

## Rapport 84

September 2021

### Onderzoek naar de opportuniteit en de waarde van de parameters in het financieringssysteem voor de ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen

Onderzoekers: Carla Van Riet, Sofie Van Hecke, Robin Meysen, Michiel Van Baelen

Promotor: Carine Vande Voorde

Copromotor: Erik Schokkaert

Met de medewerking van An Vijverman, Christophe Lemmens, Koen Coomans, Margo Annemans, Ann Heylighen

#### Samenvatting (Download hier het [rapport](#))

In het kader van de zesde staatshervorming kreeg de Vlaamse regering de bevoegdheid om de regels vast te leggen voor de financiering van de investeringen in de ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen. Deze regeling werd uitgewerkt in het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 (gewijzigd door de Besluiten van de Vlaamse Regering van 6 juli 2018, 26 oktober 2018 en 17 mei 2019). Hierbij nam de Vlaamse regering als uitgangspunt dat grote infrastructuurprojecten in de ziekenhuissector, zoals nieuwbouw, grote verbouwingen en de financiering van zware medische apparatuur, ingepast moeten worden in haar zorgstrategische planning. Via deze planning moet de samenwerking tussen ziekenhuizen bevorderd worden en moet overinvestering vermeden worden.

Bij de concrete uitwerking van het financieringssysteem werd vertrokken van de bestaande logica en criteria van de vroegere federale wetgeving, maar werd ook rekening gehouden met de Europese regelgeving. In Hoofdstuk 2 van dit rapport worden de historiek van en de regelgeving rond de forfaits toegelicht, Hoofdstuk 3 gaat in op de gevolgen van de Europese regelgeving. Investeringsubsidies zijn een vorm van staatssteun en daarom slechts toegelaten wanneer het gaat om een dienst van algemeen economisch belang (DAEB). De ziekenhuizen komen voor deze kwalificatie in aanmerking maar dit vereist wel dat de subsidies onlosmakelijk verbonden zijn met hun openbardienstverplichtingen. De financiering van de ziekenhuisinfrastructuur moet dan ook een duidelijke link hebben met erkenningsnormen, programmatienormen, kwaliteitsnormen in de ziekenhuiswet, bouwtechnische en fysische normen (bv. rond brandveiligheid) of duurzaamheidscriteria. Bovendien mogen de subsidies niet hoger zijn dan nodig is om de uitvoering van de openbardienstverplichtingen te dekken.

Volgens de regels van het ESR (Europees Stelsel van Nationale Rekeningen) moeten investeringsbijdragen in de overheidsrekeningen worden geregistreerd op het moment dat de betaling verschuldigd is. Zelfs wanneer het subsidiebedrag gespreid in de tijd uitbetaald wordt, moet het volledige bedrag onmiddellijk op de begroting ingeschreven worden indien de ziekenhuizen beschikken over een onvoorwaardelijke vordering voor een zeker bedrag. Om dit te voorkomen heeft de Vlaamse regering geopteerd voor een forfaitair financieringssysteem. Hierbij krijgen de ziekenhuizen jaarlijkse investeringsforfaits die voor onbepaalde duur worden toegekend, maar die wel jaarlijks kunnen worden aangepast. Onder die voorwaarde moeten enkel de jaarlijks uitbetaalde forfaits in de begroting worden opgenomen.

Bij de concrete uitwerking van dit systeem werden twee vormen van forfaits ingevoerd. Voor nieuwbouw, voor uitbreiding en voor herconditionering wordt een strategisch forfait toegekend. Dat strategisch forfait slaat op alle uitgaven gerelateerd aan het onroerend deel van de nieuwbouw en op de uitgaven van de eerste roerende investeringen (zowel voor medisch als voor niet-medisch materieel) die noodzakelijk zijn om de infrastructuur in gebruik te nemen. Het wordt toegekend voor onbepaalde duur met een proportionele toeslag om de financiële lasten te dekken. Een instandhoudingsforfait wordt toegekend voor investeringen die nodig zijn voor het in exploitatie houden van bestaande infrastructuur. Het gaat hierbij om groot onderhoud en om vervangingswerken, nodig om kwalitatieve dienstverlening te blijven waarborgen. Ook het instandhoudingsforfait wordt toegekend voor onbepaalde duur.

De huidige forfaits hebben een duidelijke structuur waarbij vertrokken wordt van de verschillende functies van het ziekenhuis. Op basis daarvan worden zogenaamde “parameters” afgeleid. Elk van die parameters wordt uitgedrukt in eenheden. Per eenheid worden een ruimtebehoefte (in m<sup>2</sup>) en een bouwprijs per m<sup>2</sup> vastgelegd. Die laatste kan voor de verschillende parameters verschillen: zo liggen de bouwkosten voor een operatiekwartier gevoelig hoger dan die voor een plaats in een dagziekenhuis. De kosten per parameter kunnen dan uitgedrukt worden als:

$$\text{kosten per parameter} = (\text{aantal eenheden}) \times \left( \frac{\text{m}^2}{\text{eenheid}} \right) \times \left( \frac{\text{kosten}}{\text{m}^2} \right)$$

Om de totale bouwkost te berekenen worden de kosten over alle parameters opgeteld. Ze worden omgezet in een strategisch forfait door te delen door een hypothetische levensduur van 40 jaar. Er worden proportionele toeslagen toegepast voor onder andere een (gedeeltelijke) subsidiëring van herallocaties en van de financieringslasten. Het instandhoudingsforfait wordt in de huidige regelgeving afgeleid van het strategisch forfait. Voor de gedetailleerde berekeningen verwijzen we naar Hoofdstuk 1.

Reeds van bij de invoering van het nieuwe systeem werd aangekondigd dat er snel een actualisering van de benadering, van de parameters en van de kostencijfers zou moeten komen. De parameters en eenheden die in het huidige systeem gebruikt worden zijn grotendeels gebaseerd op de benadering in het Ministerieel Besluit van 11 mei 2007, dat nu reeds bijna 15 jaar oud is. Ondertussen is het ziekenhuislandschap grondig gewijzigd, onder meer door de sterke daling van de gemiddelde verblijfsduur, die gepaard is gegaan met een stijgend aandeel van ambulante zorg. Het ziekenhuis van de toekomst zal er naar verwachting heel anders uitzien dan de huidige ziekenhuizen. Een toekomstgericht financieringssysteem voor de ziekenhuisinfrastructuur moet inspelen op deze tendensen en zal dan ook moeten werken met aangepaste parameters en eenheden, waarbij het aantal bedden minder determinerend zou mogen zijn. Ook de gehanteerde ramingen van kosten en ruimtebehoeften zijn ondertussen voorbijgestreefd. Een aangepast financieringssysteem moet gebruik maken van geactualiseerde ramingen.

In opdracht van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) is binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een studie uitgevoerd om het noodzakelijke materiaal voor deze actualisering aan te brengen. In dit rapport stellen we een gemoderniseerd systeem van parameters en eenheden voor (Hoofdstuk 4). Vervolgens rapporteren we over de resultaten van ons onderzoek waarin geactualiseerde informatie werd verzameld over de reële kosten van nieuwbouw en van instandhouding. Dit gebeurde bij middel van een enquête bij alle ziekenhuizen voor het instandhoudingsforfait en met een gerichte inzameling van gegevens bij diverse recente bouwprojecten

voor het strategisch forfait. De resultaten voor de algemene ziekenhuizen worden samengevat in Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6, die voor de psychiatrische ziekenhuizen in Hoofdstuk 7 en Hoofdstuk 8. Om redenen die worden uiteengezet in Hoofdstuk 11 was het voor ons niet mogelijk om ook resultaten te tonen voor de universitaire en de revalidatieziekenhuizen.

We gaan ook dieper in op twee specifieke pijnpunten in het huidige systeem. In Hoofdstuk 9 suggereren we de mogelijkheid om een zogenaamde herallocatietoeslag in te voeren. In het huidige systeem wordt een proportionele toeslag van 30% voor herconditionering toegepast. Een dergelijke forfaitaire toeslag biedt veel vrijheid aan de ziekenhuizen, maar kan perverse prikkels genereren wanneer ziekenhuizen “dure” door “goedkope” parameters willen vervangen. Bovendien kan het wenselijk zijn om aan de overheid een bijkomend sturingsinstrument ter beschikking te stellen in een zorgomgeving waar de rol van de ziekenhuizen verandert. Indien de overheid inderdaad beslist een herallocatietoeslag in te voeren, moet er een beslissing genomen worden over (a) de generositeit van de compensatie; en (b) de kostenverschillen tussen nieuwbouw en herallocatie. Er kan naar gestreefd worden om deze toeslag op een budgetneutrale wijze in te voeren.

De financieringskosten worden thans opgevangen door een proportionele toeslag, die gevonden werd op basis van een gewogen gemiddelde van verschillende intrestpercentages en ontleningstermijnen. We stellen voor om deze financieringstoeslag te laten afhangen van de evolutie van een basisrentevoet (zoals de lineaire obligatie) met daar bovenop een herzienbare marge (Hoofdstuk 10).

Bij het strategisch forfait voor de algemene ziekenhuizen behouden we in grote lijnen de huidige set van parameters, maar we suggereren wel om de zorgondersteunende diensten [centrale sterilisatieafdeling (CSA), spoed, labo, apotheek en medische beeldvorming] apart te houden. We pleiten er ook voor om prikkels in te bouwen in de definitie van de gebruikte eenheden. Voor CSA, apotheek en labo stellen we voor om een netwerkstimulans in te voeren, d.w.z. om de forfaits minder genereus te maken wanneer ze op het niveau van een ziekenhuis worden uitgebouwd in plaats van op het niveau van het netwerk of een ander samenwerkingsverband. Bij de bespreking van de resultaten stellen we verschillende opties voor om de (niet zorg-) ondersteunende diensten toe te wijzen. De uiteindelijke beslissing hierover is een beleidskeuze. In tegenstelling tot het huidige systeem, stellen we voor om het instandhoudingsforfait niet te bepalen als een afgeleide van het strategisch forfait, maar rechtstreeks schattingen van de jaarlijkse kosten van instandhouding te koppelen aan de parameters/eenheden. Informatie over die kosten werd afgeleid uit een gedetailleerde bevraging bij de Vlaamse algemene ziekenhuizen.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen stellen we een nieuw systeem van parameters en eenheden voor, dat niet vertrekt van de “functies” van het ziekenhuis, maar wel van “zorggroepen” met verschillende infrastructurele noden. Omdat de geestelijke gezondheidszorg gekenmerkt wordt door een steeds meer leeftijdsgerichte organisatie, werd leeftijd (kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen) als bijkomend criterium voor de definitie van de zorggroepen gebruikt. Het empirisch materiaal voor het strategisch forfait is gebaseerd op een beperkte set van recente nieuwbouw- en verbouwprojecten van psychiatrische ziekenhuizen. Deze resultaten moeten dan ook voorzichtig geïnterpreteerd worden. Zoals bij de algemene ziekenhuizen, wordt ook bij de psychiatrische ziekenhuizen het instandhoudingsforfait niet langer bepaald als een afgeleide van het strategisch forfait, maar wordt gebruik gemaakt van informatie over de jaarlijkse kosten van instandhouding. De gegevens die we hierover verzameld hebben met een bevraging bij de psychiatrische ziekenhuizen zijn wel rijk genoeg om onze voorstellen op een empirische manier in te vullen.

In al deze gevallen tonen we empirische observaties van de bouwkost per m<sup>2</sup> voor de verschillende parameters. We tonen ook schattingen van het ruimtegebruik dat samenhangt met de verschillende eenheden. Dat geobserveerde ruimtegebruik kan echter niet zomaar gelijkgesteld worden aan de “ruimtebehoefte” in de definitie van de forfaits. De feitelijke situatie komt immers niet noodzakelijk overeen met de wenselijke situatie, ook al omdat de ziekenhuizen hun investeringsbeslissingen genomen hebben binnen een vastliggend reguleringskader en rekening houdend met hun al dan niet beperkte budgettaire mogelijkheden.

Hoofdstuk 11 geeft een overzicht van de concrete stappen die moeten gezet worden om de bevindingen van dit rapport in het beleid te implementeren en om onze schattingen in de toekomst te actualiseren. We beschrijven ook de beleidsruimte die er voor de beleidsmakers overblijft: op verschillende plaatsen hebben we immers verschillende opties voorgesteld (bijvoorbeeld voor de behandeling van de ondersteunende diensten), en ons voorstel bevat een reeks van variabele coëfficiënten die door de beleidsmakers kunnen vastgelegd worden (bv. de gewichten in de gewogen formules, de omvang van de netwerkstimulans, de coëfficiënten in de herallocatietoeslag). In Bijlage XI wordt het voorgestelde financieringssysteem geoperationaliseerd. Verschillende beleidsopties worden toegelicht in beleidsfiches. Voor de analyse van de budgettaire impact van de beleidsopties werd een simulatiemodel in Excel ontwikkeld dat de gevolgen van verschillende beleidskeuzes doorrekent.

Maar toekomstige wijzigingen kunnen nog veel verder gaan. Een mogelijkheid is om op een meer expliciete wijze in te spelen op de tendens naar ambulantisering van de zorg en de rol die de ziekenhuizen daarin moeten spelen. Een andere uitdaging vormt de verschillende aanpak die we hebben voorgesteld voor de algemene ziekenhuizen en voor de psychiatrische ziekenhuizen, waarbij voor deze laatste een benadering in functie van zorggroepen werd uitgewerkt. Zoals hierboven reeds gesuggereerd, zou men in de toekomst kunnen overwegen om ook voor de algemene ziekenhuizen stapsgewijs in die richting te bewegen.