in de wetgeving op de ziekenhuisgroepering.

^a Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



- **Randvoorwaarden en aanbevelingen voor een nieuw wetgevend kader:**
 - Er zou een instantie moeten worden geïdentificeerd of opgericht die de rol van 'mededingingsautoriteit voor de gezondheidszorg' kan opnemen, om erop toe te zien dat de keuzevrijheid van de patiënt of de arts niet te sterk wordt ingeperkt bij het oprichten van nieuwe samenwerkingsvormen.
 - De huidige afstandscriteria in de wetgeving op de ziekenhuisgroepering en fusie zouden moeten worden vervangen door nieuwe concepten (bv. aantal inwoners van een aaneensluitend geografisch gebied waarop het samenwerkingsverband zich richt), als basis voor de hertekening van het ziekenhuislandschap.
 - Er zouden kwaliteitsvereisten moeten worden gedefinieerd die toelaten om de performantie van een toekomstige samenwerking te toetsen en deze na haar oprichting te evalueren.
 - Binnen de nieuwe samenwerkingsvormen dienen de verantwoordelijkheden m.b.t. gegevensbeheer en privacy duidelijk te worden bepaald.
 - Het budget van financiële middelen zou meer moeten kunnen worden afgebakend per pathologie, type dienstverlening of zorgprogramma, zodat op een transparante wijze kan worden overgestapt naar autonome samenwerkingsinitiatieven.
 - Voor de relatie van de samenwerkingsvormen met de externe referentiepunten voor zeldzame en complexe problematieken, dienen overeenkomsten sui generis te worden voorzien, gezien er tussen de refererende entiteiten onderling niet noodzakelijk een relatie dient te zijn. De ziekenhuizen kunnen er wel voor opteren om voor die referentiefuncties waar ook onderlinge samenwerking tussen de refererende entiteiten is (bv. indien een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid aangewezen is) één van de in dit rapport nieuw voorgestelde governance-structuren aan te wenden.

Aan de ziekenhuiskoepels en ziekenhuissector

- In een eerste fase wordt aanbevolen om te starten met een samenwerking tussen uitsluitend ziekenhuizen om zo tot afspraken te komen over de verdeling van algemene en gespecialiseerde functies per geografisch gebied.



- In het kader van de uitvoering van het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken wordt aanbevolen dat in de pilootprojecten de interactie tussen de locoregionale governance en de samenwerking tussen ziekenhuizen deel uitmaakt van de projectscope.
- Bij het opstarten van een samenwerkingsvorm dient te worden gezocht naar het model dat het best aansluit bij de doelstellingen van taakverdeling en samenwerking:
 - Een *gecoördineerd netwerk* wordt aanbevolen als opstap naar het *geïntegreerd zorgsysteem* voor locoregionale samenwerking rond algemene en gespecialiseerde ziekenhuisfuncties. Tijdens de overgangperiode is het aanbevolen het *gecoördineerd netwerk* te combineren met *autonome samenwerkingsinitiatieven* voor goed omschreven (klinisch, wettelijk, budgettair) zorgprogramma's of diensten.
- Er wordt gepleit voor het opstellen van een charter met principes van 'good governance' voor de samenwerking tussen ziekenhuizen, met een engagement rond (onder meer):
 - het voorkomen dat belangenconflicten een goede samenwerking en taakverdeling tussen ziekenhuizen belemmeren (bv. aanstellingsprocedure van leden raad van bestuur, onafhankelijke bestuurders, etc.);
 - het werkbaar houden van de governance-structuren door het aantal leden niet nodeloos uit te breiden;
 - het professionaliseren van de governance-organen;
 - het garanderen dat de stakeholders van de individuele organisaties van het samenwerkingsverband (bv. adviesorganen met patiëntvertegenwoordigers) een stem behouden in het beleid van het geheel.

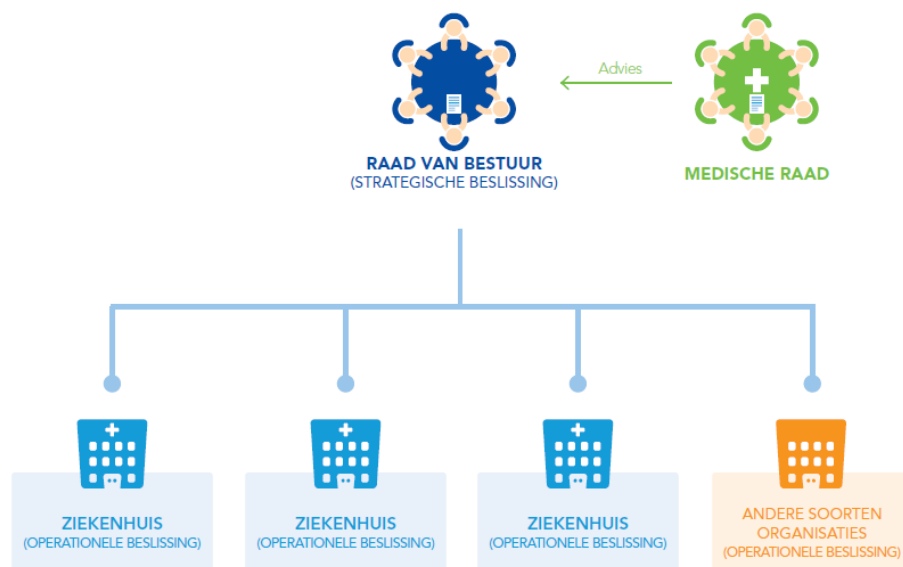
Aan de gefedereerde entiteiten

De huidige erkenningscriteria van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, zorgprogramma's en pathologie-specifieke samenwerkingsvormen dienen te worden gealigneerd met de nieuwe samenwerkingsvormen.



OVERZICHT AANBEVOLEN MODELLEN

Geïntegreerd zorgsysteem (Submodel 1)

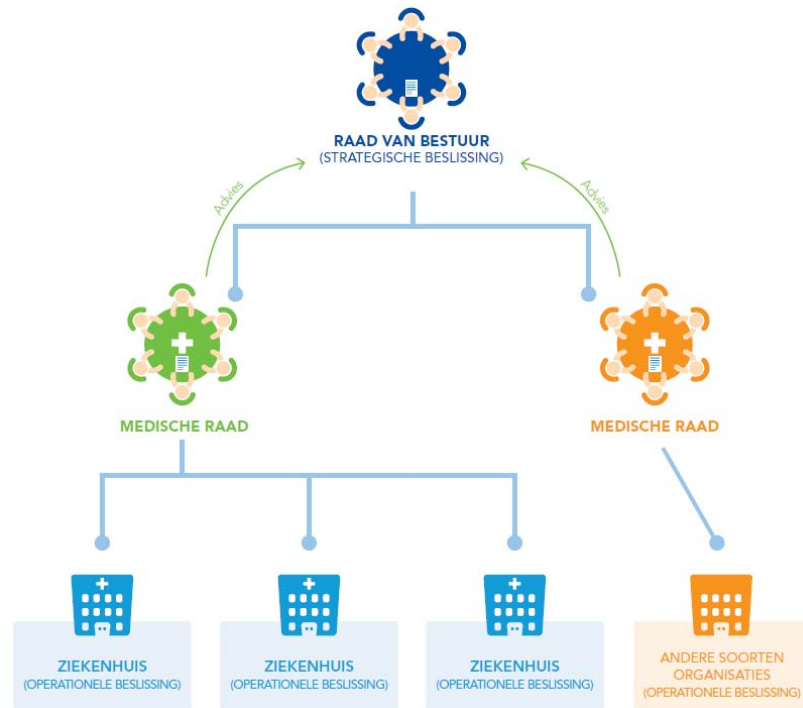


Een **geïntegreerd zorgsysteem** heeft het volgende governance-model:

- De eindverantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid over de strategische doelstellingen van het geïntegreerd zorgsysteem liggen bij de raad van bestuur van het geïntegreerd zorgsysteem. De dagelijkse leiding is in handen van een overkoepelend directiecomité.
- De vertaling van de strategische beslissingen naar operationele beslissingen wordt per ziekenhuis uitgevoerd door een operationele directie.
- Erkenningen en financiering van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en -functies zijn toe te wijzen aan de rechtspersoon die het geïntegreerd zorgsysteem uitbaat.
- Voor de adviesfunctie van de medische raad worden twee mogelijkheden voorzien:
 - Een **gemeenschappelijke medische raad** voor het geïntegreerd zorgsysteem.



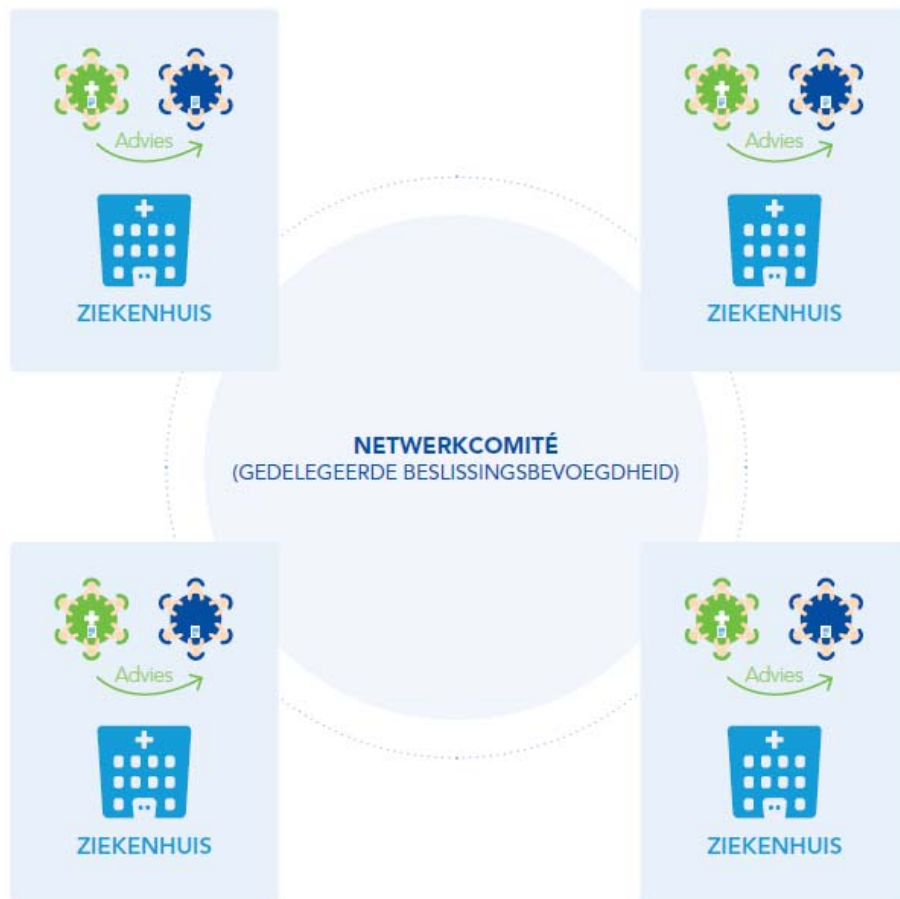
Geïntegreerd zorgsysteem (Submodel 2)



- Een gemeenschappelijke medische raad per sector (bv. aparte medische raad voor alle algemene ziekenhuizen en voor alle psychiatrische ziekenhuizen). Deze geven advies aan de raad van bestuur van het geïntegreerd zorgsysteem.



Gecoördineerd netwerk

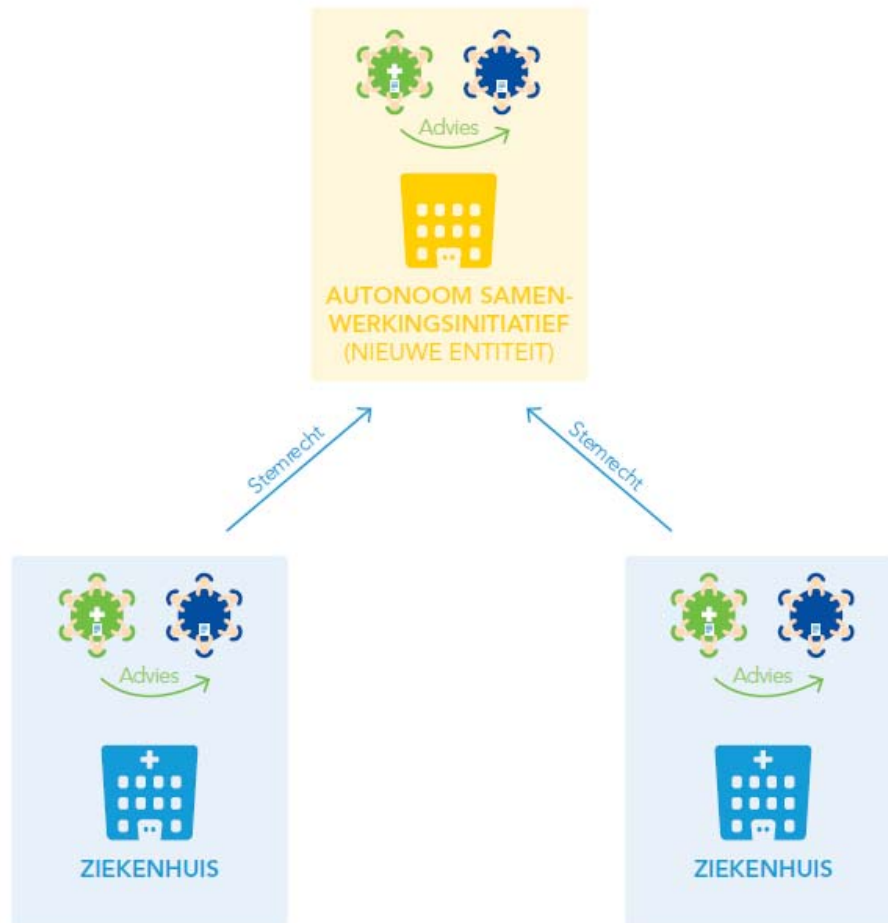


Een **gecoördineerd netwerk** heeft het volgende governance-model:

- Een netwerkcomité, met vertegenwoordiging van artsen, directie en bestuurders heeft beslissingsrecht over de activiteiten van het gecoördineerd netwerk zonder dat formele terugkoppeling naar de betreffende comités in de deelnemende ziekenhuizen nodig is.
- De governance-structuur van de individuele partners (beheerder, directie, medische raad) blijft bestaan maar delegeert bevoegdheden aan het netwerkcomité. Deze bevoegdheden worden expliciet vermeld in de overeenkomst tot oprichting van het gecoördineerd netwerk of in de statuten van de rechtspersoon van het gecoördineerd netwerk. Hiertoe kan enkel worden overgegaan met inachtneming van de bepalingen van Titel IV van de huidige wet op de ziekenhuizen.
- Erkenningen en financiering van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en -functies worden niet toegekend aan gecoördineerde netwerken. In erkenningsnormen van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en -functies kan 'het deel uitmaken' van een gecoördineerd netwerk wel als minimale vereiste worden vooropgesteld.



Autonoom samenwerkingsinitiatief



Een **autonoom samenwerkingsinitiatief** heeft het volgende governance-model:

- Het autonoom samenwerkingsverband heeft de eindverantwoordelijkheid. Een blijvende link met de oprichtende ziekenhuizen via stemrecht in de bestuursorganen is echter aangewezen.
- Eigen medische raad, conform de nieuwe ziekenhuiswetgeving
- Eigen raad van bestuur, conform de wetgeving op de betrokken rechtspersoon
- Eigen dagelijkse leiding
- De erkenning en financiering van ziekenhuisdiensten en -functies wordt verleend aan het autonoom samenwerkingsinitiatief.
- Om dergelijk samenwerkingsinitiatief mogelijk te maken dient de toepassing van de huidige ziekenhuiswet hiertoe te worden uitgebreid of dient er een specifiek normenstelsel te worden ontwikkeld.
 - In het eerste scenario kan er gekeken worden naar de bestaande wetgeving van de categorale ziekenhuizen.
 - In scenario twee kunnen aan de hand van artikel 81 van de huidige wet op de ziekenhuizen nieuwe regels worden uitgeschreven voor diensten die binnen of buiten het ziekenhuis dienen te gebeuren.
- Er dient over gewaakt te worden dat indien er bepaalde zorgprogramma's en/of diensten worden georganiseerd via een 'autonoom samenwerkingsinitiatief' de ziekenhuizen nog blijven voldoen aan de definitie van een ziekenhuis.



■ REFERENTIES

1. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Plan van aanpak - Hervorming Ziekenhuisfinanciering. 2015. Available from: http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/News/2015/nl/Plan_van_Aanpak_Ziekenhuisfinanciering_Commissie_VG_20150428.pdf
2. Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, B.S. 7 november 2008.
3. Eeckloo K. Hospital Governance in Vlaanderen: Exploratieve studie in internationaal perspectief. Leuven: 2008. Doctoral Dissertation Available from: <http://hdl.handle.net/1979/2612>
4. Provan KG, Kenis P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. Journal of public administration research and theory. 2008;18(2):229-52.
5. Yu S, Chen M. Performance impacts of interorganizational cooperation: a transaction cost perspective. Service Industries Journal. 2013;33(13-14):1223-41.
6. Koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de medische raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen, B.S. 18 augustus 1987.
7. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf



COLOFON

Titel:	Governancemodellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen – Synthese
Auteurs:	Kaat De Pourcq (UZ Gent & UGent), Melissa De Regge (UZ Gent & UGent), Stefaan Callens (KU Leuven & Advocatenkantoor Callens), Mathilde Coëffé (Advocatenkantoor Callens), Liesbeth Van Leuven (Advocatenkantoor Callens), Paul Gemmel (Universiteit Gent), Koen Van den Heede (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Kristof Eeckloo (UZ Gent & UGent)
Project coördinator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Raf Mertens (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Irm Vinck (KCE)
Externe experts:	Filip Dewallens (Dewallens & Partners, KU Leuven), Guy Durant (emeritus Cliniques universitaires Saint-Luc & Université catholique de Louvain), Pierre Gillet (CHU de Liège, Université de Liège), Dirk Ramaekers (Jessa Ziekenhuis & KU Leuven), Stéphane Rillaerts (Institut Jules Bordet)
Stakeholders:	Wim Allemeersch (AZ Sint-Rembert), Filip Ameye (AZ Maria Middelaes), Philip Ardies (AZ Sint Jozef Malle), Gilbert Bejjani (Association Belge des Syndicats Médicaux, ABSYM), Dirk Bernard (AZ Sint-Lucas Brugge), Sylvie Brichard (Clinique Notre-Dame de Grâce), Laurent Collignon (CHR de la Citadelle), Ivo Corthouts (AZ Sint-Blasius), François Burhin (Epicura), Françoise Clément (Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique, FHPB), Nabil Daouid (CHU de Charleroi), Peter De Becker (vzw Emmaüs), Chantal De Boevere (Raad Van Universitaire Ziekenhuizen van België, RUZB), Francis de Drée (CHU Brugmann), Wouter De Ploey (ZNA), Nathalie De Wever (AZ Sint-Augustinus Veurne), Marc Decramer (UZ Leuven), Niko Dierickx (AZ Sint-Lucas Brugge), Michelle Dusart (CHU Saint-Pierre), Jean-Pierre Genbauffe (Centre Hospitalier de Wallonie Picarde), Henri Germanos (Vivalia), Elke Haest (Sint-Maria Halle), Caroline Herrijgers (Domus Medica), Aline Hotterbeex (UNESSA), Patrick Itterbeek (Sint-Trudo Ziekenhuis), Philippe Jorens (Universitair Ziekenhuis Antwerpen), Jean-Paul Joris (Clinique St-Luc Bouge), Axel Kerkhofs (Sint-Maria Halle), Peter Lauwyck (Sint-Andries Tielt), Benoît Libert (Sainte-Elisabeth Namur), Jean-Marie Limpens (CHR Mons-Hainaut), Frank Lippens (Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze), Andy Iudicello (AZ Sint-Dimpna Geel), Michel Mahaux (Santhea), Georges Mairesse (Vivalia), Ludo Marcelis (AZ Delta), Renaud Mazy (Cliniques universitaires Saint-Luc), Stéphane Mercier (Groupe Jolimont & UNESSA), Ilke Montag (Imelda Ziekenhuis), Marc Noppen (UZ Brussel), Paul d'Otreppe (Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux), Johan Pauwels (AZ Heilige Familie), Karel Peeters (AZ Herentals), Geert Peuskens (Agentschap Zorg & Gezondheid), Dominique Piette (CHR Sambre & Meuse), Sebastian Spencer (Clinique Saint-Jean), Turgay Tuna (Hôpital Erasme), Christine Van Der Heyden (Agentschap Zorg & Gezondheid), Katrien Van Gerven (Heilig Hart Leuven), Edwin Van Laethem (Clinique Saint-Jean), Jacques van Rijckevorsel (Cliniques universitaires Saint-Luc), Marc Van Uytven (OLV Ziekenhuis Aalst), Dirk Vandebussche (AZ Alma), Joost Vastenavondt (AZ Jan Portaels), Pascal Verdonck (AZ Maria Middelaes), Peter Verhulst (AZ Damiaan), Frank Weekers (AZ Turnhout), Inge Wouters (AZ Jan Portaels)



Externe validatoren:	Patrick Kenis (Tilburg University & WU Vienna University of Economics and Business), Lutgart Van den Berghe (Vlerick Business School & GUBERNA), Matthias Wismar (European Observatory on Health Systems and Policies)
Acknowledgements:	We willen Olivier Camaly en Peter Willen van Möbius bedanken voor het modereren van de rondetafelgesprekken. We willen eveneens de deelnemers van de nationale en internationale case studies bedanken voor hun samenwerking: vzw Emmaüs, Vivalia, Iridium kankernetwerk, Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven (VZN), Réseau Zenith, Klinik Sankt Joseph, Centre Hospitalier Chrétien (CHC), Sankt Nikolaus Hospital, Southern Region of Denmark, Intermountain Healthcare (United States), Oncological network for the Area Vasta della Romagna (Italy), Embraze Kankernetwerk (the Netherlands).
Andere gemelde belangen:	Alle experts en stakeholders die in deze studie werden geconsulteerd, zijn geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij de governance van ziekenhuizen. Bijgevolg kunnen ze potentieel belangen hebben van diverse aard met betrekking tot het onderwerp van deze studie.
Infografie:	Julien Ligot (Fedopress), Stéfan Tiereliers (Fedopress)
Layout:	Ine Verhulst
Disclaimer:	<ul style="list-style-type: none">• De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.• Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.• Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).• Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.
Publicatiedatum:	11 januari 2017 (2nd edition; 1st edition: 16 december 2016)
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Decision Making, Organizational; Multi-Institutional Systems
NLM classificatie:	WX 157.4
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2016/10.273/89
ISSN:	2466-6432



Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Eeckloo K. Governancemodellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 277As. D/2016/10.273/89.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.