

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

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

Carla Van Riet¹
Sofie Van Hecke¹
Robin Meysen¹
Michiel Van Baelen¹

Erik Schokkaert¹
Carine Vande Voorde¹

Met de medewerking van:

An Vijverman²
Christophe Lemmens²
Koen Coomans³
Margo Annemans³
Ann Heylighen³

¹ Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen, KU Leuven

² Dewallens & Partners

³ Departement Architectuur, Research[x]Design



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2021/20

SWVG-Rapport 84

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Onderzoek naar de opportuniteit en de waarde van de parameters in het financieringssysteem voor de ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen

Promotor: Carine Vande Voorde

Copromotor: Erik Schokkaert

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

Coördinatie SWVG: Kathleen De Cuyper

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

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

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 historische van en de regelgeving rond de forfaiten 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 openbaardienstverplichtingen. 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 openbaardienstverplichtingen 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 m²) en een bouwprijs per m² 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 netwerkstimulus 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 m² 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.

Inhoud

Lijst met tabellen	12
Lijst met figuren	14
DEEL I: ALGEMENE ACHTERGROND EN DOEL VAN DE STUDIE	15
Hoofdstuk 1 Situering en doelstelling van het onderzoek	15
1 Kernelementen van het huidige forfaitaire systeem	15
1.1 Levenscyclusbenadering: strategisch en instandhoudingsforfait	16
1.2 Opbouw van het forfait	18
1.3 Voor- en nadelen van een systeem met forfaits	21
2 Nood aan aanpassing	22
3 Toekomstgerichte financiering: het ziekenhuis van de toekomst	23
3.1 Het ziekenhuis van de toekomst	23
3.2 Regulering of financiële prikkels?	25
4 Bijkomende beperkingen: overheidsbudget en Europese regelgeving	27
4.1 De budgetbeperking van de overheid	27
4.2 Europese regelgeving rond overheidssteun	27
5 Structuur van het rapport	28
DEEL II: JURIDISCH KADER	29
Hoofdstuk 2 Historiek van het juridisch kader	29
1 Synthese	29
2 Historiek	30
2.1 Vóór de zesde staatshervorming	30
2.2 Na de zesde staatshervorming	48
3 Nieuw financieringsmodel	57
3.1 Totstandkoming	57
3.2 Het strategisch forfait	60
3.3 Het instandhoudingsforfait	76
Hoofdstuk 3 Invloed van de Europese regelgeving	81
1 Synthese	81
2 Europees stelsel voor nationale en regionale rekeningen (ESR)	82
2.1 Situering	82
2.2 Beschrijving van het ESR	82
2.3 Gevolgen voor investeringssubsidies	89
2.4 Boekhoudkundige verwerking door de ziekenhuizen	93

3	Staatssteun	94
3.1	Infrastructuursubsidies als staatssteun	94
3.2	DAEB-vrijstellingsbesluit	104
DEEL III: PARAMETERS EN KOSTEN VOOR STRATEGISCH FORFAIT EN INSTANDHOUDINGSFORFAIT		129
Hoofdstuk 4	Parameters en eenheden	129
1	Algemene criteria	129
1.1	Een samengestelde formule: parameters, eenheden, kosten	129
1.2	Pragmatische criteria voor de keuze van parameters en eenheden	130
1.3	Keuze van parameters: inhoudelijke criteria	130
1.4	Keuze van eenheden: inhoudelijke criteria	132
2	Parameters en eenheden voor de algemene ziekenhuizen	137
2.1	Huidige parameters en eenheden	137
2.2	Voorstel nieuwe parameters	143
3	Parameters en eenheden voor de psychiatrische ziekenhuizen	157
3.1	Huidige parameters en eenheden	158
3.2	Voorstel nieuwe parameters	160
3.3	Voorstel nieuwe eenheden	173
Hoofdstuk 5	Het strategisch forfait voor de algemene ziekenhuizen	177
1	Inzameling van de gegevens	177
1.1	Keuze van methode	177
1.2	Opmaak van het sjabloon	178
1.3	Selectie en deelname van de ziekenhuizen	179
2	Verwerking van de gegevens	180
2.1	Definitie bouwkosten	180
2.2	Opsplitsing van de bouwkosten per type ruimte en per bouwfase	180
2.3	Toewijzing ruimtes en diensten aan parameters en eenheden	181
2.4	Berekening van het ruimtegebruik	185
2.5	Vergelijkingsbasis voor de resultaten	186
3	Resultaten: bouwkost per m ²	188
3.1	Basisgegevens	188
3.2	Bouwkost per m ² (zonder PF4)	192
3.3	De behandeling van PF4 (roerend medisch en niet-medisch materieel)	194
4	Resultaten: ruimtegebruik	195
5	Besluit	196
Hoofdstuk 6	Het instandhoudingsforfait voor de algemene ziekenhuizen	199
1	Inzameling van de gegevens	199
1.1	Keuze van methode	199
1.2	Detail van de opgevraagde gegevens	200
1.3	Verloop van de gegevensinzameling	203

2	Verwerking van de gegevens	204
2.1	Keuzes inputgegevens	205
2.2	Algemene berekeningswijze van de kosten per m ² per jaar	209
2.3	Beperkingen van de opgevraagde gegevens	210
2.4	Toewijzing investeringen en kosten aan parameters en eenheden	211
2.5	Correcties op rekeningen en kostenplaatsen	213
3	Resultaten van de kostenanalyse	214
3.1	De kost per m ² met de huidige parameters	214
3.2	De kost per m ² met de nieuwe parameters	216
4	Resultaten ruimtegebruik	220
5	Besluit	223
Hoofdstuk 7 Het strategisch forfait voor de psychiatrische ziekenhuizen		225
1	Gegevensinzameling	225
1.1	Onderzoeksmethode	225
1.2	Herwerking van het sjabloon	226
1.3	Selectie en deelname van de ziekenhuizen	227
2	Gegevensverwerking	229
2.1	Controle van de gegevens	229
2.2	Opsplitsing van bouwkosten en oppervlakten per zorggroep, type ruimte en bouwfase	230
2.3	Allocatie van ruimtes en diensten aan de voorgestelde parameters	231
2.4	Berekeningswijze van het ruimtegebruik	236
2.5	Vergelijkingsbasis in het huidige systeem	236
3	Resultaten bouwkost per m ²	237
3.1	Basisgegevens	237
3.2	Bouwkost per m ² voor de basis zorggroepen	240
3.3	Bouwkost per m ² voor de basis plus zorggroep	241
3.4	Bouwkost per m ² voor apotheek, therapie en ondersteunende diensten	242
4	Resultaten ruimtegebruik	243
5	Besluit	245
Hoofdstuk 8 Het instandhoudingsforfait voor de psychiatrische ziekenhuizen		247
1	Inzameling van de gegevens	247
1.1	Detail van de opgevraagde gegevens	247
1.2	Verloop van de gegevensinzameling	248
2	Verwerking van de gegevens	249
2.1	Definities van kosten en ruimtegebruik	249
2.2	Toewijzing van m ² en kosten aan zorggroepen	251
2.3	Toewijzing van ondersteunende diensten aan zorggroepen	255
2.4	Correcties op rekeningen en kostenplaatsen	256

3	Resultaten van de kostenanalyse	257
3.1	De kost per m ² met de huidige parameters	257
3.2	De kost per m ² met de nieuwe parameters	258
4	Resultaten ruimtegebruik	263
4.1	Ruimtegebruik per zorggroep gebaseerd op gegevens van de enquête	263
4.2	Extra ruimtebehoefte voor gedwongen opnames	268
4.3	Ruimtebehoefte gebaseerd op antwoorden van de psychiatrische ziekenhuizen	268
5	Besluit	269
DEEL IV: HERALLOCATIE EN FINANCIERING		271
Hoofdstuk 9 Een herallocatietoeslag als prikkel voor vernieuwing?		271
1	Levenscyclus en herconditionering: probleemstelling	271
2	Aanpassing van de levensduur?	272
3	De herallocatietoeslag: vragen en een voorstel	273
3.1	De logica van de huidige proportionele toeslag voor herconditionering	274
3.2	Een voorstel: de herallocatietoeslag	275
4	Kosten van de herallocatiecomponent: enkele partiële resultaten	277
5	Beleidskeuzes	279
Hoofdstuk 10 De financieringscomponent		281
1	Vragen bij het huidige systeem	281
2	Een alternatief voor het huidige systeem?	282
2.1	Financiering los van de forfaits?	282
2.2	Verhoging van de forfaits: een mogelijk alternatief	283
2.3	Overblijvende vragen	284
DEEL V: IMPLEMENTATIE		285
Hoofdstuk 11 Implementatie		285
1	De berekening van de forfaits	285
1.1	Het strategisch forfait voor de algemene ziekenhuizen	285
1.2	Het instandhoudingsforfait voor de algemene ziekenhuizen	287
1.3	Het strategisch forfait voor de psychiatrische ziekenhuizen	288
1.4	Het instandhoudingsforfait voor de psychiatrische ziekenhuizen	290
2	Ruimtegebruik en ruimtebehoeften	291
3	Universitaire ziekenhuizen en revalidatieziekenhuizen	293
3.1	Universitaire ziekenhuizen: stappenplan	293
3.2	Revalidatieziekenhuizen: stappenplan	294
4	Uitdagingen voor de toekomst	294
4.1	Samenwerking, ambulantisering en flexibiliteit: de opinies van de ziekenhuizen	294
4.2	Duurzaamheid	296

4.3	Nieuwe juridische constructies en bouwvormen	297
4.4	Patiëntenvoorkeuren	297
5	Aanpassing en updating van de forfaits	298
5.1	Onze resultaten als een momentopname	298
5.2	Toekomstige aanpassingen	299
	Bijlagen	301

Lijst met tabellen

Tabel 1	Componenten van het strategisch forfait	19
Tabel 2	Ophoging bouwkost	19
Tabel 3	Inschatting van de realiteitswaarde van de huidige waarde van de onderdelen van het forfait	23
Tabel 4	Parameters en eenheden voor het strategisch en instandhoudingsforfait in het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) van 14 juli 2017	138
Tabel 5	Voorstel van parameters en eenheden voor het strategisch en instandhoudingsforfait	144
Tabel 6	Inzameling van het aantal eenheden: bevoegde instanties	157
Tabel 7	Parameters en eenheden voor het strategisch en instandhoudingsforfait in het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017	158
Tabel 8	Parameters en eenheden voor de forfaits van de psychiatrische ziekenhuizen	175
Tabel 9	Kostenverdeling per type dienst en per bouwfase	181
Tabel 10	Toewijzing van ruimtes en diensten aan parameters	183
Tabel 11	Eenheden gebruikt voor de berekening van het ruimtegebruik	186
Tabel 12	Vergelijkingsbasis resultaten voor ruimtebehoefte en bouwkost op basis van huidige forfaits	187
Tabel 13	Totale kosten (zonder PF4) voor de zes nieuwbouwziekenhuizen	189
Tabel 14	Totale netto-oppervlakte voor de zes nieuwbouwziekenhuizen	190
Tabel 15	Bouwkost per m ² (zonder PF4)	193
Tabel 16	Verhouding tussen totale kosten inclusief PF4 en totale kosten zonder PF4	195
Tabel 17	Ruimtebehoefte in m ² per eenheid	196
Tabel 18	Definities onroerende investeringen opgenomen in de bevraging van de algemene ziekenhuizen	200
Tabel 19	Respons van de bevraging van de algemene ziekenhuizen	204
Tabel 20	Erkende bedden/plaatsen en aantal m ² voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis voor de algemene ziekenhuizen in de dataset	213
Tabel 21	Kosten en termijn toestellen uit de toestelfinanciering	214
Tabel 22	Gemiddelde jaarlijkse €/m ² met huidige parameters	215
Tabel 23	Vergelijking kosten (jaarlijkse €/m ²) en de bouwkostcomponent van het huidig instandhoudingsforfait	216
Tabel 24	Gemiddelde jaarlijkse €/ m ² met voorgestelde parameters	217

Tabel 25	Gemiddelde jaarlijkse €/ m ² met voorgestelde parameters (incl. huurlasten)	218
Tabel 26	Impact van de opname van ondersteunende diensten in de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis op de kosten per m ² (op basis van gegevens exclusief huur)	220
Tabel 27	M ² huidige parameters op basis van de eenheden uit het instandhoudingsforfait van 2018	221
Tabel 28	M ² per eenheid van de voorgestelde parameters op basis van beschikbare eenheden	222
Tabel 29	M ² per eenheid van de nieuwe parameters op basis van verantwoorde bedden	223
Tabel 30	Aantal beschikbare bouwdoSSIers en eenheden per parameter ter berekening van de resultaten	232
Tabel 31	Toewijzing van ruimtes en functies aan parameters	234
Tabel 32	Vergelijkingsbasis resultaten psychiatrische ziekenhuizen voor ruimtebehoefte en bouwkost op basis van huidige forfaits	237
Tabel 33	Totale bouwkosten PF123, totale bouwkost PF4 (in euro) en totale netto oppervlakte (m ²)	238
Tabel 34	Basis zorggroepen: bouwkost per m ² (in euro)	240
Tabel 35	Basis plus zorggroep: bouwkost per m ² (in euro)	241
Tabel 36	Overige parameters: bouwkost per m ² (in euro)	242
Tabel 37	Ruimtegebruik per parameter (in m ²)	244
Tabel 38	Respons van de bevraging van de psychiatrische ziekenhuizen	249
Tabel 39	Toewijzing van kostenplaatsen aan zorggroepen: invultabel in de enquête	253
Tabel 40	Toewijzing van kostenplaatsen aan zorggroepen: resultaten	254
Tabel 41	Verdeling van het aantal erkenden bedden en plaatsen over de zorggroepen	255
Tabel 42	Kosten per m ² voor de huidige parameters – ondersteunende diensten apart	257
Tabel 43	Kosten per m ² voor de nieuwe parameters met de ondersteunende diensten apart –exclusief huurlasten	259
Tabel 44	Kosten per m ² voor de nieuwe parameters met de ondersteunende diensten apart – inclusief huurlasten	260
Tabel 45	Jaarlijkse kosten per m ² voor de nieuwe parameters met toewijzing (i.) en (ii.) van kosten en m ² van de ondersteunende diensten – exclusief huurlasten	261
Tabel 46	Kosten per m ² voor de nieuwe parameters met toewijzing van kosten en m ² van de ondersteunende diensten (2 toewijzingen) – inclusief huurlasten	263
Tabel 47	Ruimtegebruik per zorggroep op basis van aantal erkende bedden/plaatsen die aanwezig zijn in een zorggroep (n=22) – ondersteunende diensten apart	264

Tabel 48	Ruimtegebruik per zorggroep op basis van aantal erkende bedden/plaatsen die aanwezig zijn in een zorggroep (n=22) – met toewijzing van de ondersteunende diensten op basis van aantal m ²	267
Tabel 49	Minimaal of financieel realistisch aantal m ² voor verschillende infrastructuurelementen – gemiddelde van de antwoorden in de enquête	269
Tabel 50	Ruimtegebruik in algemene ziekenhuizen: vergelijking van de resultaten in de nieuwbouwprojecten en in de enquête	292
Tabel 51	Ruimtegebruik in psychiatrische ziekenhuizen: vergelijking van de resultaten in de nieuwbouwprojecten en in de enquête	292
Tabel 52	Voorkeuren van de patiënten, zoals gepercipieerd door ziekenhuizen	298

Lijst met figuren

Figuur 1	Illustratie van een getrapte benadering van het aantal eenheden	134
Figuur 2	Voorkeuren voor pooling infrastructuur bij algemene ziekenhuizen (n=31)	295
Figuur 3	Belang van flexibel bouwen volgens de algemene ziekenhuizen (n=31)	296

DEEL I: ALGEMENE ACHTERGROND EN DOEL VAN DE STUDIE

Hoofdstuk 1

Situering en doelstelling van het onderzoek

In dit eerste hoofdstuk beschrijven we de algemene achtergrond van deze studie en gaan we in op onze belangrijkste uitgangspunten. We vertrekken daarbij van een beschrijving van het huidige financieringssysteem voor ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen, met strategische en instandhoudingsforfaits (sectie 1). In sectie 2 geven we een overzicht van mogelijke redenen voor een aanpassing van het bestaande systeem. Deze aanpassing moet gebeuren op een toekomstgerichte wijze: het ziekenhuis van de toekomst zal er zeer waarschijnlijk anders uitzien dan de ziekenhuizen van nu. De belangrijkste uitdagingen in dit verband komen aan bod in sectie 3. In die sectie bespreken we ook op welke wijze het financieringssysteem ziekenhuizen zou kunnen stimuleren om hun infrastructuurbeslissingen op een toekomstgerichte wijze te nemen. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met de budgetbeperking van de overheid en met de verplichtingen opgelegd door de Europese regelgeving (sectie 4). Tenslotte beschrijven we bondig de verdere structuur van dit rapport (sectie 5).

We hebben voor deze studie twee belangrijke onderzoekslijnen gevolgd. In de eerste plaats werd een lange reeks experts geconsulteerd: het ging hierbij vanzelfsprekend om experts binnen de administratie maar ook om academici, architecten, aannemers, mensen uit de financiële sector, vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en van hun koepelorganisaties¹.

In de tweede plaats werden recente kostengegevens verzameld via een uitgebreide enquête. Om informatie te krijgen voor het instandhoudingsforfait werden de ziekenhuizen gecontacteerd met de vraag om ons relevante boekhoudkundige gegevens te bezorgen en de nodige informatie om die gegevens te interpreteren. 37 algemene ziekenhuizen en 22 psychiatrische ziekenhuizen hebben de enquête ingevuld. Voor de nieuwbouwprojecten werd op een gerichte wijze informatie opgevraagd bij ziekenhuizen en architecten die recent in een nieuwbouwproject betrokken waren. De procedure van gegevensverzameling wordt uitvoerig toegelicht in de relevante hoofdstukken 5-8.

1 Kernelementen van het huidige forfaitaire systeem

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). De achtergrond en de

1 De samenstelling van de stuurgroep van deze studie is opgenomen in 0. We hebben voor deze studie beroep kunnen doen op de expertise aanwezig in de Vlaamse ziekenhuizen. Om de anonimiteit van de ziekenhuizen die aan de studie hebben meegewerkt te garanderen, nemen we de namen van de geconsulteerde experts binnen de ziekenhuizen niet op in 0.

inhoud van deze besluiten worden op een gedetailleerde wijze uiteengezet in Hoofdstuk 2. Hier geven we een korte beschrijving van de belangrijkste kenmerken van het nieuwe financieringssysteem.

De Vlaamse regering nam als essentieel 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 (zie Hoofdstuk 3 in dit rapport). 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 werd er 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 forfaiten in de begroting worden opgenomen.

De Europese regelgeving was ongetwijfeld een belangrijke reden om over te schakelen op een systeem met forfaiten. Bij de invoering werd echter ook gewezen op andere voordelen van een forfaitair systeem. We komen daarop terug in sectie 1.3 wanneer we de concrete uitwerking van de Vlaamse infrastructuursubsidies hebben toegelicht, maar we kunnen hier reeds vermelden dat de forfaiten bijdragen tot een duidelijke en transparante financiering (zowel voor de ziekenhuizen als voor de overheid) en tot een grotere responsabilisering van de ziekenhuizen om overbodige en dure investeringen te vermijden. Het gedeelte van de investeringen dat niet (of onvoldoende) via de forfaiten wordt gesubsidieerd moet immers via eigen middelen of leningen worden gefinancierd.² In elk geval beïnvloedt de toekenning van forfaiten voor onbepaalde duur grondig de planningshorizon van de Vlaamse ziekenhuizen. We beschrijven nu eerst de basislogica van het forfaitaire systeem (sectie 1.1) en gaan daarna dieper in op de concrete uitwerking (sectie 1.2).

1.1 Levenscyclusbenadering: strategisch en instandhoudingsforfait

Om de totale bedragen van bouw- en onderhoudsuitgaven om te zetten in een forfaitair systeem werd uitgegaan van een levenscyclusbenadering. Er werd verondersteld dat ziekenhuisinfrastructuur een levenscyclus heeft van 40 jaar, waarbij de nodige werken als volgt kunnen worden opgedeeld:

- in het jaar 0 wordt een nieuwbouw gerealiseerd. Dit gaat gepaard met investeringen in onroerend goed (bv. gebouw, omgevingswerken, aanloopkosten), roerende goederen (medisch en niet-medisch materieel dat nodig is voor ingebruikname) en financiële kosten;
- in jaar 10 is een eerste groot onderhoud noodzakelijk (bestaande uit onderhoudswerken aan het gebouw en herinvestering in materieel);

2 Hetzelfde principe kan natuurlijk ook in andere systemen worden toegepast.

- in jaar 20 wordt een grondige herconditionering van de bestaande infrastructuur gepland (bestaande uit werken binnen de schil van het gebouw en herinvestering in materieel en financiële lasten);
- in jaar 30 is er opnieuw een fase van groot onderhoud, mogelijk gecombineerd met afbraakwerken op het einde van de levensduur.

Bij de kosten van nieuwbouw, groot onderhoud en herconditionering wordt ook rekening gehouden met de noodzakelijke roerende investeringen en met de financiële lasten op de leningen die aangegaan werden om de investering te financieren. Het gaat hier vanzelfsprekend om een hypothetisch model, maar er werd wel van uitgegaan dat het voldoende realiteitswaarde had om een systeem met twee afzonderlijke forfaits te onderbouwen. Zo kunnen de investeringsplanning in het jaar 0 en het jaar 20 respectievelijk in het jaar 10 en 30 worden omgewisseld ingeval het eerst de intentie is om de bestaande bouw te herconditioneren en pas in een latere fase over te gaan tot nieuwbouw. Een ziekenhuis kan uiteraard meerdere strategische forfaits opvragen, in functie van de gespreide realisatie van een masterplan.

1.1.1 Strategisch forfait

Voor nieuwbouw, voor uitbreiding en voor herconditionering wordt een strategisch forfait toegekend, op voorwaarde dat deze plannen passen binnen het zorgstrategisch kader voor Vlaanderen. Dat strategisch forfait slaat op alle onroerende uitgaven gerelateerd aan 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.

1.1.2 Instandhoudingsforfait

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. Kleine verbouwingswerken en herinvesteringen in materieel die niets essentieels wijzigen binnen het zorgstrategisch planningskader worden ook gedekt door het instandhoudingsforfait. Het wordt toegekend voor onbepaalde duur en kan door het ziekenhuis naar eigen planning besteed worden.

Het is niet altijd evident om het verschil te bepalen tussen “groot onderhoud” en “renovatie” (gedekt door het instandhoudingsforfait) enerzijds, en “herconditionering” (gedekt door het strategisch forfait) anderzijds. In het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen (2017) wordt herconditionering omschreven als “de infrastructuurwerken om (1) een gebouw volledig of gedeeltelijk te strippen, of (2) een wijziging van diensten die gepaard gaat met een herallocatie van diensten of functies met een noodzakelijke grondige aanpassing van de infrastructuur.”³ Alle andere aanpassingen die worden uitgevoerd worden geacht gedekt te zijn door het instandhoudingsforfait. We zullen verder het eerste element in deze definitie beschouwen als nieuwbouw (en zeker opnemen onder het strategisch forfait). Het tweede element valt in de huidige regelgeving dus ook onder het strategisch forfait, maar zullen we verder bespreken in Hoofdstuk 9, wanneer we een mogelijk voorstel beschrijven tot invoering van een herallocatietoeslag.

3 De interpretatie van het begrip “herconditionering” in het Besluit van de Vlaamse Regering is niet helemaal dezelfde als die in de (vroegere) federale regelgeving. Meer informatie hierover in Hoofdstuk 2.

1.2 Opbouw van het forfait

1.2.1 Strategisch forfait

Bij de berekening van de bouwkost die gebruikt wordt voor de bepaling van het strategisch forfait wordt, in de lijn van wat eerder ook werd geïmplementeerd in het kader van het Ministerieel Besluit (MB) van 11 mei 2007, een onderscheid gemaakt tussen verschillende functies⁴ van het ziekenhuis. Op basis daarvan worden zogenaamde “parameters” afgeleid. Per parameter wordt een bouwprijs per m² 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. Elk van de parameters wordt uitgedrukt in eenheden en per eenheid wordt een ruimtebehoefte (in m²) vastgelegd. Tabel 1 illustreert deze verschillende elementen voor de algemene ziekenhuizen. Voor de universitaire, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen worden andere parameters en ruimtebehoeften gebruikt, vertrekkend van dezelfde basisprincipes. De eerste kolom geeft de parameter, de tweede kolom de eenheid of eenheden waarin die parameter wordt uitgedrukt (zoals omschreven in het Besluit van de Vlaamse Regering van 26 oktober 2018), de derde kolom de daaraan verbonden ruimtebehoefte in m², en de vierde kolom het bouwplafond, d.w.z. de maximaal gefinancierde kost per m². Voor elke parameter wordt de in aanmerking genomen bouwkost bepaald als het product van deze drie elementen (aantal eenheden x ruimtebehoefte in m² x kostprijs per m²). Om de totale theoretische bouwkost te berekenen worden de kosten voor de verschillende parameters bij elkaar opgeteld.

De kostprijzen in de laatste kolom van Tabel 1 geven de cijfers voor 2007. Aanvullend hierop wordt er een zogenaamd omslagpercentage op toegepast. Het begrip “omslagsleutel” werd gebruikt door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid in het kader van de allocatie van het Budget van Financiële Middelen (BFM). We komen in Hoofdstuk 2 uitgebreid terug op de structuur van het BFM en op de rol van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) vóór de zesde staatsherforming. Hier is het voldoende om te vermelden dat het bouwplafond in het MB van 11 mei 2007 betrekking had op het geheel van het ziekenhuis. Bepaalde diensten kwamen echter niet in aanmerking voor financiering via het BFM, bv. medisch-technische diensten, klinische biologie en medische beeldvorming. Ruimtes in het ziekenhuis (zoals de inkomhal en de technische ruimtes), die worden gebruikt zowel voor activiteiten binnen als buiten het bestek van het BFM, werden proportioneel toegewezen in functie van de oppervlakte van de respectievelijke diensten. Het VIPA heeft voor zijn gedeelte van de financiering (60%) deze verdeling van kosten via een omslagsleutel nooit gebruikt. In principe werden bij een nieuwbouwdossier alle diensten waarvoor het bouwplafond berekend wordt ook daadwerkelijk gefinancierd. Bij de opstart van het strategisch forfait werd beslist om de bestaande feitelijke situatie verder te zetten en de omslagsleutel toe te passen op 40% van de uitgaven (het vroegere “FOD-deel”). 60% van de uitgaven werd immers verondersteld gedekt te zijn via de financiering die werd toegekend door het VIPA, en dit systeem kantelde volledig in de nieuwe financiering (zonder toepassing van omslagsleutels). De gebruikte sleutels zijn 70% voor algemene ziekenhuizen (AZ), 65% voor universitaire ziekenhuizen (UZ) en 95% voor psychiatrische (PZ) en revalidatieziekenhuizen (RZ) en werden toegepast op de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, NIC-dienst en N*-eenheid.

4 De term “functie” is een algemene term die verwijst naar de activiteiten van ziekenhuizen die gerelateerd zijn aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, zware medische apparatuur, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma. Deze term is vergelijkbaar met het concept “zorgopdracht” in de wet op de ziekenhuisnetwerken van 28 februari 2019.

Tabel 1 Componenten van het strategisch forfait

Parameter	Eenheden	Ruimtebehoefte (in m ²)	Bouwplafond kostprijs (in € per m ²)
Verpleegeenheid	Verantwoorde bedden	98,5	1.743
Dagziekenhuis	Plaatsen ⁵	98,5	1.743
Operatiekwartier	Verantwoorde zalen	350	2.157,14
Intensieve zorgen	Erkende en vergunde bedden	128,5	1.831
NIC-dienst ¹	Verantwoorde bedden	128,5	2.200
Dialyse	Posten	40	2.200
Verloskwartier	100 bevallingen	24	2.200
Neonatale zorg (N*-eenheid en N*-functie)	100 bevallingen	50	2.200
Radiotherapie	Bunker	500	2.500

1 Neonatale intensieve zorg; Bron: Ministerieel Besluit van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst. De laatste kolom bevat de bedragen voor 2007.

De bouwkost zoals die wordt gevonden volgens de beschreven procedure, na sommatie over alle parameters, vormt het startpunt voor de berekening van de forfaits. Voor die uiteindelijke berekening wordt deze bouwkost opgehoogd met de verschillende elementen die beschreven zijn in Tabel 2, die opnieuw geldt voor de algemene ziekenhuizen. We lichten nu die verschillende elementen toe.

Tabel 2 Ophoging bouwkost

Stap in de berekening	Uitleg
BK = bouwkost zonder BTW	BK/parameter = aantal eenheden x ruimtebehoefte (in m ²) x prijs (per m ²) BK = som van BK/parameter over alle parameters
BK_BTW = BK (inclusief BTW)	BK_BTW = BK + 0,21 BK
BK_KBP (inclusief kosten boven plafond)	BK_KBP = BK_BTW + 0,10 BK_BTW ⁶
BK_AK (inclusief algemene kosten)	BK_AK = BK_KBP + 0,10 BK_KBP
+ herconditionering	+ 0,30 BK_AK
+ roerend	+ 0,20 BK_BTW ⁷
BKTOT (totaal)	BKTOT = BK_AK + 0,30 BK_AK + 0,20 BK_BTW
SF (strategisch forfait met levensduur D)	SF = BKTOT/D
ophoging voor intrestlasten (strategisch forfait inclusief intrestlasten)	SUB = (1 + 0,32) SF

Bron: Bijlage 3 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017.

5 Een gedetailleerde beschrijving van het concept "aantal plaatsen" in de huidige situatie kan gevonden worden in Hoofdstuk 4.

6 Het aangegeven percentage van 10% geldt voor AZ en UZ. Voor PZ en RZ wordt 20% genomen.

7 Voor de PZ bedraagt het toegepaste percentage 8%.

- In de eerste plaats wordt op de bouwkost een BTW-percentagage van 21% toegepast.
- Bovenop het resulterende bedrag komt eerst een toeslag van 10% voor de “kosten boven bouwplafond” en dan nog eens een toeslag van 10% voor algemene kosten. Voorbeelden van kosten boven bouwplafond zijn afbraakwerken die noodzakelijk zijn voor de inplanting van nieuwe subsidieerbare gebouwen, sportinfrastructuur (voor de PZ), medisch-technische diensten met PET-scanner, centra voor menselijke erfelijkheid.
- Zoals eerder aangegeven worden ook de herconditioneringswerken via het strategisch forfait gefinancierd. Hierbij werd er voor geopteerd een proportionele verhoging van 30% toe te passen op de (nieuw)bouwkosten, inclusief BTW, kosten boven bouwplafond en algemene kosten. In het kader van de levenscyclusbenadering betekent dit dus dat ervan uitgegaan wordt dat er 20 jaar na de nieuwbouw een grondige herconditionering noodzakelijk is voor een bedrag van 30% van de nieuwbouwkosten. Het cijfer van 30% werd afgeleid uit een onderzoek van de relatieve kosten die in het verleden voor herconditionering werden gemaakt.⁸
- Een volgende proportionele ophoging van 20% is bedoeld om de noodzakelijke roerende investeringen te dekken. Dit percentage werd bepaald op basis van een steekproef van vroegere VIPA-dossiers.
- De som van al deze elementen levert een raming op van de totale bouwkosten (BKTOT in Tabel 2). Om dit bedrag om te zetten in een jaarlijks forfait wordt het gedeeld door de veronderstelde lengte van de levenscyclus van de ziekenhuisinfrastructuur. In het huidige systeem is die lengte dus $D = 40$.
- Tenslotte worden ook de financieringskosten in de berekening opgenomen via een proportionele aanpassing. Voor de berekening van de verwachte intrestlasten werd gebruik gemaakt van een gewogen gemiddelde van intrestvoeten en looptijden (1,5% voor leningen op 10 jaar, 2% voor leningen op 15 jaar en 2,5% voor leningen op 25 jaar). Dit levert boven op het strategisch forfait een forfaitaire intrestvergoeding op van 32%. Het Besluit van de Vlaamse Regering laat de mogelijkheid open om deze vergoeding aan te passen afhankelijk van de evolutie van de rentevoeten.

1.2.2 Instandhoudingsforfait

De berekening van het instandhoudingsforfait is veel eenvoudiger, omdat het bepaald wordt in functie van de bouwkosten die in aanmerking genomen worden voor het strategisch forfait (BK_AK in Tabel 2, dus na toerekening van algemene kosten en kosten boven plafond, maar vóór de proportionele ophoging voor de roerende investeringen en de herconditionering). In de veronderstelling dat tijdens de levenscyclus van 40 jaar er 3 keer een investering in medisch materieel en 1,67 keer een investering in niet-medisch materieel noodzakelijk is, en rekening houdend met de onderhoudskosten die in het verleden gemaakt waren, werden de kosten voor instandhouding van de bestaande infrastructuur voor de algemene ziekenhuizen geraamd op 60% van de nieuwbouwkost.⁹ Voor de intrestlasten leverde een gelijkaardige redenering als hierboven beschreven een forfaitaire intrestvergoeding op van 10% voor het instandhoudingsforfait. In de

8 Zie “Ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen”, pp. 9-10.

9 Voor de PZ bedraagt het instandhoudingsforfait 55% van het strategisch. Zie “Ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen”, p. 10.

notatie die hierboven werd geïntroduceerd wordt het instandhoudingsforfait (inclusief intrestlasten) dan berekend als:

$$\text{Instandhoudingsforfait} = (1 + 0,10) (\text{BK_AK} \times 0,60) / D,$$

met D , de lengte van de levenscyclus, in de huidige regelgeving gelijk aan 40.

We hebben in deze sectie de berekening van de forfaits beschreven, zoals die zou gebeuren als het systeem op kruissnelheid is. Dat is nu nog niet het geval. Om de overgang van het vroegere (dit is voor de zesde staatsvorming) naar het nieuwe financieringssysteem te stroomlijnen, werd een complex overgangsmechanisme uitgewerkt. Hierbij werd ook rekening gehouden met subsidiestromen die in het verleden vanuit het BFM en vanuit het VIPA aan de ziekenhuizen waren toegekend. Op basis hiervan werd het instandhoudingsforfait met 33% verminderd, de zogenaamde correctiefactor. Meer details over het overgangsmechanisme werden opgenomen in Hoofdstuk 2 van dit rapport.

1.3 Voor- en nadelen van een systeem met forfaits

Zoals hoger vermeld (en verder uitgewerkt in Hoofdstuk 3) werd het systeem van de forfaits in de eerste plaats ingevoerd om te voldoen aan de Europese ESR-regeling, zonder het budget volledig te belasten bij het begin van de infrastructuurwerken. We zullen in dit rapport het principe van de forfaitaire financiering niet in vraag stellen. Dat betekent ook dat we de voor- en nadelen van forfaitaire financiering niet zullen afwegen tegenover de voor- en nadelen van alternatieve financieringssystemen. Het is wel nuttig enkele aandachtspunten naar voor te schuiven die niet mogen verwaarloosd worden bij de concrete uitwerking van de forfaits.

Een systeem met forfaits heeft duidelijke voordelen. Forfaits zijn eenduidig en transparant. Voor de overheid maken ze de toekomstige financieringsnoden beter voorspelbaar. De ziekenhuizen kunnen de toekomstige inkomensstroom relatief goed inschatten, wat hen toelaat om op een rationele wijze te plannen. Bovendien bieden de forfaits aan de ziekenhuizen ook een grote bestedingsvrijheid. Zo is er geen verplichting om het strategisch forfait uit te geven aan de parameters die het budget hebben gegenereerd en kan het instandhoudingsforfait zowel voor infrastructuurwerken als voor de aankoop van medisch en niet-medisch materieel gebruikt worden. Uitgaven groter dan de forfaits moeten gefinancierd worden met eigen middelen (besparingen of honoraria) of via leningen. Dit creëert een prikkel om onnodige investeringsuitgaven te vermijden en om op een rationele manier om te gaan met de beschikbare middelen vanuit een meerjarenperspectief. In een systeem waarbij een vaste proportie p van de uitgaven zou gesubsidieerd worden moeten de ziekenhuizen slechts een fractie $(1-p)$ van elke bijkomende euro zelf dragen. In een forfaitair systeem moet de meerkost voor 100% door het ziekenhuis zelf gedragen worden ($p=0$), zodra het bedrag van de forfaits overschreden wordt.

Bij dit alles moet natuurlijk rekening gehouden worden met de mogelijke jaarlijkse aanpassing van de forfaits. Deze aanpassingen vormen voor de overheid een instrument om de ziekenhuizen verder te responsabiliseren, bv. door de forfaits voor de algemene ziekenhuizen minstens gedeeltelijk te koppelen aan de verantwoorde in plaats van de werkelijke activiteit of aan bestaande structurelementen, zoals de erkende bedden. Anderzijds creëren ze voor de ziekenhuizen ook onzekerheid. De volledige vrijheid voor de overheid om de forfaits af te toppen legt het budgettaire risico eigenlijk volledig bij de ziekenhuizen. Bovendien kunnen ook sommige quasi-automatische aanpassingen van de forfaits tot ongewenste neveneffecten leiden. Zo kunnen de strategische forfaits dalen door de evolutie van de afgevlakte gezondheidsindex (dit is de gemiddelde waarde van de gezondheidsindexen van de 4 laatste maanden

vermenigvuldigd met een factor 0,98), ook voor ziekenhuizen die vroeger aan de hogere kostprijzen hebben geïnvesteerd. Het systeem om de forfaits aan te passen moet dan ook grondig worden overdacht. Het moet de ziekenhuizen responsabiliseren zonder al te grote onzekerheid te creëren voor factoren waar ze niet rechtstreeks zelf verantwoordelijk voor kunnen worden gehouden. De forfaits zouden op een soepele en transparante wijze moeten kunnen worden aangepast in het geval dat een ziekenhuis met grote interne of externe structurele wijzigingen geconfronteerd wordt.

2 Nood aan aanpassing

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 (zie Hoofdstuk 2). Vooral de volgende elementen vragen om nadere reflectie en mogelijk om herziening:

- De parameters en eenheden die in het huidige systeem gebruikt worden zijn grotendeels gebaseerd op de benadering in het MB 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 subsidiesysteem 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. We beschrijven deze nieuwe tendensen in sectie 3 en bespreken de door ons voorgestelde parameters en eenheden in Hoofdstuk 4.
- Ook de gehanteerde ramingen van kosten en ruimtebehoeften zijn ondertussen voorbijgestreefd. Een aangepast financieringssysteem moet gebruik maken van geactualiseerde ramingen. Men kan zich overigens de vraag stellen of het instandhoudingsforfait niet beter gebaseerd zou zijn op de werkelijke onderhoudskosten, eerder dan berekend te worden als een afgeleide van het strategisch forfait. Voor dit rapport werd informatie over de reële kosten verzameld bij middel van een enquête bij alle ziekenhuizen voor het instandhoudingsforfait en met een gerichte inzameling van gegevens bij recente nieuwe bouwprojecten voor het strategisch forfait.
- Zoals hoger vermeld zal het ziekenhuis van de toekomst op een soepele en flexibele wijze moeten kunnen inspelen op nieuwe tendensen. Renovatie en herallocatie zullen daarbij van groot belang zijn. Er kunnen daarom vragen gesteld worden bij de ruwe manier waarop daarmee in het huidige systeem rekening gehouden wordt, d.w.z. enkel met een proportionele ophoging van het strategisch forfait. In Hoofdstuk 9 bespreken we de voor- en (vooral) nadelen van dat systeem en stellen we een mogelijk alternatief voor. Hierbij zal ook de vraag aan bod komen of de levenscyclus van 40 jaar in het licht van de nieuwe ontwikkelingen niet beter zou ingekort worden.
- Tenslotte kunnen er ook vragen gesteld worden bij de berekening van de forfaitaire financieringscomponent. Wijzigingen in de intrestvoeten vallen zeker niet binnen de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen en de looptijd van de bankleningen spoort niet met de levenscyclus van 40 jaar die aan de basis ligt van de huidige forfaits. We gaan op deze vragen dieper in in Hoofdstuk 10.

Deze meer principiële bekommernissen kwamen ook naar voor in de resultaten van onze bevraging van de ziekenhuizen. We vroegen of ze, vanuit hun inzichten in de kostenstructuur van hun eigen ziekenhuis, de

opbouw van de huidige forfaits kritisch wilden evalueren. In Tabel 3 geven we het aandeel van de ziekenhuizen dat de waarde van de component in de eerste kolom als “onrealistisch” beschouwde. Zowel bij de algemene als bij de psychiatrische ziekenhuizen hadden de belangrijkste opmerkingen betrekking op de veronderstelde levensduur en op de percentages voor algemene kosten en kosten boven bouwplafond. Bij de algemene ziekenhuizen (AZ) vond een redelijk grote groep de forfaitaire toeslag voor de intrestlasten in het instandhoudingsforfait te laag, bij de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) was er kritiek op de hoogte van dat instandhoudingsforfait zelf en op het veronderstelde aandeel van roerende investeringen. We zullen in onze analyse van de kosten onderzoeken in hoeverre deze bekommernissen ook empirisch gevalideerd worden.

Tabel 3 Inschatting van de realiteitswaarde van de huidige waarde van de onderdelen van het forfait

Component	Onrealistisch (AZ) (n=26)	Onrealistisch (PZ) (n=22)
Forfaitaire interest SF (32%)	12%	14%
Forfaitaire interest IF (10%)	27%	9%
Levensduur gebouw (incl. onderhoud en HC ¹)	37%	38% ²
Levensduur tot HC	48%	36%
% Algemene kosten (10%)	41%	41%
IF % (als % van het SF)	12%	32%
% marge boven bouwplafond (10% voor de AZ en 20% voor de PZ)	38%	36%
Aandeel roerende investeringen (20%)	19%	36%
Aandeel herconditionering (30%)	19%	23%
Omslag op het federaal deel (40%)	27%	23%

1 HC = herconditionering; 2 Gebaseerd op de antwoorden van 21 PZ

3 Toekomstgerichte financiering: het ziekenhuis van de toekomst

Investerings in de ziekenhuisinfrastructuur moeten rekening houden met de verwachte toekomstige evoluties in het ziekenhuislandschap en in de bredere maatschappelijke omgeving. Ook de financiering van die infrastructuur moet vanzelfsprekend rekening houden met deze tendensen. We bespreken eerst enkele belangrijke elementen in deze evolutie en gaan dan in op de vraag wat de rol kan zijn van een sturend financieringssysteem binnen deze bredere context.

3.1 Het ziekenhuis van de toekomst¹⁰

3.1.1 Kortere ziekenhuisverblijven en meer ambulante zorg

De duidelijke tendens in de richting van minder klassieke opnames, kortere ligduur met intensifiëring van de zorg, en meer dagopnames gaat zich naar alle waarschijnlijkheid verder doorzetten.¹¹ Ambulante zorg

10 Het volgende overzicht is gedeeltelijk gebaseerd op Hospital of the Future, 2019, Groenboek opgesteld door Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid en Vlerick Business School in opdracht van de Vlaamse Overheid.

11 Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van

zal aan belang winnen. Hierbij mag echter niet uit het oog verloren worden dat er in de toekomst ook veel ambulante zorg binnen de muren van het ziekenhuis zal georganiseerd worden, omdat voor sommige aandoeningen de noodzakelijke competentie en/of technologie alleen daar aanwezig is, of omdat daardoor substantiële schaalvoordelen kunnen gegenereerd worden.

Tegelijkertijd moet er ook geïnvesteerd worden in zorgvormen die een brugfunctie kunnen vervullen tussen het ziekenhuis en de zorg in de normale leefomgeving van de patiënten. Dit kan infrastructurele gevolgen hebben, bv. wanneer zorghotels worden opgezet, waarin patiënten na een recente hospitalisatie tijdelijk opgevangen worden tot ze in voldoende goede conditie zijn om terug te keren naar hun normale leefomgeving. Deze zorghotels kunnen zowel op als buiten de ziekenhuiscampus worden opgezet.

De verschuiving naar ambulante zorg, zowel binnen als buiten de ziekenhuizen, zou indien mogelijk ook door het financieringssysteem voor de infrastructuur moeten gestimuleerd worden. Binnen de ziekenhuisinfrastructuur moet (fysieke en financiële) ruimte gecreëerd worden voor ambulante zorg. Dat betekent in elk geval dat het aantal bedden een minder centrale rol zou mogen gaan spelen bij de bepaling van de forfaits.

3.1.2 Het ziekenhuis als technologische hub

In het hele nieuwe zorglandschap met een toenemende rol voor de ambulante zorg zal het ziekenhuis meer de rol moeten opnemen van een technologische hub, die als dusdanig geïntegreerd is in het globale zorgtraject van de patiënten. Overinvestering door onnodige duplicatie van zware en dure technologie moet hierbij vermeden worden. Dit kan gerealiseerd worden wanneer de infrastructuurinvesteringen verantwoord moeten worden binnen een zorgstrategisch plan. Idealiter zou ook binnen deze context kunnen gedacht worden aan financiële prikkels binnen het forfaitaire systeem.

3.1.3 Samenwerking en netwerkvorming

In dit bredere verband is er nood aan meer samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen de ziekenhuizen en andere zorgverleners. De vorming van klinische ziekenhuisnetwerken is een belangrijke exponent van deze evolutie. Samenwerking op klinisch, logistiek en facilitair vlak tussen verschillende ziekenhuizen kan belangrijke kostenbesparingen met zich meebrengen zonder de kwaliteit van de dienstverlening te verlagen. Een centraal logistiek platform is hiervan een evident voorbeeld. De samenwerking tussen de ziekenhuizen kan verder gaan: ook centrale sterilisatie, labo en ziekenhuisapotheek kunnen samengebracht en door verschillende ziekenhuizen gedeeld worden.

Deze samenwerking zou kunnen gestimuleerd worden via het strategisch forfait. Dit is thans niet het geval. Zoals hoger beschreven worden binnen het strategisch forfait verschillende aspecten van zorginfrastructuur op het niveau van het ziekenhuis geaggregeerd, waarbij samenwerking en gemeenschappelijke investeringen tussen verschillende ziekenhuizen eerder worden bemoeilijkt dan gestimuleerd. Een eerste stap in de goede richting zou erin kunnen bestaan de financiering van de ondersteunende diensten los te koppelen van de financiering per bed (zie Hoofdstuk 4).

3.1.4 Nood aan flexibiliteit

De grote wijzigingen die kunnen verwacht worden met betrekking tot de rol van de ziekenhuizen in het zorglandschap hebben als onmiddellijk gevolg dat er moet over gewaakt worden dat de nieuwe infrastructuur zonder veel problemen kan gheralloceerd worden. Een beddenhuis dat nu nog noodzakelijk is, zal in de toekomst wellicht te groot zijn en moeten omgeschaald worden naar andere functies. Die wenselijke flexibiliteit heeft gevolgen op architecturaal vlak. Ze vraagt echter ook om bezinning over de behandeling van herconditionering en renovatie in het forfaitaire systeem. Wellicht moet het thans nogal rigide levenscyclusmodel op een meer soepele wijze geherinterpreteerd worden.

3.1.5 Duurzaamheid

Meer dan vroeger is er bezorgdheid over de gevolgen van grote bouwprojecten voor de duurzaamheid. Energiezuinigheid en een duurzame organisatie van de mobiliteit, ook van patiënten en bezoekers, komen steeds hoger op de agenda van het overheidsbeleid. Er kan aangenomen worden dat deze tendens zich ook in de toekomst verder zal doorzetten, en wellicht nog zal versnellen. Dat heeft tot gevolg dat aan de ziekenhuizen nieuwe kostenverhogende investeringen zullen worden opgelegd. Deze zijn niet op een evidente wijze in te passen in de huidige structuur van parameters, eenheden en kostprijzen, noch in de vaste proportionele ophoging voor algemene kosten.

3.1.6 Architectuur en gezondheid

Er is steeds meer evidentie dat het genezingsproces en het welzijn van patiënten mede beïnvloed worden door de architectuur van hun verblijf en door de natuurlijke omgeving waarin ze vertoeven. Een overzicht van de recente wetenschappelijke literatuur over dat onderwerp werd opgenomen in Bijlage II. Hierin komt onder andere de helende kracht van (zon)licht, groene omgeving en eenpersoonskamers aan bod. In het licht van deze bevindingen zou er kunnen overwogen worden om bepaalde architectuurvormen te stimuleren en andere af te remmen. Het is echter niet duidelijk op welke wijze deze inzichten in het financieringsmechanisme kunnen worden verwerkt zonder al te sterk in te grijpen in de beslissingsvrijheid van de ziekenhuizen. We denken wel dat het literatuuroverzicht inspirerend kan werken voor toekomstige bouwprojecten, maar we zullen binnen het bestek van dit rapport geen poging doen om de gezondheidseffecten rechtstreeks te integreren in het financieringsmechanisme.

3.2 Regulering of financiële prikkels?

Financiële instrumenten vormen slechts één van de mogelijke middelen die de overheid kan aanwenden voor de sturing van de infrastructuurinvesteringen. Ze kan ook een beroep doen op programmatie en planning (federale overheid) of erkenning (Vlaanderen). Zoals hoger reeds benadrukt is dit element binnen de Vlaamse context zeer belangrijk omdat het strategisch forfait enkel toegekend wordt voor de financiering van infrastructuur die past binnen de zorgstrategische plannen. Het principe is hier duidelijk, maar de concrete implicaties ervan hangen af van de mate van detail waarin de zorgstrategische planning voorziet.

Binnen het kader van de brede zorgstrategische planning moeten vele meer specifieke beslissingen genomen worden. Wanneer de overheid deze beslissingen wil beïnvloeden om de infrastructuurinvesteringen in een bepaalde richting te duwen, kan ze verschillende instrumenten gebruiken. Sommige daarvan zijn meer dwingend, andere laten meer vrijheid aan de ziekenhuizen. In grote lijnen kunnen we drie types instrumenten onderscheiden.

- De overheid kan strikte regels opleggen waaraan de nieuwe infrastructuur moet voldoen, bv. een nieuw ziekenhuis mag slechts gebouwd worden indien bepaalde materialen gebruikt worden, of een apotheek wordt slechts gesubsidieerd als ze tegelijkertijd door verschillende ziekenhuizen wordt gebruikt. Zo moet nu bijvoorbeeld ieder ziekenhuis verplicht voldoen aan een aantal duurzaamheidscriteria die door VIPA worden opgelegd.
- De overheid legt normen op (bv. op gebied van maximaal energiegebruik), waaraan de nieuwe infrastructuur moet voldoen, maar de ziekenhuizen kunnen zelf beslissen op welke wijze ze aan die normen willen voldoen.
- De overheid geeft prikkels via het financieringssysteem. Bepaalde vormen van infrastructuur kunnen beter gesubsidieerd worden dan andere, waardoor ziekenhuizen financieel gemotiveerd worden om te opteren voor de meer gesubsidieerde systemen. Sommige investeringen kunnen beschouwd worden als overbodige luxe-uitgaven en zouden dan helemaal niet gesubsidieerd moeten worden. We hebben hoger reeds beschreven dat precies een forfaitair systeem hier mogelijkheden biedt om de ziekenhuizen te responsabiliseren.

Natuurlijk kunnen de verschillende systemen tot op zekere hoogte ook gecombineerd worden. De overheid kan bepaalde vormen van regulering opleggen en de ziekenhuizen tegelijkertijd financieel compenseren voor de daaruit resulterende verhoging van de kosten.

In het algemeen neemt de vrije beslissingsruimte van de ziekenhuizen toe naarmate we opschuiven van strikte regulering naar meer financiële prikkels. Hier moeten door de overheid dan ook belangrijke keuzes gemaakt worden. In welke mate wil de overheid de vrije beslissingsruimte van de ziekenhuizen inperken? Kan er overwogen worden om bepaalde beslissingen te stimuleren in vergelijking met andere door een grotere of een kleinere fractie van de kosten te subsidiëren? Zou het in het licht van de hierboven beschreven tendensen bijvoorbeeld een goed idee zijn om een lager subsidiepercentage toe te kennen voor de gewone verpleegafdelingen en (groeps)consultatie-ruimtes te subsidiëren? Of is het beter overal gelijke subsidiepercentages toe te kennen, zodat de ziekenhuizen meer ruimte krijgen om binnen het budget eigen keuzes te maken? Gelijkaardige vragen zullen in de volgende hoofdstukken regelmatig opduiken. Vermits we ons in dit rapport vooral richten op het financieringssysteem zal de regulering slechts zijdelings aan bod komen maar er moet steeds voor ogen gehouden worden dat regulering en financiering in hun samenhang moeten bekeken worden.

Specifieke vragen rijzen over de wisselwerking tussen activiteitenfinanciering en financiering van investeringen. Deze vragen worden nog complexer door de huidige bevoegdheidsverdeling in België. In sommige gevallen kan er inderdaad een probleem van dubbele financiering opduiken. Wanneer bijvoorbeeld nierdialyse als activiteit vergoed wordt, moeten er dan ook nog investeringssubsidies voor dialyseposten toegekend worden, of mag men er van uitgaan dat die investeringen met de inkomsten uit de activiteit gefinancierd kunnen (of moeten) worden? Moet de polikliniek gefinancierd worden uit de afhoudingen op de artsenhonoraria of uit publieke middelen? Deze vragen moeten bovendien geprojecteerd worden tegen de achtergrond van een systeem waarin artsen supplementen mogen aanrekenen. De keuzes van de overheid met betrekking tot de financiering zullen in deze context onmiddellijk gevolgen hebben voor de verhouding tussen artsen en ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken. Een antwoord geven op deze vragen valt ver buiten het bestek van dit rapport maar waar dit relevant is zullen we het probleem wel aanstippen.

4 Bijkomende beperkingen: overheidsbudget en Europese regelgeving

Bij de uitbouw van een sturend systeem moet rekening gehouden worden met (minstens) twee fundamentele beperkingen: de omvang van het overheidsbudget (sectie 4.1) en de Europese regelgeving rond overheidssteun (sectie 4.2).

4.1 De budgetbeperking van de overheid

Bij de bepaling van een subsidiesysteem kunnen twee soorten van beslissingen onderscheiden worden. Het eerste niveau is dat van de totale omvang van de financiering: hoe groot is het gedeelte van de kosten dat via subsidies wordt ondersteund? Het tweede niveau is dat van de structuur van de subsidieregeling: hoe wordt dat globale budget verdeeld, met welke parameters wordt rekening gehouden, waar worden er financiële prikkels gecreëerd, waar worden de ziekenhuizen verantwoordelijk gehouden?

In dit rapport gaan we uitsluitend in op het tweede niveau. We stellen een zo coherent mogelijke subsidiestructuur voor en staven dit voorstel met concrete schattingen van de bouwkosten samenhangend met relevante parameters. In sommige gevallen zullen onze voorstellen verschillende opties openlaten: we suggereren bv. de mogelijkheid om de eenheden te bepalen als een gewogen gemiddelde van verschillende kenmerken, waarbij de gewichten vrij bepaald kunnen worden; of we stellen verschillende benaderingen voor om de uitgaven voor herallocatie te financieren. In elk van die gevallen gaat het om beleidskeuzes, die niet door het wetenschappelijk onderzoek kunnen worden vastgelegd maar onder de verantwoordelijkheid van de (politieke) beleidvoerders vallen.

We doen echter geen uitspraken over het eerste element, het globale niveau van de subsidies. Dat hangt immers samen met het globale begrotingsbeleid van de overheid. De keuzes die daarbinnen gemaakt worden vallen buiten het bestek van onze opdracht. Het is wel belangrijk dat de beslissingen die in dat verband genomen worden de filosofie achter de structuur van de subsidies niet overhoop gooien. Budgetbeperkingen moeten op een coherente wijze worden ingevoerd. Men heeft de indruk dat dit in het huidige systeem niet altijd het geval is. Zo kunnen er vragen gesteld worden bij de omslagfactor in de forfaits en bij de correctie van 33% die toegepast wordt bij het instandhoudingsforfait.

Overigens rijzen er hier ook meer fundamentele vragen over de relatieve rol van publieke en private spelers. Welke mogelijkheden zijn er voor privaat-publieke samenwerking bij de infrastructuurinvesteringen van de ziekenhuizen? Kan het opportuun zijn sommige ondersteunende diensten uit te besteden aan private spelers? Zouden de ziekenhuizen die daarvoor opteren nog recht hebben op subsidies ondanks het feit dat er besparingen mogelijk worden op de infrastructuuruitgaven? In dit rapport richten we ons enkel op de structuur van de publieke subsidiëring, maar we hebben deze vragen wel in het achterhoofd gehouden bij de formulering van onze voorstellen voor de eenheden (zie Hoofdstuk 4).

4.2 Europese regelgeving rond overheidssteun

We hebben hoger reeds gezien dat de Europese ESR-regelgeving van groot belang is geweest om bij de invoering van het Vlaamse financieringssysteem te opteren voor een systeem van forfaits. Dit is echter niet de enige beperking die door de Europese regelgeving wordt opgelegd. Investeringsubsidies zijn immers een vorm van staatssteun en, zoals uitvoerig toegelicht wordt in Hoofdstuk 3, is dergelijke steun onderworpen aan strikte voorwaarden.

Staatssteun is onder bepaalde voorwaarden 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 in een breder kader worden gezien. De in de forfaits gebruikte parameters moeten een duidelijke link hebben met erkenningsnormen, programmatisnormen, kwaliteitsnormen in de ziekenhuiswet, bouwtechnische en fysische normen (bv. rond brandveiligheid) of duurzaamheidscriteria.

Bovendien mag er geen sprake zijn van overcompensatie. De subsidies mogen niet hoger zijn dan nodig is om de uitvoering van de openbardienstverplichtingen te dekken. Dit impliceert dat moet worden nagegaan of er geen problemen gecreëerd worden wanneer men voor bepaalde parameters een aanzienlijke subsidiëring zou voorzien, bv. om de infrastructuurinvesteringen in een bepaalde richting te duwen.

5 Structuur van het rapport

Eerst wordt het juridische kader geschetst waarbinnen de subsidiëring van de ziekenhuisinvesteringen moet gesitueerd worden. In Hoofdstuk 2 worden de historiek van en de regelgeving rond de forfaits toegelicht, Hoofdstuk 3 gaat in op de gevolgen van de Europese regelgeving, zowel voor wat betreft de ESR-voorwaarden als wat betreft de limieten van staatssteun.

In het cruciale Hoofdstuk 4 gaan we in op de criteria die kunnen gebruikt worden voor de bepaling van de parameters en de eenheden en doen we concrete voorstellen voor de mogelijke toepassing van die criteria. Hierbij zal ook verklaard worden waarom we voorstellen om voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen een verschillende benadering te volgen. Bij de algemene ziekenhuizen blijven we grotendeels in de logica die in dit hoofdstuk werd beschreven, voor de psychiatrische ziekenhuizen stellen we een benadering voor aan de hand van zorggroepen waardoor de specificiteit van de sector beter tot haar recht komt.

In Hoofdstuk 5 tot en met Hoofdstuk 8 worden de empirische schattingen voor de bouwkosten en (waar mogelijk) voor de ruimtebehoeften besproken, zoals die kunnen afgeleid worden uit de antwoorden op de bevraging van de ziekenhuizen. Achtereenvolgens concentreren we ons op het strategisch en het instandhoudingsforfait van de algemene ziekenhuizen en op het strategisch en het instandhoudingsforfait van de psychiatrische ziekenhuizen.

Vervolgens gaan we wat dieper in op twee van de pijnpunten die in sectie 2 werden vermeld: de nood aan een flexibele en sturende financiering van renovaties (Hoofdstuk 9), waarvoor we de mogelijkheid suggereren om een zogenaamde herallocatietoeslag in te voeren, en de mogelijke verfijning van de proportionele ophoging voor de financieringslasten (Hoofdstuk 10). In die hoofdstukken zal onvermijdelijk ook de vraag rond de levensduur van de ziekenhuisinfrastructuur aan bod komen.

Tenslotte bespreken we in Hoofdstuk 11 hoe onze voorstellen kunnen geïmplementeerd worden. We vatten de verschillende stappen in de opbouw van de forfaits samen en wijzen op de punten waar het beleid nog belangrijke beslissingen moet nemen. We schetsen ook enkele belangrijke uitdagingen voor de toekomst.

DEEL II: JURIDISCH KADER

Hoofdstuk 2

Historiek van het juridisch kader

Auteurs: An Vijverman en Christophe Lemmens (advocaten-partners Dewallens & partners)

1 Synthese

De Vlaamse Gemeenschap is sedert de tweede staatshervorming van 1980 bevoegd voor de persoonsgebonden aangelegenheden, waartoe het gezondheidsbeleid, en meer specifiek de zorgverstrekking binnen en buiten de ziekenhuizen, gerekend wordt. Met deze staatshervorming ontstond een gedeelde bevoegdheid tussen de federale overheid en de gemeenschappen m.b.t. de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur en de zware medische apparatuur. Aan deze gedeelde bevoegdheid werd vormgegeven door enerzijds de basisregels m.b.t. de financiering die federaal vastgelegd werden en anderzijds de verdere uitwerking en aanvulling van deze basisregels in Vlaamse reglementering. De federale overheid en de gemeenschappen spraken door middel van protocolakkoorden bouwkalenders af, die dan vervolgens verder uitgewerkt werden in zowel federale als Vlaamse regelgeving. Dit bouwkalendersysteem kwam erop neer dat op voorhand afspraken gemaakt werden over de investeringen die gesubsidieerd konden worden door de gemeenschappen en welke entiteit welk aandeel in deze investeringen dan ten laste zou nemen. Volgens de algemene regel werd 60% van een subsidiabele investering gesubsidieerd door de gemeenschappen en werd de overige 40% afgeschreven via onderdeel A1 van het federale Budget Financiële Middelen (BFM). Tevens werd een maximumbedrag afgesproken dat de federale overheid bereid was om via afschrijvingen op te nemen in onderdeel A1 van het BFM en werden zowel *qua* oppervlakte als *qua* kostprijs bouwplafonds vastgelegd ter berekening van de subsidies door de gemeenschappen (voor o.a. nieuwbouwprojecten). De toen geldende bevoegdheidsverdeling leidde ertoe dat investeringen in infrastructuur, afhankelijk van de aard ervan, gesubsidieerd werden ofwel door de gemeenschappen en de federale overheid samen, ofwel alleen door de federale overheid. Aanvankelijk werden aan Vlaamse zijde subsidies ter beschikking gesteld door middel van de uitbetaling in schijven in relatie tot de doorlooptijd van het bouwproject, maar nadien werden de subsidies opgevat als een gebruikstoelage die uitbetaald kon worden gedurende een periode van 20 jaar.

Met de zesde staatshervorming van 2014 werd de bevoegdheid voor de investeringen in infrastructuur en de medisch-technische diensten, ofwel de vroegere onderdelen A1 en A3 van het BFM, volledig overgeheveld naar de gemeenschappen. Om deze bevoegdheidsoverdracht kracht bij te zetten, werd in de Bijzondere Financieringswet een jaarlijkse dotatie ingeschreven van de federale overheid aan de gemeenschappen. Ook werd een overgangsregeling uitgewerkt, waarbij de federale overheid bepaalde investeringen verder ten laste zou nemen voor rekening van de gemeenschappen. De Vlaamse Gemeenschap heeft vanaf 2015 van haar bevoegdheid gebruik gemaakt door een aantal BFM-matige aanpassingen door te voeren teneinde de financiële belangen van de Vlaamse overheid te vrijwaren en door in een forfaitair financieringssysteem te voorzien voor NMR's, bestralingsapparaten en PET-scanners. Uiteindelijk volgde door middel van twee besluiten van de Vlaamse regering van 14 juli 2017, die intussen

al enkele keren gewijzigd werden, een nieuw globaal financieringsmodel met enerzijds een strategisch forfait voor de grotere investeringen, zoals het bouwen van een nieuw ziekenhuis, en anderzijds een instandhoudingsforfait voor de kleinere investeringen, zoals het onderhoud. De berekening van deze forfaits werd (voorlopig) gebaseerd op de voorheen federaal vastgelegde bouwplafonds.

2 Historiek

2.1 Vóór de zesde staatshervorming

2.1.1 Bevoegdheidsverdeling

De gemeenschappen zijn sinds de tweede staatshervorming van 1980 bevoegd voor de zogenaamde ‘persoonsgebonden aangelegenheden’. Artikel 128 van de Grondwet bepaalt dat de parlementen van de Vlaamse en Franse gemeenschap, elk voor zich, bij decreet de persoonsgebonden aangelegenheden regelen. Volgens artikel 5, §1, l. van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen¹² behoort het ‘gezondheidsbeleid’ tot de persoonsgebonden aangelegenheden. De bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid die toen tot stand werd gebracht, heeft tot aan de zesde staatshervorming in 2014 geen enkele wijziging ondergaan, en dit in tegenstelling tot veel andere gemeenschaps- en gewestbevoegdheden.¹³

De gemeenschappen waren op grond van het toenmalige artikel 5, §1, l., 1° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 bevoegd voor het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen. De lijst van uitzonderingen hierop met aangelegenheden inzake het gezondheidsbeleid waarvoor de federale overheid bevoegd bleef¹⁴, was echter substantieel. De federale overheid bleef bevoegd voor:

- a) de organieke wetgeving, d.w.z. de basisregels en de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid, zoals onder meer vervat in de Ziekenhuiswet,¹⁵ en ongeacht of ze door de wetgever dan wel door de Koning in uitvoering van de wet zijn vastgelegd¹⁶;
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving¹⁷;
- c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;

12 BS 15 augustus 1980.

13 J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 393.

14 Men kan spreken van ‘toegewezen bevoegdheden’ van de federale overheid: J. VANDE LANOTTE e.a., *Belgisch Publiekrecht*, II, Brugge, die Keure, 2015, 1220.

15 Bv. Arbitragehof 15 juli 1998, nr. 83/98, ro. B.5.4. Het Grondwettelijk Hof verduidelijkte later dat niet alles wat in de Ziekenhuiswet werd opgenomen, als organieke wetgeving kon worden beschouwd en dat niet alleen datgene wat in de Ziekenhuiswet werd opgenomen organiek is: Arbitragehof 31 oktober 2000, nr. 108/2000, ro. B.1.4.1.; GwH 14 februari 2008, nr. 15/2008, ro. B.9. Zie hierover ook: J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 394. Men kan spreken van een ‘kaderbevoegdheid’ van de federale overheid: J. VANDE LANOTTE e.a., *Belgisch Publiekrecht*, II, Brugge, die Keure, 2015, 1085 en 1131.

16 S. CALLENS en J. PEERS, *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2003, 235.

17 Dit bevoegdheidsvoorbehoud betreft de financiering van de ziekenhuizen uit federale middelen, zoals vervat in de Ziekenhuiswet, inzonderheid de financiering van de investeringen en van de werkingskosten: Arbitragehof 15 juli 1998, nr. 83/98, ro. B.5.7.

- d) de basisregels betreffende de programmatie¹⁸;
- e) de basisregels betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
- f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e);
- g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.

Doordat zowel de gemeenschappen als de federale overheid bevoegd waren voor het gezondheidsbeleid, kon men in dit verband spreken van ‘gedeelde exclusieve bevoegdheden’.¹⁹ Deze bevoegdheidsverdeling, met een niet onbelangrijk aandeel van de bevoegdheden voor de federale overheid, vloeide voort uit de bezorgdheid van de federale overheid om de kosten van de zorgverstrekking onder controle te houden. Naast de organieke wetgeving en de erkenningsnormen was de federale overheid bevoegd voor de drie basisinstrumenten om aan kostenbeheersing te doen, namelijk de basisregels van de programmatie, de financiering en de ziekte- en invaliditeitsverzekering.²⁰

Tijdens de parlementaire voorbereiding van de tweede staatshervorming werd verduidelijkt dat de gemeenschappen onder meer exclusief²¹ bevoegd waren voor het bepalen van de prioriteiten voor de investeringen, d.i. voor de bouw en voor de zware medische apparatuur. Ook werd verduidelijkt dat de gemeenschappen bevoegd waren voor enerzijds het verlenen van toelating en van toelagen voor de oprichting, de omschakeling en de uitrusting van de ziekenhuizen, en anderzijds voor het verlenen van

18 De programmatie slaat op de vaststelling van het aantal en de spreiding en niet op de vaststelling van normen waaraan instellingen of diensten inhoudelijk moeten voldoen: advies van de Raad van State van 22 juni 2000, Parl.St. Kamer 1999-00, nr. 0467/003, 6. Zie hierover ook J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 398-399; S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, “Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg”, in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 358.

19 J. VANDE LANOTTE e.a., *Belgisch Publiekrecht*, II, Brugge, die Keure, 2015, 1076 en 1126-1127.

20 S. CALLENS en J. PEERS, *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2003, 234.

21 Arbitragehof 14 september 2006, nr. 139/2006, B.4.2.

toelating en van toelagen voor zware medische apparatuur^{22,23} Met ‘oprichting’ en ‘omschakeling’ werd ‘(nieuw)bouw’ respectievelijk ‘herconditionering’ bedoeld.²⁴

Het bepalen van de basisregels voor de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur, bleef, zoals hierboven vermeld (punt e)), evenwel een federale bevoegdheid. Dit bevoegdheidsvoorbehoud was ingegeven vanuit de bekommernis van de federale overheid om te vermijden dat de door de gemeenschappen uitgevaardigde regels een financiële weerslag zouden hebben voor de federale overheid, met name op de verpleegdagprijs.²⁵ Deze basisregels voor de financiering van de infrastructuur waren aanvankelijk opgenomen in de artikelen 6 en 6*bis* van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen,²⁶ waarin onder meer de tussenkomst voorzien was van het Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen in de financiering van de werken en in de kosten van uitrusting en apparatuur. Deze basisregels werden omschreven als de ‘fundamentele regels’ betreffende de financiering van de infrastructuur en de zware medische apparatuur.²⁷

De nadere uitwerking van de federaal vastgelegde basisregels voor de financiering van de infrastructuur kon wel gebeuren door de gemeenschappen.²⁸ Zo kon een gemeenschap buiten de federale financiering van de investeringen om met eigen fondsen bepaalde apparatuur of technieken financieren, voor zover deze geen weerslag hadden op de verpleegdagprijs of op de tussenkomsten van de ziekte- en

-
- 22 De zware medische apparaten zijn toestellen of uitrustingen voor onderzoek of behandeling die duur zijn, hetzij door hun aankoopprijs, hetzij door de bediening ervan door hoog gespecialiseerd personeel: artikel 51 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008. De Koning stelt de lijst van toestellen en uitrustingen vast die kunnen worden beschouwd als zware medische apparatuur: artikel 52 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008; KB van 25 april 2014 houdende de lijst van zware medische apparatuur in de zin van artikel 52 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 8 augustus 2014 (art. 1: 1° de computer tomograaf (CT), 2° de computer tomograaf met emissie van enkelvoudige fotonen in combinatie met computer tomograaf (SPECT-CT), 3° de positron emissie tomograaf (PET), 4° de positron emissie tomograaf in combinatie met computer tomograaf (PET-CT), 5° de positron emissie tomograaf in combinatie met magnetisch resonantie tomograaf (PET – NMR), 6° de magnetische resonantie tomograaf (NMR), inclusief de ‘extreme-mity only’ magnetische resonantie tomograaf, 7° radiotherapietoestellen met emissie van fotonen, protonen, elektronen of hadronen met inbegrip van therapie met carbonionen, en tevens hybride toestellen). De gemeenschappen moeten toestemmen met de opstelling en uitbating van zware medische apparatuur, zelfs wanneer geen beroep wordt gedaan op de tegemoetkoming bedoeld in artikel 63 van de Ziekenhuiswet: artikel 54 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008. De overtreding van artikel 54 van de Ziekenhuiswet is strafbaar: artikel 128, 8° gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008.
- 23 Memorie van toelichting bij het ontwerp van 1 oktober 1979 van bijzondere gewest- en gemeenschapswet, Parl.St. Senaat, BZ 1979, nr. 261/1, 63; memorie van toelichting bij het ontwerp van 21 mei 1980 van bijzondere wet tot hervorming der instellingen, Parl.St. Senaat 1979-80, nr. 434/1, 5; verslag ANDRE en PETRY van 15 juli 1980, Parl.St. Senaat 1979-80, nr. 434/2, 9, 11, 121 en 130; S. CALLENS en J. PEERS, *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2003, 231-232.
- 24 Zie wat dit betreft artikel 63, lid 1 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008, waaruit dit voortvloeit.
- 25 Advies van de Raad van State van 6 juli 2010, nr. 48.341/VR.
- 26 BS 1 januari 1964.
- 27 Verslag DE GREVE en LE HARDY DE BEAULIEU van 29 juli 1980, Parl.St. Senaat 1979-80, nr. 627/10, 58.
- 28 S. CALLENS en J. PEERS, *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2003, 237; C. VANDE VOORDE, K. VAN DEN HEEDE, C. OBYN, W. QUENTIN e.a., *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*, Health Services Research (HSR), Brussel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014, KCE Reports 229, 354.

invaliditeitsverzekering.²⁹ Ook kon een gemeenschap bv. aanvullende erkenningsnormen bepalen, voor zover deze normen niet afweken van de federale erkenningsnormen en voor zover ze geen weerslag hadden op de financiering van de exploitatie, de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de basisregels betreffende de programmatie en betreffende de financiering van de infrastructuur.³⁰

2.1.2 Bemerkingen bij de bevoegdheidsverdeling

Na de tweede staatshervorming werd erop gewezen dat de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid versnipperd was met bevoegdheden voor zowel de federale overheid als de gemeenschappen. Gelet op het federaal blijven van vele (cruciale) bevoegdheden m.b.t. het gezondheidsbeleid, en dan voornamelijk de bevoegdheid inzake de organieke wetgeving en de onduidelijkheid die met dit begrip gepaard gaat, werden vragen gesteld bij de bevoegdheidsoverdracht naar de gemeenschappen en bij hun autonomie om werkelijk aan het gezondheidsbeleid invulling te kunnen geven. Volgens sommigen zouden de bevoegdheden van de gemeenschappen ernstig uitgehold worden door deze federale bevoegdheid en zouden de gemeenschappen louter een soort van uitvoeringsorgaan zijn.³¹ Hoewel de bevoegdheidsverdeling inzake het gezondheidsbeleid, zoals vermeld, lange tijd ongewijzigd bleef, rezen er regelmatig bevoegdheidsvragen en –conflicten met een omvangrijke adviespraktijk van de afdeling wetgeving van de Raad van State en enkele belangrijke arresten van het Grondwettelijk Hof tot gevolg.³²

2.1.3 Invulling van de onderscheiden bevoegdheden inzake financiering van infrastructuur en apparatuur

2.1.3.1 *Bouwkalender*

In artikel 63 van de Ziekenhuiswet³³ werd de hierboven beschreven bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen voor de financiering van infrastructuur en zware medische apparatuur tot uitdrukking gebracht.³⁴ Volgens artikel 63 van de Ziekenhuiswet kunnen de gemeenschappen, door middel van toelagen, tegemoet komen in de kosten voor de bouw en de

29 S. CALLENS en J. PEERS, *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2003, 237. Bv. Arbitragehof 31 oktober 2000, nr. 108/2000, ro. B.1.4.1.

30 Verslag ANDRE en PETRY van 15 juli 1980, Parl.St. Senaat 1979-80, nr. 434/2, 8-9 en 123-124; advies van de Raad van State van 6 juli 2010, nr. 48.341/VR; J. VAN NIEUWENHOVE, "De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg", in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 395-396; D. LECOCQ e.a., "Zesde staatshervorming: welke impact voor de ziekenhuizen?", *Healthcare Executive* 2014, 7; Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 6 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1). Bv. Arbitragehof 15 juli 1998, nr. 83/98, ro. B.5.9.

31 Verslag ANDRE en PETRY van 15 juli 1980, Parl.St. Senaat 1979-80, nr. 434/2, 58, 130 en 132; verslag DE GREVE en LE HARDY DE BEAULIEU van 29 juli 1980, Parl.St. Senaat 1979-80, nr. 627/10, 49, 52, 55 en 57-58.

32 J. VAN NIEUWENHOVE, "De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg", in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 393.

33 Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008. Voorheen was dit artikel 46 wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, BS 7 oktober 1987, gewijzigd bij artikel 68 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, BS 22 februari 2002 (middels deze wet werden ook de bepalingen in de Ziekenhuiswet m.b.t. het 'Fonds voor de bouw van ziekenhuizen en medisch-sociale inrichtingen' opgeheven).

34 Wetsontwerp van 28 juni 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, Parl.St. Kamer 2000-01, nr. 1322/001, 58; wetsontwerp van 25 juli 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, Parl.St. Kamer 2000-01, nr. 1376/001, 41-42.

herconditionering³⁵ van een ziekenhuis of van een dienst, evenals in de kosten van de eerste uitrusting en de eerste aankoop van toestellen, op voorwaarde dat de oprichting, het behoud of de omschakeling van het ziekenhuis of van de dienst in het raam van de programmatie past, en voor zover de aanzoekende opdrachtgever van het werk een lager bestuur is, een vereniging zonder winstoogmerk, een instelling van openbaar nut of een universiteit. De gemeenschappen kunnen eveneens tussenkomen in de financiering van de investeringskosten van zware medische apparatuur. De normen voor de berekening van die toelagen en de voorwaarden waaronder en de wijze waarop ze worden toegekend, worden vastgesteld door de Koning.

In artikel 64 van de Ziekenhuiswet³⁶ werd vervolgens bepaald dat de gemeenschappen voor alle (bouwkalender)werken waarvoor een toelage wordt verleend een (bouw)kalender moeten goedkeuren voor de uitvoering van de werken. De algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van deze kalender worden door de Koning bepaald.

In artikel 106 van de Ziekenhuiswet werd hieraan toegevoegd dat de werken slechts voor financiering in het Budget Financiële Middelen (BFM) in aanmerking komen, voor zover de inrichtende macht het bewijs levert dat de kalender goedgekeurd werd door de minister van volksgezondheid.³⁷ Enkel deze goedkeuring waarborgde de uiteindelijke opname van de afschrijvingen en de financiële lasten in het BFM.³⁸

De verplichting om een bouwkalender goed te keuren, werd ingevoerd omwille van de interferentie tussen de bouwsubsidiëring door de gemeenschappen (met gelden van deze gemeenschappen) en de subsidiëring van de werkingskosten en de bouwsubsidiëring door de federale overheid (met federale gelden en middels afschrijvingen in het BFM). Deze interferentie vloeide voort uit het feit dat de bevoegdheid inzake de financiering van ziekenhuisinfrastructuur verdeeld was tussen enerzijds de federale overheid en anderzijds de gemeenschappen. Het niet door de Vlaamse Gemeenschap gesubsidieerde gedeelte van de meeste gesubsidieerde bouwprojecten kwam namelijk door middel van afschrijvingen ten laste van onderdeel A1 van het BFM. Hoe meer subsidies werden verleend door de gemeenschappen, hoe zwaarder de last voor de federale overheid middels het BFM bijgevolg werd. In het kader van de beheersing van de uitgaven werd een systeem ingevoerd waarbij de federale overheid en de gemeenschappen vooraf afspraken dienden te maken over het budget aan afschrijvingslasten dat jaarlijks ten laste van het BFM gelegd zou kunnen worden.³⁹

Middels het KB van 4 mei 1999⁴⁰ werden de nadere regels m.b.t. de bouwkalender vastgelegd. De kalender wordt volgens de onderscheiden onderdelen van een project per dienstjaar vastgelegd en goedgekeurd,

35 Hieronder werd verstaan: de grote verbouwingen die de structuur van het gebouw niet wijzigen, zoals onder andere de wijziging van de bestemming van de plaatsen of de verandering van de aard of configuratie binnen de bestaande structuur, en die geen nieuwbouw, noch een uitbreiding van bestaande gebouwen zijn (art. 9, lid 2, 4° KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, BS 30 mei 2002 (KB BFM)).

36 Voorheen was dit artikel 46bis wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, BS 7 oktober 1987, gewijzigd bij artikel 69 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, BS 22 februari 2002.

37 Voorheen was dit artikel 97bis wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen, BS 7 oktober 1987.

38 R. CUYPERS e.a., *De financiering van de ziekenhuizen*, Kluwer, Mechelen, 2013, 15.

39 W. VERCRUYSEN, *Basisbeginselen inzake ziekenhuiswetgeving*, Brussel, Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw, 2002, 150; F. DEWALLENS, J. HANTSON en W. VERCRUYSEN, "Programmatie, erkenning en financiering", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 159-160.

40 KB van 4 mei 1999 tot bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, lid 1 van de wet op de ziekenhuizen voor de bij toepassing van de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet bevoegde overheden, BS 7 oktober 1999. Voorheen was dit het KB van 14 augustus 1989 tot

voor zover de bevoegde gemeenschap in hetzelfde dienstjaar de werken en leveringen heeft goedgekeurd en er de nodige kredieten voor vastgelegd heeft (art.2). De kalender mag maar goedgekeurd worden, voor zover het bedrag van de afschrijvingen in het BFM het aan iedere gemeenschap toekomende bedrag niet overschrijdt (art. 3). Voor de dienstjaren 2006 t.e.m. 2015 werd op 19 juni 2006 in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een protocolakkoord gesloten,⁴¹ waarbij voor elk van de dienstjaren 2006-2015 een gesloten federale enveloppe van € 7.580.000 voorzien werd voor alle gemeenschappen. Dit was het maximumbedrag dat de federale overheid bereid was om jaarlijks aan afschrijvingen via onderdeel A1 in het BFM op te nemen als gevolg van investeringen die door de gemeenschappen werden goedgekeurd voor subsidies.⁴² In geval van overschrijding zou de federale overheid bv. een lineaire vermindering op de projecten toegepast hebben.⁴³ Van deze federale enveloppe werd € 4.351.678 (57,41%) gereserveerd voor de Vlaamse Gemeenschap, hetgeen overeenkomt met een jaarlijkse theoretische investeringscapaciteit van € 318.760.000. Deze bedragen uit het protocolakkoord werden vervolgens bij KB van 1 maart 2007 ingeschreven in het KB van 4 mei 1999 (artt. 4, 1^o *bis* en 5, lid 2, a)).⁴⁴

In het protocolakkoord van 19 juni 2006 werd aangegeven welke investeringen door hun aard subsidieerbaar zijn en welke niet. Grote onderhoudswerken, vervangingsinvesteringen en kleine investeringen en/of aanpassingswerken hadden geen betrekking op de bouwkalender en zijn ten laste van de federale overheid wat de door het BFM gedekte ziekenhuisdiensten betreft. Waren daarentegen wel subsidieerbaar door hun aard:⁴⁵

bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, eerste lid van de wet op de ziekenhuizen, BS 7 december 1989. Zie voorts ook het KB van 14 augustus 1989 tot vaststelling van de procedure met betrekking tot de goedkeuring van de kalender door de Nationale Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, overeenkomstig artikel 97bis, tweede lid van de gecoördineerde wetten op de ziekenhuizen, BS 7 oktober 1989; MB van 4 september 1989 tot vaststelling van de modaliteiten van bewijsvoering van de goedkeuring van de kalender door de Nationale Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, overeenkomstig artikel 97bis, tweede lid, van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen, BS 7 oktober 1989.

41 BS 19 januari 2007. Zie voor de bouwkalender 1996-2005: protocol van 11 juli 1997, BS 3 oktober 1997.

42 Vr. en antw. Senaat, 24 juli 2008, Vr. nr. 4-1307 N. JANSEGGERS; C. VANDE VOORDE, K. VAN DEN HEEDE, C. OBYN, W. QUENTIN e.a., Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system, Health Services Research (HSR), Brussel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014, KCE Reports 229, 354; R. CUYPERS e.a., De financiering van de ziekenhuizen, Kluwer, Mechelen, 2013, 15; S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, "Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg", in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), Organisatie van de gezondheidszorg, Antwerpen, Intersentia, 2015, 156.

43 Hand. Senaat 2008-09, 27 november 2008, nr. 4-50, 60-63. Zie voorts W. VERCRUYSSSEN, Basisbeginselen inzake ziekenhuiswetgeving, Brussel, Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw, 2002, 150; F. DEWALLENS, J. HANTSON en W. VERCRUYSSSEN, "Programmatie, erkenning en financiering", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), Handboek gezondheidsrecht, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 160: de gemeenschappen zouden bovenop het voorziene budget nog wel subsidies kunnen toekennen, maar de federale overheid zou niet aanvaarden dat het niet-gesubsidieerde gedeelte afgeschreven zou worden via het BFM.

44 Artikelen 3 en 4, 2^o KB van 1 maart 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 mei 1999 tot bepaling van de algemene criteria voor de vaststelling en de goedkeuring van de kalender bedoeld in artikel 46bis, lid 1, van de wet op de ziekenhuizen voor de bij toepassing van de artikelen 128 en 135 van de Grondwet bevoegde overheden, BS 5 april 2007.

45 Zie hierover tevens het Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 30 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1); C. VANDE VOORDE, K. VAN DEN HEEDE, C. OBYN, W. QUENTIN e.a., Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system, Health Services Research (HSR), Brussel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014, KCE Reports 229, 354; R. CUYPERS e.a., De financiering van de ziekenhuizen, Kluwer, Mechelen, 2013, 14.

- de werken en investeringen m.b.t. de toepassing van de door de wet op de ziekenhuizen opgelegde normen. Dit betreft de nieuwe ziekenhuizen, uitbreidingen en de verbeteringswerken. Op het vlak van de uitrusting werd enkel de uitrusting van de hierna vermelde diensten gesubsidieerd: operatiekwartier, bevallingskwartier, neonatologie, *Maternal Intensive Care* (MIC)⁴⁶-bedden, sterilisatie, intensieve zorgen en spoedgevallen. Hetzelfde gold voor het materiaal dat een verbetering betekende voor de patiënt en/of het personeel. Voor wat het gesubsidieerd medisch materiaal voor bovenbedoelde diensten betrof, bedroeg het afschrijvingspercentage 10% i.p.v. 20%;
- de dagziekenhuizen;
- de werken en investeringen (met uitzondering van de uitrusting) m.b.t. de diensten radiotherapie, bedoeld in onderdeel A3 van het BFM;
- wat de medisch-technische diensten en de consultaties betreft, werden enkel de 'onroerende' werken gesubsidieerd met uitsluiting van de uitrusting en het materiaal;
- de overdekte parkings.

Middels een ander KB van 1 maart 2007⁴⁷ werd tevens het KB van 13 december 1966 m.b.t. het percentage van de toelagen⁴⁸ gewijzigd. In het protocolakkoord van 19 juni 2006 werd namelijk de zogenaamde '60/40-regel' opgenomen, d.i. de algemene regel, die inhoudt dat 60% van de investering gesubsidieerd werd door de gemeenschappen en 40% via afschrijvingen gefinancierd werd via het federale BFM (art. 3, §1, lid 1 KB van 13 december 1966). Voor zogenaamde 'prioritaire' werken konden de gemeenschappen daarentegen de toepassing van de '10/90-regel' vragen, waarbij de gemeenschap 10% subsidieerde en de federale overheid 90%. Werden bv. beschouwd als prioritair wat de algemene ziekenhuizen, met uitzondering van de geïsoleerde Sp-diensten, betreft (art. 3, §1bis, lid 1 en 2, 1° KB van 13 december 1966):

- investeringen die noodzakelijk zijn om aan nieuwe erkenningsnormen te voldoen;
- investeringen die leiden tot een rationalisering van het zorgaanbod. Het betreft meer bepaald:
 - o investeringen die het gevolg zijn van interne herstructureringsmaatregelen die leiden tot een concentratie van activiteiten of een beperking van het aantal vestigingsplaatsen;
 - o investeringen die het gevolg zijn van herstructureringsmaatregelen in het kader van een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst tussen twee of meerdere ziekenhuizen die leiden tot een concentratie van activiteiten en/of een beperking van het aantal vestigingsplaatsen;
 - o investeringen die het gevolg zijn van een specialisatie van activiteiten in het kader van een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst tussen twee of meerdere ziekenhuizen, die in het bijzonder wordt aangegaan met het

46 Dit is een afdeling voor hoogrisicozwangerschappen.

47 Artikel 1 KB van 1 maart 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van de ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, BS 5 april 2007.

48 KB van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, BS 16 december 1966.

oog op de gezamenlijke inrichting en uitbating van een zorgprogramma, een ziekenhuisdienst of ziekenhuisfunctie in toepassing van de vigerende programmatie- en erkenningsnormen;

- de investeringen betreffende dagziekenhuizen;
- de investeringen die in de lijn liggen van de politiek ter bevordering van de toegankelijkheid of het comfort van de patiënten.

De volgende investeringen werden dan weer als prioritair beschouwd voor wat betreft de geïsoleerde Sp-diensten en de psychiatrische ziekenhuizen (art. 3, §1*bis*, lid 2, 2° KB van 13 december 1966):

- investeringen die leiden tot een rationalisering van het aantal vestigingsplaatsen;
- investeringen noodzakelijk om akkoorden die in het kader van de herstructurering van de sector werden verleend, te concretiseren;
- investeringen met het oog op een uitbreiding die noodzakelijk is voor een toename van de activiteit;
- investeringen die de toegankelijkheid en het comfort van de patiënt bevorderen.

De toepassing van de 10/90-regel was evenwel niet vrijblijvend, aangezien de gemeenschappen in elk geval binnen de toegekende federale enveloppe van de kalender moesten blijven. De toepassing van deze 10/90-regel impliceerde dan ook dat de bouwkalender zwaarder werd belast en sneller uitgeput zou geraken met minder ruimte voor de gemeenschappen om overige investeringen goed te keuren.⁴⁹ De eindbeslissing om al dan niet te subsidiëren, alsook het subsidiepercentage, behoorde evenwel tot de bevoegdheid van de gemeenschappen, en niet tot die van de federale overheid.⁵⁰

Uit het verslag aan de Koning en het advies van de Raad van State bij de voormelde KB's van 1 maart 2007 blijkt dat de Raad van State bedenkingen had bij de gebruikte techniek van het sluiten van een protocolakkoord met daarin bindende afspraken en de toezegging van financiële middelen door de bevoegde overheden. Volgens de Raad van State ging het om een samenwerkingsakkoord en was de instemming van de betrokken wetgevende vergaderingen nodig opdat het protocolakkoord doorgang zou kunnen vinden.⁵¹ Op deze suggestie van de Raad van State werd evenwel niet ingegaan, nu het volgens de minister van volksgezondheid niet ging om een samenwerkingsakkoord, maar wel om een louter overleg in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.⁵² In antwoord op enkele parlementaire vragen werd later door de minister geantwoord dat het protocolakkoord als zodanig niet rechtsgeldig en louter een 'gentleman's agreement' was. Tevens werd geantwoord dat de afspraken uit het protocolakkoord daarna in federale wetgeving werden vertaald en alzo een federale aangelegenheid werden.⁵³ Door het protocol te omschrijven als een 'gentleman's agreement' gaf de minister m.a.w. aan dat de afspraken uit het protocolakkoord zuiver informele afspraken waren die als zodanig niet rechtens afdwingbaar waren. Door nadien de in het protocolakkoord gemaakte afspraken in federale wetgeving op

49 Hand. Senaat 2008-09, 27 november 2008, nr. 4-50, 46-49; Vr. en antw. Senaat, 24 juli 2008, Vr. nr. 4-1307 N. JANSEGGERS; R. CUYPERS e.a., *De financiering van de ziekenhuizen*, Kluwer, Mechelen, 2013, 16.

50 Hand. Senaat 2013-14, 10 oktober 2013, nr. 5-118, 6-8.

51 Artikel 92bis, §1, lid 2 bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, BS 15 augustus 1980.

52 Het verslag aan de Koning en het advies van de Raad van State werden mee gepubliceerd in het BS 5 april 2007.

53 Hand. Senaat 2008-09, 27 november 2008, nr. 4-50, 60-63; Vr. en Antw. Senaat 2007-08, 24 juli 2008, (Vr. nr. 4-1307 N. JANSEGGERS).

te nemen, verkregen deze afspraken dan weer in ieder geval wel een rechtsgeldig en tevens bindend karakter.

2.1.3.2 *Bouwplafonds*

In artikel 3, §§ 2, 3 en artikel 4 KB van 13 december 1966⁵⁴ werd voorts bepaald dat de minister van volksgezondheid in geval van nieuwe ziekenhuizen, ziekenhuizen ter vervanging van bestaande ziekenhuizen en de herconditionering van bestaande ziekenhuizen de maximumkostprijs vastlegt die in aanmerking wordt genomen voor het verlenen van toelagen. Deze prijzen werden naar aanleiding van het protocolakkoord van 19 juni 2006 vastgelegd middels het MB van 11 mei 2007.⁵⁵ Het MB van 11 mei 2007 werd gebaseerd op twee adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)⁵⁶ van 9 november 2006 en 8 februari 2007⁵⁷ en kwam in de plaats van de bouwplafonds die in 1978⁵⁸ vastgelegd werden. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen achtte de herziening in de voormelde adviezen, die een significante verhoging inhield van de bouwplafonds in vergelijking met de eerdere regeling van 1978,⁵⁹ absoluut noodzakelijk. De eerdere bouwplafonds waren ontoereikend zowel *qua* vierkante meter als *qua* bedragen om noodzakelijke (nieuw)bouwwerken uit te voeren.

Het MB van 11 mei 2007 bepaalt de regels voor het vaststellen van de maximumkostprijs die in aanmerking werd genomen voor de berekening van de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst door de gemeenschappen (artt. 1 en 2, a)). Voor elk ziekenhuis werd een globaal bouwkostplafond (totale kostprijs, art. 2, b)) en een globaal bouwoppervlakteplafond (totaal aantal vierkante meter, art. 2, c)) vastgelegd (art. 3). Bij nieuwbouwwerken en uitbreidingswerken konden investeringen in onroerende goederen (bij bestemming) worden betoelaagd, voor zover het voor het ziekenhuis vastgestelde globale bouwkostplafond en globale bouwoppervlakteplafond niet werden overschreden (art. 4, §1). Het globale bouwkostplafond en globale

54 KB van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, BS 16 december 1966.

55 Verslag aan de Koning bij het MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

56 Dit is nu de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen: artikel 105 wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, BS 27 december 2016.

57 Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 9 november 2006 betreffende “Advies bouwkalender – herziening van de besluiten 1978”, nr. NRZV/D/SF/15-1; advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 februari 2007 betreffende “Advies van de NRZV omtrent de bouwkalender en de herziening van de ministeriële besluiten van 1978 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het KB van 13 december 1966”, nr. NRZV/D/SF/20-1.

58 MB van 4 september 1978 tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 juli 1971 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw en de apparatuur, de herconditionering, de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, BS 25 oktober 1978; MB van 1 september 1978 tot wijziging van de ministeriële besluiten van 1 juli 1971 en 8 november 1973 tot vaststelling van de maximum kostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het koninklijk besluit van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw en de apparatuur, de herconditionering, de uitrusting van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, BS 25 oktober 1978.

59 S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, “Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg”, in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), Organisatie van de gezondheidszorg, Antwerpen, Intersentia, 2015, 156.

bouwoppervlakteplafond werden verkregen door het product van A, B en C respectievelijk het product van A en B (art. 4, §§ 2 en 3):

- A: het aantal bedden, plaatsen, posten, bunkers, zalen en bevallingen van het ziekenhuis zoals bedoeld in artikel 7. De vaststelling van het aantal bedden, plaatsen, posten, e.d. gebeurde op basis van een globale en beschrijvende raming van de toekomstige en goedgekeurde behoeften van het ziekenhuis (art. 6);
- B: het overeenkomstig aantal vierkante meter oppervlakte dat werd toegekend per bed, plaats, post, bunker, zaal of 100 bevallingen die onder A bedoeld worden. De betoelaagbare oppervlakte werd verder uitgewerkt in artikel 7, waarbij o.a. een onderscheid wordt gemaakt naargelang het type ziekenhuis. Zo bedroeg de betoelaagbare oppervlakte voor elk bed of elke plaats in een algemeen ziekenhuis (uitgezonderd geïsoleerde Sp-diensten en G-diensten en behalve bedden voor intensieve verzorging) 98,5 m² voor niet-universitaire ziekenhuizen en 157,6 m² voor universitaire ziekenhuizen.⁶⁰ Voor elk bed of elke plaats in een psychiatrisch ziekenhuis bedroeg de betoelaagbare oppervlakte 87,5 m²⁶¹;
- C: de prijs per vierkante meter per bed, plaats, post, bunker, zaal of 100 bevallingen die onder A bedoeld worden. De bouwprijs werd verder uitgewerkt in artikel 8. Zo bedroeg de bouwprijs voor elk bed of elke plaats in een algemeen ziekenhuis, behalve bedden voor intensieve verzorging, 1.743 €/m².⁶² Voor elk bed of elke plaats in een psychiatrisch ziekenhuis werd een bouwprijs van 1.685 €/m² gerekend.⁶³ De bouwprijs bevat de investeringen in onroerende goederen, te weten de ruwbouwwerken, de voltooiingswerken, de technische installaties en het vast meubilair (art. 8, §2). Roerende investeringen noodzakelijk voor de ingebruikname van de nieuwbouw of uitbreiding werden betoelaagd buiten de bouwprijs op basis van het bedrag van de goedgekeurde biedingen en beperkt tot de aanvaarde behoeften voor de nieuwbouw of uitbreiding, voor zover het ging om investeringen in uitrusting en materiaal die een verbetering betekenden voor de patiënt en het personeel van nader bepaalde diensten, afdelingen of functies (bv. operatiekwartier, verloskwartier en sterilisatieafdeling). De vermelde voorwaarde dat het moest gaan om investeringen in uitrusting en materiaal die een verbetering betekenen voor patiënt en personeel, was niet van toepassing op investeringen in eerste uitrusting of de eerste aankoop van materiaal (art. 8, §3).

Binnen het bouwplafond kon een ziekenhuis investeringen voorstellen. Hierbij had het ziekenhuis ruimte voor een optimalisatie van de investeringen naargelang de beleidsopties en de behoeften. Investeringen in onroerende goederen die het globale bouwkostplafond of het globale bouwoppervlakteplafond overschreden, kwamen onder enkele voorwaarden voor betoelaging in aanmerking. In de eerste plaats mocht bij de betoelaging het globale bouwkostplafond en het globale bouwoppervlakteplafond niet worden overschreden. Daarnaast moest het gedeelte van de investeringen dat het globale

60 Artikel 7, §1, 1°. Zie voor de redenen voor deze verschillende behandeling van niet-universitaire en universitaire ziekenhuizen: advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 februari 2007 betreffende "Advies van de NRZV omtrent de bouwkalender en de herziening van de ministeriële besluiten van 1978 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het KB van 13 december 1966", nr. NRZV/D/SF/20-1, 13-14 (bv. meer activiteitencentra in universitaire ziekenhuizen en meer personeel).

61 Artikel 7, §1, 3°.

62 Artikel 8, §1, 1°.

63 Artikel 8, §1, 3°.

bouwkostplafond en het globale bouwoppervlakteplafond overschreed, door het betrokken ziekenhuis zelf worden gedragen (art. 5, §1).

Sommige onroerende investeringen kwamen voor betoelaging in aanmerking boven het globale bouwkostplafond en het globale bouwoppervlakteplafond. Het ging bv. voor alle ziekenhuizen om de afbraakwerken in de mate ze noodzakelijk waren voor de implanting van de nieuwe subsidieerbare constructies of uitbreidingen van bestaande gebouwen, de parkings *a rato* van twee parkeerplaatsen, inclusief overdekte plaatsen, per bed of plaats, en het inrichten van de omgeving. Voor de psychiatrische ziekenhuizen ging het om de sportinfrastructuur, de infrastructuur nodig voor spoedgevallen, de dienst voor de intensieve behandeling van psychiatrische patiënten en de forensische psychiatrie. Voor de algemene ziekenhuizen ging het ten slotte om bv. de hartcatheterisatiezalen en de medisch-technische diensten met een PET-scanner en magnetische resonantie tomograaf (NMR). Deze investeringen werden betoelaagd volgens de reële kostprijs zoals opgenomen in de bieding (art. 9).

Ook herconditioneringswerken van bestaande gebouwen kwamen buiten het globale bouwkostplafond voor betoelaging in aanmerking op basis van de goedgekeurde bieding, doch enkel voor zover het ging om prioritaire werken⁶⁴ en ze werden betoelaagd volgens de 10/90-regel. Andere herconditioneringswerken kwamen niet in aanmerking voor betoelaging (art. 10).

De BTW was niet inbegrepen in de bouwpijs en werd eveneens boven het bouwplafond betoelaagd (art. 11, §2). Zowel voor onroerende als roerende investeringen werd de kostprijs ter dekking van de algemene onkosten vermeerderd *a rato* van 15% van de kostprijs van de betreffende investeringen (art. 12).

2.1.3.3 De onderdelen A1 en A3 van het BFM

De onderdelen A1 en A3 van het BFM worden geregeld in de artikelen 9 en 11 van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (KB BFM).⁶⁵

Onderdeel A1 van het BFM heeft betrekking op de investeringslasten en de aanloopkosten van de diensten waarvan de werking door het BFM gedekt worden (bv. verpleegeenheden en operatiekwartier).⁶⁶ De bestanddelen die door onderdeel A1 van het BFM gedekt worden, zijn:⁶⁷

1° de afschrijving van de lasten van opbouw;

2° de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur;

3° de afschrijving van de lasten van grote onderhoudswerken, meer bepaald van belangrijke herstellings- en onderhoudswerken, al dan niet periodiek;

4° de afschrijving van de lasten voor herconditioneringswerken, meer bepaald grote verbouwingen die de structuur van het gebouw niet wijzigen – zoals, onder andere, de wijziging van de bestemming van de

64 Zoals bedoeld in artikel 3, §1bis KB van 13 december 1966 tot bepaling van het percentage van de toelagen voor de opbouw, de herconditionering, de uitrusting en de apparatuur van ziekenhuizen en van zekere voorwaarden waaronder ze worden verleend, BS 16 december 1966.

65 BS 30 mei 2002.

66 Artikelen 7, 1°, a), 8, a), b), d) en e) en 9, lid 1 KB BFM; R. CUYPERS e.a., *De financiering van de ziekenhuizen*, Kluwer, Mechelen, 2013, 13.

67 Artikel 9, lid 2 KB BFM, zoals vervangen bij artikel 3 KB van 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, BS 4 juni 2014. Voorheen werden de aanloopkosten gefinancierd via onderdeel C1 van het BFM.

plaatsen of de verandering van de aard of configuratie binnen de bestaande structuur – en die geen nieuwbouw, noch een uitbreiding van bestaande gebouwen zijn;

5° de afschrijving van de lasten voor investeringen in het kader van duurzame ontwikkeling;

6° de afschrijving van de lasten voor de aankoop van rollend materiaal;

7° de afschrijving van de lasten voor een eerste inrichting;

8° de financiële lasten, meer bepaald de lasten van leningen aangegaan ter financiering van de hierboven vermelde investeringen;

9° de aanloopkosten, luidende:

a) voor de bestaande ziekenhuizen of bestaande ziekenhuisdiensten:

1° de oprichtingskosten van een V.Z.W. of van andere rechtspersonen zonder winstoogmerk;

2° de kosten van hypothecaire akten.

b) voor de ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten in opbouw:

1° de bouwbelastingen;

2° de verzekeringskosten;

3° de kosten van verwarming;

4° de kosten van schoonmaak voor de ingebruikstelling;

5° de financiële lasten van leningen of overbruggingskredieten voor financiering van het eigen aandeel;

6° de notaris- en registratiekosten ingevolge de sub 5° bedoelde leningen.

Voor de toepassing van onderdeel A1 van het BFM worden de lasten voor het huren van gebouwen gelijkgesteld met afschrijvingen.⁶⁸

De opname van investeringslasten gebeurde volgens het afschrijvingsritme, d.i. 33 jaar voor investeringen in nieuwbouw en 10 jaar voor een groot onderhoud.⁶⁹

De verschillende bestanddelen van onderdeel A1 van het BFM worden verder uitgewerkt in artikel 24 e.v. van het KB BFM. Zo wordt in artikel 25, §§ 1 en 2 KB BFM m.b.t. de lasten van opbouw, uitrusting en apparatuur vooropgesteld dat de afschrijvingen berekend worden op de werkelijke investeringswaarden en begrensd zijn tot de daarvoor geldende maximumbedragen, verminderd met de verkregen toelagen van de gemeenschappen. De vastgestelde afschrijvingen mogen in principe niet hoger zijn dan 40% van de werkelijke investeringswaarden, beperkt tot de voormelde maximumbedragen (MB van 11 mei 2007⁷⁰)⁷¹, voor zover er betoelaging werd bekomen. Deze betoelaging moet bewezen worden. Indien dit bewijs niet

68 Artikel 9, lid 3 KB BFM.

69 R. CUYPERS e.a., *De financiering van de ziekenhuizen*, Kluwer, Mechelen, 2013, 14.

70 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

71 R. CUYPERS e.a., *De financiering van de ziekenhuizen*, Kluwer, Mechelen, 2013, 14.

geleverd wordt, of indien er geen subsidie werd verkregen, worden de afschrijvingslasten niet in aanmerking genomen in onderdeel A1 van het BFM.

Zo ook worden de lasten m.b.t. de afschrijving van medische uitrusting, niet-medische uitrusting en rollend materieel bv., na afschrijving van de betoelaagde investeringen, forfaitair vergoed (art. 29 KB BFM). De afschrijvingstermijn voor medisch en niet-medisch materiaal bedraagt 5 respectievelijk 10 jaar.

Onderdeel A3 van het BFM dekt de investeringslasten van de medisch-technische diensten -meer bepaald de magnetische resonantie tomograaf met geïntegreerd elektronisch telsysteem, de radiotherapiedienst, de scanners met positronemissie⁷²- en dit zowel voor de uitrusting als voor de gebouwen waarin deze worden geïnstalleerd.⁷³ Deze investeringslasten worden verder uitgewerkt in artikel 31 KB BFM. Volgens artikel 31, §2 KB BFM worden afschrijvingen voor de lasten van opbouw, verbouwing, uitrusting en apparatuur berekend op de werkelijke investeringswaarden, verminderd met de verkregen toelagen. In afwijking daarvan worden de lasten van uitrusting en apparatuur (NMR, radiotherapie en PET-scanner) forfaitair vergoed (art. 31, §3).

2.1.3.4 VIPA-reglementering

In navolging van de hierboven beschreven federale (basis)regels voor de financiering van ziekenhuisinfrastructuur werd door de Vlaamse Gemeenschap een eigen regelgevend kader uitgewerkt om ziekenhuisinfrastructuur te subsidiëren. Het regelgevend kader dat door de Vlaamse Gemeenschap werd uitgewerkt, was een aanvulling op en de verdere uitwerking van de federaal vastgelegde basisregels.⁷⁴ Dit door de Vlaamse Gemeenschap uitgewerkt regelgevend kader wordt hier besproken.

De financiering, in welke vorm ook, van infrastructuur voor zorg- en dienstverlening in het kader van de persoonsgebonden aangelegenheden behoort tot de kerntaken van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA).⁷⁵ Het VIPA werd opgericht bij Decreet van 23 februari 1994 als een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid,⁷⁶ maar werd in 2006 omgevormd tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid⁷⁷. Het VIPA verleent investeringssubsidies, investeringswaarborgen, alternatieve investeringssubsidies en alternatieve investeringswaarborgen.⁷⁸ Een

72 Artikelen 7, 1°, c) en 8, c) KB BFM.

73 Artikel 11 KB BFM.

74 Verslag van het Rekenhof van 10 juli 2003 over subsidies voor infrastructuur in de sectoren welzijn en gezondheid, Parl.St. Vlaams Parlement 2002-03, nr. 37-C/1, 47.

75 Artikel 5, 1° decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.

76 Artikel 4 decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994. Het VIPA was de rechtsopvolger van het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen en Medisch-Sociale Inrichtingen: artikel 20, §3 decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994.

77 Artikelen 3 en 27 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.

78 Artikelen 6 en 7bis decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994; artikel 6, lid 1, 1°, a) decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006; F. DEWALLENS, J. HANTSON en W. VERCRUYSSSEN, "Programmatie, erkenning en financiering", in T.

investeringsubsidie is een rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage in de kostprijs of de financiering van een investering.⁷⁹ Een investeringswaarborg is een waarborg tot terugbetaling van de leningen die werden aangegaan met het oog op de realisatie van de investering, voor dat deel van de kapitaalsuitgaven waarvoor geen investeringsubsidie wordt verkregen.⁸⁰ Dit betekent concreet dat het niet-gesubsidieerde deel van de investering afgeschreven wordt in het BFM en gefinancierd kan worden met een lening door het ziekenhuis gesloten met een waarborg van de Vlaamse Gemeenschap.⁸¹

De VIPA-reglementering i.v.m. investeringsubsidies en investeringswaarborgen is tamelijk uitgebreid en is via verschillende besluiten van de Vlaamse regering kort na elkaar tot stand gekomen. Bij de overgang van het ene subsidiesysteem naar het andere, ofwel van het ene besluit van de Vlaamse regering naar het andere, werd telkens voorzien in de nodige opheffingsbepalingen of overgangsregelingen:

- besluit van de Vlaamse regering van 30 november 1994 tot vaststelling van de totale investeringsubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen, *BS* 27 januari 1995;
- besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 1994 houdende de procedureregels inzake infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, *BS* 30 augustus 1994;
- besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 1999 tot vaststelling van de totale investeringsubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen, *BS* 31 augustus 1999;
- besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 1999 houdende de procedureregels inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, *BS* 10 september 1999;
- besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringsubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen, *BS* 18 augustus 2010;
- besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringsubsidies verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, *BS* 24 oktober 2006;
- besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringswaarborg verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, *BS* 24 oktober 2006;
- besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringsubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, *BS* 16 juni 2011;

VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 157; S.

CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, "Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg", in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 157.

79 Artikel 2, 5° decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, *BS* 1 juni 1994.

80 Artikel 2, 6° decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, *BS* 1 juni 1994.

81 W. VERCRUYSSSEN, *Basisbeginselen inzake ziekenhuiswetgeving*, Brussel, Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw, 2002, 149; S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, "Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg", in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 157.

- besluit van de Vlaamse regering van 8 november 2013 tot facilitering van de infrastructuurfinanciering via de alternatieve investeringswaarborg, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 19 december 2013;
- besluit van de Vlaamse regering van 11 september 2015 tot regeling van de eenmalige uitbetaling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 23 oktober 2015.

Deze lijst is in feite nog langer, aangezien de Vlaamse regering sinds de zesde staatshervorming nog bijkomende besluiten heeft uitgevaardigd m.b.t. de subsidiëring van ziekenhuisinfrastructuur. Deze bijkomende besluiten worden evenwel verder toegelicht bij de bespreking van het nieuw financieringsmodel.

Aanvankelijk werd voorzien in een subsidiëring van investeringen door middel van enkele schijven, waarbij de ziekenhuizen op vooraf vastgestelde tijdstippen en gespreid in de tijd betalingen ontvingen in functie van de vordering van de investering of de fase waarin deze zich bevond.⁸² De subsidie kon gepaard gaan met een investeringswaarborg.⁸³

In 2006 werd een systeem van ‘alternatieve investeringssubsidies’ en een ‘alternatieve investeringswaarborg’⁸⁴ uitgewerkt,⁸⁵ waarbij de investeringssubsidie werd opgevat als een ‘gebruikstoelage’ die jaarlijks kon worden toegekend gedurende maximaal 20 opeenvolgende jaren⁸⁶. Vanaf de inwerkingtreding van het nieuwe subsidiesysteem konden geen nieuwe aanvragen voor subsidies meer worden ingediend volgens de oude subsidieregeling.⁸⁷ De uitbetaling van de ‘nieuwe’ gebruikstoelage werd overigens gekoppeld aan voorwaarden.⁸⁸ Zo werden voor projecten m.b.t. ziekenhuizen bij de beoordeling van aanvragen tot verstrekking van een gebruikstoelage normen inzake bezettingsgraad toegepast. Indien deze normen niet gehaald werden, dan werd het bedrag van de gebruikstoelage *pro rata*

82 Artikelen 29 t.e.m. 34 besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 1999 houdende de procedureregels inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 10 september 1999, zoals van toepassing vóór de vervanging ervan bij artikel 18, 1° besluit van de Vlaamse regering van 15 januari 2016 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden en tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 5 juni 2009 tot vaststelling van de regels voor het verlenen van de voorafgaande vergunning voor sommige woonzorgvoorzieningen, wat betreft de lokale en regionale dienstencentra, 10 maart 2016.

83 Artikel 36 e.v. besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 1999 houdende de procedureregels inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 10 september 1999.

84 Besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringswaarborg verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 24 oktober 2006.

85 Artikel 7bis decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994, ingevoegd bij artikel 2 decreet van 17 maart 2006 tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 16 mei 2006.

86 Artikelen 2, lid 2 en 3, lid 1 besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 24 oktober 2006.

87 Artikel 53, lid 1 besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 24 oktober 2006.

88 Artikel 33 e.v. besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 24 oktober 2006.

verminderd.⁸⁹ Door deze nieuwe subsidiëringstechniek werd een groter financieel risico bij de ziekenhuizen gelegd⁹⁰ en werden de ziekenhuizen aangemoedigd om realistische plannen in te dienen⁹¹.

Door middel van het besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010⁹² werden (in navolging van de federaal vastgelegde en in 2007 geactualiseerde bouwplafonds,⁹³ *cf. supra*) de regels vastgelegd voor het berekenen van de 'maximaal subsidiabele oppervlakte'⁹⁴. Zo bedroeg de maximaal subsidiabele oppervlakte voor elk bed of elke plaats in een algemeen ziekenhuis met meer dan 250 bedden (uitgezonderd de bedden van geïsoleerde Sp-diensten en G-diensten en bedden voor intensieve verzorging) 98,5 m² voor niet-universitaire ziekenhuizen en 125 m² voor universitaire ziekenhuizen.⁹⁵ Voor elk bed of elke plaats in een psychiatrische ziekenhuis met meer dan 100 bedden was dit 87,5 m².⁹⁶ Tevens werd de 'maximale subsidiabele kostprijs' per m² vastgelegd (voor nieuwbouw-⁹⁷ en uitbreidingswerken⁹⁸: € 1.100 per m² (art. 9, §1 en 10, lid 1).

Het basisbedrag van de 'investeringssubsidie voor nieuwbouwwerken en uitbreidingswerken' werd vastgesteld op 60 % van de goedgekeurde raming en beperkt tot de aanvaarde behoeften en, in geval van prioritaire werken, op 10%. Dit basisbedrag van de investeringssubsidie mocht de maximale subsidiabele kostprijs per m² evenwel niet overschrijden (art. 9, §1, lid 2 en 10, lid 2⁹⁹). Het basisbedrag van de

89 Artikel 43 besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 24 oktober 2006.

90 F. DEWALLENS, J. HANTSON en W. VERCRUYSEN, "Programmatie, erkenning en financiering", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), Handboek gezondheidsrecht, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 157.

91 C. VANDE VOORDE, K. VAN DEN HEEDE, C. OBYN, W. QUENTIN e.a., Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system, Health Services Research (HSR), Brussel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014, KCE Reports 229, 355.

92 Besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen, BS 18 augustus 2010.

93 Middels artikel 25 besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen, BS 18 augustus 2010, werd het eerdere besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 1999 tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen, BS 31 augustus 1999 (gebaseerd op de maxima van 1978), opgeheven, in het licht van de gewijzigde federale regelgeving, nl. het MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

94 De maximaal subsidiabele oppervlakte is de som van de per bouwlaag berekende nuttige vloeroppervlakte, buitenmuren inbegrepen, die in aanmerking wordt genomen voor subsidiëring: artikel 8 besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen, BS 18 augustus 2010.

95 Artikel 8, lid 2, 1°.

96 Artikel 8, lid 2, 4°.

97 Nieuwbouw: een nieuwe bouwconstructie met een eigen, autonome en functionele bestemming in de persoonsgebonden aangelegenheden; een nieuwbouw bevat steeds een ruwbouw: artikel 2, 12° decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994.

98 Uitbreiding: het bouwen van een nieuwe bouwconstructie aan of bij een bestaande constructie die een functionele bestemming in de persoonsgebonden aangelegenheden heeft of voor dergelijke bestemming in aanmerking komt en waarbij de nieuwe constructie functioneel aansluit: artikel 2, 13° decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994.

99 Zoals van toepassing vóór de wijziging ervan bij de artikelen 32, 1° en 33, 1° besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 2018 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 oktober 2018.

‘investeringssubsidie voor (prioritaire) verbouwingswerken’¹⁰⁰ werd vastgesteld op 10 % van de goedgekeurde raming en beperkt tot de aanvaarde behoeften. Het basisbedrag van de totale investeringssubsidie voor verbouwingswerken kon in elk geval niet hoger zijn dan 75% van het basisbedrag dat voor uitbreidingswerken in aanmerking werd genomen (art. 13¹⁰¹).

Roerende investeringen noodzakelijk voor de ingebruikname van de nieuwbouw of de uitbreiding van het ziekenhuis kwamen voor subsidiëring in aanmerking boven de maximale subsidiabele kostprijs, weliswaar onder bepaalde voorwaarden en enkel voor bepaalde diensten, afdelingen of functies (bv. operatiekwartier, verloskwartier en sterilisatieafdeling: art. 18¹⁰²). Daarbovenop kwamen ook enkele onroerende investeringen voor subsidiëring in aanmerking buiten de maximale subsidiabele kostprijs. Het ging bv. voor alle ziekenhuizen om de afbraakwerken noodzakelijk voor de inplanting van nieuwe subsidieerbare constructies of uitbreidingen van bestaande gebouwen en één duurzaam overdekte parkeerplaats per twee bedden of plaatsen, met een maximale subsidiabele kostprijs van € 10.000 per parkeerplaats. Voor de psychiatrische ziekenhuizen ging het om de inrichting van de omgeving en de sportinfrastructuur (art. 19)¹⁰³. De investeringssubsidie omvatte nog een subsidie voor de BTW tegen het geldende tarief en voor de algemene onkosten aan 10%, zodat de totale investeringssubsidie als volgt berekend werd: basisbedrag + geldende BTW op het basisbedrag + algemene onkosten aan 10% op het basisbedrag + geldende BTW op de algemene onkosten (art. 21).

In het advies van de Raad van State bij voormeld besluit van 16 juli 2010 werd opgemerkt dat de Vlaamse regels strenger waren dan de regels die door de federale overheid werden vastgelegd middels het MB van 11 mei 2007¹⁰⁴, nu bv. de aan Vlaamse zijde vastgelegde maximale subsidiabele oppervlakte en maximale subsidiabele kostprijs vaak lager waren dan die van het MB van 11 mei 2007. Volgens de Raad van State was dit niet problematisch en bleef de Vlaamse Gemeenschap binnen haar bevoegdheid en de federaal vastgelegde basisregels of krijtlijnen, nu het MB van 11 mei 2007 ‘maxima’ bevat die niet door de gemeenschappen mochten worden overschreden.¹⁰⁵

100 Verbouwing: elke materiële ingreep, met uitzondering van uitbreiding alsmede van de onderhoudswerken of de door slijtage noodzakelijke vervangingswerken, tot verbetering of vernieuwing van een gebouw met een functionele bestemming in de persoonsgebonden aangelegenheden, of dat voor een dergelijke functionele bestemming in aanmerking komt: artikel 2, 15° decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994.

101 Zoals van toepassing vóór de wijziging respectievelijk vervanging ervan bij de artikelen 35, 1° en 35, 3° besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 2018 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 oktober 2018.

102 Zoals van toepassing vóór de vervanging ervan bij artikel 39 besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 2018 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 oktober 2018.

103 Zoals van toepassing vóór de vervanging ervan bij artikel 40 besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 2018 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 oktober 2018.

104 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

105 Advies van de Raad van State van 6 juli 2010, nr. 48.341/VR. Zie over de verschillen tussen de federale en Vlaamse regelgeving ook: Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 35 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1); verslag van het Rekenhof van 10 juli 2003 over subsidies voor infrastructuur in de sectoren welzijn en gezondheid, Parl.St. Vlaams Parlement 2002-03, nr. 37-C/1, 25-26; R. CUYPERS e.a., De financiering van de ziekenhuizen, Kluwer, Mechelen, 2013, 15.

In 2011 werd het systeem van de alternatieve investeringssubsidies¹⁰⁶ aangepast, waarna in 2013 een aanpassing volgde van het systeem van de alternatieve investeringswaarborg¹⁰⁷ en finaal in 2015 de mogelijkheid voorzien werd van de eenmalige uitbetaling van de alternatieve investeringssubsidies¹⁰⁸.

Volgens het besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011 kwam een aanvrager enkel in aanmerking voor een ‘gebruikstoelage’, voor zover de aanvrager erkend is om zorg- en dienstverlening te organiseren en beschikt over een genotsrecht op het project. Ingeval de aanvrager niet de eigenaar was of niet de houder was van de zakelijke rechten op de grond waarop het project werd uitgevoerd (PPS-formule), mocht er geen ongeoorloofde verwantschap bestaan tussen enerzijds de aanvrager en anderzijds de eigenaar of de houder van de zakelijke rechten op de grond (art. 3).¹⁰⁹ Deze verwantschapsregels werden ingevoerd om misbruiken te vermijden.¹¹⁰ Wat dit betreft, werd er gewerkt met verschillende onweerlegbare vermoedens¹¹¹ en een weerlegbaar vermoeden van ongeoorloofde verwantschap (art. 4). De investering diende tevens te voldoen aan algemene bouwfysische, technische en kwalitatieve normen (o.a. regelgeving over brandveiligheid) (art. 5) en aan specifieke bouwfysische, technische en kwalitatieve normen volgend uit de Ziekenhuiswet (art. 6).¹¹²

De gebruikstoelage kon in de eerste plaats een ‘rechtstreekse bijdrage’ zijn in de kostprijs van het project (art. 11). De aanvrager (het ziekenhuis) trad hier ook op als bouwheer. Deze gebruikstoelage kon jaarlijks worden toegekend gedurende 20 opeenvolgende jaren (art. 12). Deze gebruikstoelage werd berekend door een coëfficiënt¹¹³ toe te passen op het totale bedrag dat werd berekend en vastgesteld overeenkomstig

106 Besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 16 juni 2011. Middels artikel 90 van het voormelde besluit van 18 maart 2011 werd het besluit van de Vlaamse regering van 1 september 2006 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 24 oktober 2006, opgeheven. In artikel 91 van het voormelde besluit van 18 maart 2011 werd bevestigd dat er geen aanvragen van subsidies overeenkomstig artikel 6 decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994, meer konden worden ingediend en afgehandeld.

107 Besluit van de Vlaamse regering van 8 november 2013 tot facilitering van de infrastructuurfinanciering via de alternatieve investeringswaarborg, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 19 december 2013.

108 Besluit van de Vlaamse regering van 11 september 2015 tot regeling van de eenmalige uitbetaling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 23 oktober 2015.

109 Zie ook artikel 12 Decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994.

110 F. DEWALLENS, J. HANTSON en W. VERCRUYSEN, “Programmatie, erkenning en financiering”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 158.

111 Bv. de ongeoorloofde verwantschapsband in rechte wordt onweerlegbaar vermoed als de eigenaar van de grond of de houder van de zakelijke rechten op de grond in het bezit is van de meerderheid van de stemrechten verbonden aan het totaal van de deelnamerechten van de aanvrager (art. 4, §2, 1°) of als de aanvrager in het bezit is van de meerderheid van de stemrechten die verbonden zijn aan het totaal van de effecten van de eigenaar van de grond of de houder van de zakelijke rechten op de grond (art. 4, §2, 2°). In totaal werden zo 14 punten of onweerlegbare vermoedens opgenomen.

112 Zie ook artikel 10 Decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994.

113 In artikel 12, lid 3 en 4 wordt hieraan toegevoegd dat de coëfficiënt jaarlijks door de minister in december wordt bepaald en volgens de volgende formule wordt berekend: $\text{coëfficiënt} = R / (1 - (1 / (1 + R)^{20}))$, waarbij R = referentierentevoet. De referentierentevoet wordt jaarlijks in december aangeleverd door het beleidsdomein Financiën en Begroting op basis van een tienjarige OLO en stemt overeen met het rekenkundig gemiddelde van de noteringen tijdens de periode van 1 september tot en met 30 november van het desbetreffende jaar, verhoogd met vijftien basispunten. De aldus bepaalde referentierentevoet wordt ieder jaar in december door het beleidsdomein

het voormelde besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010¹¹⁴. Om in aanmerking te komen voor een gebruikstoelage moest een procedure gevolgd worden, waarbij in twee fasen een masterplan¹¹⁵ (zorgstrategisch plan-technisch en financieel plan) ingediend moest worden en een principiële akkoord verkregen moest worden (art. 13 e.v.). Nadien kon de gebruikstoelage dan aangevraagd worden. De eerste aanvraag kon op zijn vroegst ingediend worden in het jaar na het jaar waarin de aanvrager het bevel had gegeven tot aanvang van de werken of waarin hij de bestelling geplaatst had (art. 34 e.v.). Ook hier werden normen m.b.t. bezettingsgraad toegepast en kon de gebruikstoelage desgevallend *pro rata* vermindert worden (art. 80¹¹⁶).

Daarnaast kon de gebruikstoelage ook dienen als een 'onrechtstreekse bijdrage' in de kostprijs waarbij de aanvrager niet de bouwheer was en de gebruikstoelage door de aanvrager aangewend werd als bijdrage in een beschikbaarheidsvergoeding, d.i. de vergoeding voor het bouwen, het financieren, het ter beschikking stellen en het al dan niet ontwerpen van een voorziening door een opdrachtnemer voor een aanvrager, of een andere vergoeding in die zin (art. 1, 3°). Ook deze gebruikstoelage kon jaarlijks worden toegekend gedurende 20 opeenvolgende jaren en ook hier moest een gelijkaardige procedure gevolgd worden met de indiening van een masterplan, het verkrijgen van een principiële akkoord en ten slotte het aanvragen van de gebruikstoelage (art. 39 e.v.).

2.2 Na de zesde staatshervorming

2.2.1 Bevoegdheidsverdeling

In het zogenaamde 'Vlinderakkoord' van 11 oktober 2011 over de zesde staatshervorming werd voorzien in de overdracht van een aantal bijkomende bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de gemeenschappen. De titel van dit akkoord luidde als volgt: "*Een efficiëntere federale staat en een grotere autonomie voor de deelstaten*".¹¹⁷ Dit akkoord heeft uiteindelijk geresulteerd in de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming.¹¹⁸

Financiën en Begroting uiterlijk binnen de vijf eerste werkdagen van de maand december meegedeeld aan het Fonds. Zie bv. MB van 23 december 2011 houdende bepaling van de coëfficiënt voor de berekening van het bedrag van de gebruikstoelage verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 17 januari 2012; MB van 24 december 2015 houdende bepaling van de coëfficiënt voor de berekening van het bedrag van de gebruikstoelage verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 25 januari 2016. Bedoeld om de intrestlasten ten gevolge van de voorfinanciering van de subsidiëring door het ziekenhuis te dekken, onafhankelijk van de vraag of het ziekenhuis al dan niet een lening aanging: F. DEWALLENS, J. HANTSON en W. VERCRUYSSSEN, "Programmatie, erkenning en financiering", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 160.

114 Besluit van de Vlaamse regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen, BS 18 augustus 2010.

115 Een masterplan is een globale en beschrijvende schets met een kostenraming van het geplande project met vermelding van de doelgroep, de capaciteit, de uitvoeringstermijnen en toekomstige ontwikkelingen, met daarbij een financieel plan in verhouding tot de verwachte exploitatie: artikel 2, 7° Decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 juni 1994.

116 Vóór de opheffing ervan bij artikel 48 besluit van de Vlaamse regering van 15 januari 2016 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden en tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 5 juni 2009 tot vaststelling van de regels voor het verlenen van de voorafgaande vergunning voor sommige woonzorgvoorzieningen, wat betreft de lokale en regionale dienstencentra, BS 10 maart 2016.

117 Zie voor de tekst van dit akkoord: algemene beleidsnota staatshervorming van 22 december 2011, Parl.St. Kamer 2011-12, nr. 1964/016.

118 BS 31 januari 2014.

Met de zesde staatshervorming werden de bevoegdheden van de gemeenschappen m.b.t. het gezondheidsbeleid verder uitgebreid. Specifiek voor het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen zijn de gemeenschappen volgens het huidige artikel 5, §1, l., lid 1, 1° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980¹¹⁹ nog steeds bevoegd hiervoor. De uitzonderingen op deze principiële bevoegdheid van de gemeenschappen ten voordele van de federale overheid zijn nu ook beperkter geformuleerd. De federale overheid blijft bevoegd voor:

- a) de organieke wetgeving, met uitzondering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten;
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving en dit onverminderd de bevoegdheden van de gemeenschappen bedoeld onder a);
- c) de basisregels betreffende de programmatie;
- d) de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen;

Artikel 5, §1, l., lid 2 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 voegt hieraan toe dat de federale overheid ook bevoegd blijft voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Ook na de zesde staatshervorming blijft de federale overheid dus bevoegd voor een niet onbelangrijk aandeel van de bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid, en dit omwille van dezelfde bezorgdheid om de kosten van de zorgverstrekking onder controle te houden.¹²⁰

De wel naar de gemeenschappen overgedragen bevoegdheid inzake de ‘investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten’ heeft betrekking op de tot dan federaal geregelde onderdelen A1 en A3 van het BFM.¹²¹ Deze onderdelen worden geregeld in de artikelen 9 en 11 van het KB BFM. Investeringskosten in infrastructuur en apparatuur worden gezien als belangrijke hefboomen voor

119 Artikel 5, §1, l. van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, BS 15 augustus 1980, werd vervangen bij artikel 6 bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming, BS 31 januari 2014.

120 S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, “Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg”, in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 353.

121 Algemene beleidsnota staatshervorming van 22 december 2011, Parl.St. Kamer 2011-12, nr. 1964/016, 31-32; memorie van toelichting bij het voorstel van 25 juli 2013 van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 3-4, 28 en 33-34; verslag MOUREAUX en CLAES van 26 november 2013, Parl.St. Senaat 2013-14, nr. 5-2232/5, 15 en 113; ontwerp van decreet van 13 mei 2016 houdende diverse bepalingen betreffende de beleidsdomeinen welzijn, volksgezondheid en gezin, Parl.St. Vlaams Parlement 2015-16, nr. 773/1, 9 en 51; verslag E. VAN DEN BRANDT, K. SCHRYVERS en L. PARYS van 30 juni 2016, Parl.St. Vlaams Parlement 2015-16, nr. 773/8, 13 en 30; adviezen van de Raad van State van 2 mei 2016 en 15 maart 2017, nrs. 59.188/VR/3 en 60.973/3; C. VANDE VOORDE, K. VAN DEN HEEDE, C. OBYN, W. QUENTIN e.a., *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*, Health Services Research (HSR), Brussel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014, KCE Reports 229, 354; P. HANNES, “Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?”, in J. VELAERS e.a. (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 372, voetnoot 14 en 374-375; S. LIERMAN, “Rechtsbronnen en rechtsbeginselen in de gezondheidszorg”, in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 6, voetnoot 12; S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, “Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg”, in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 154-155 en 361; B. OOGHE, “De zesde staatshervorming sociaal-economisch doorgelicht”, *Sociale Wegwijzer* 2011, afl. 20, 7; D. LECOCQ e.a., “Zesde staatshervorming: welke impact voor de ziekenhuizen?”, *Healthcare Executive* 2014, 6 en 15.

zorgkwaliteit.¹²² De gemeenschappen waren vóór de zesde staatshervorming al gedeeltelijk bevoegd voor de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur en de zware medische apparatuur (*cf. supra*). Met de eerdere overdracht van een deel van de bevoegdheden inzake ziekenhuisfinanciering was het de bedoeling dat de gemeenschappen meer autonomie zouden verkrijgen en sturend zouden kunnen werken.¹²³ Met de nieuwe bevoegdheidsoverdracht kunnen de gemeenschappen nu voor een goed onderhoud van hun ziekenhuizen zorgen en beslissen in welk ziekenhuis eerst een dringende renovatie nodig is.¹²⁴

J. Van Nieuwenhove wijst erop dat uit de gedetailleerde omschrijving van de onderdelen A1 en A3 in de memorie van toelichting blijkt dat in feite ook het onderdeel C1 van het BFM wordt bedoeld met de bevoegdheidsoverdracht.¹²⁵ Dit onderdeel C1 heeft betrekking op de aanloopkosten.¹²⁶

De bevoegdheidsoverdracht trad in werking op 1 juli 2014.¹²⁷ Zolang de gemeenschappen de tot dan toe geldende federale wetgeving niet gewijzigd hadden, bleef de bestaande federale wetgeving evenwel van toepassing.¹²⁸ De federale overheid en de deelstaten hebben bovendien op 15 mei 2014 een protocol afgesloten om te voorzien in de continuïteit van de opdrachten als overheidsdienst. De overgangperiode m.b.t. het ‘ziekenhuisbeleid “A1-A3” ’ liep van 1 juli 2014 tot 31 december 2015. Er werd afgesproken om gedurende de overgangperiode de bestaande (federale) regelgeving verder toe te passen.¹²⁹

-
- 122 Verslag aan de Koning bij het MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007; P. DEGADT, “De overdracht van de bevoegdheden gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn”, in J. VELAERS e.a. (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 413. Zie ook Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 6 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1); C. VANDE VOORDE, K. VAN DEN HEEDE, C. OBYN, W. QUENTIN e.a., *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*, Health Services Research (HSR), Brussel, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2014, KCE Reports 229, 330.
- 123 Verslag MOUREAUX en CLAES van 26 november 2013, Parl.St. Senaat 2013-14, nr. 5-2232/5, 10 en 14; verslag G. MYLLE en C. FONCK van 13 december 2013, Parl.St. Kamer 2013-14, nr. 3201/004, 41.
- 124 Memorie van toelichting bij het voorstel van 25 juli 2013 van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 1 en 4; Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 32 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1).
- 125 J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 398.
- 126 Artikel 20 KB BFM, opgeheven bij artikel 4 KB van 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, BS 4 juni 2014. Zie tevens artikel 9, lid 2, 9° KB BFM, zoals vervangen bij artikel 3 KB van 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, BS 4 juni 2014. De aanloopkosten maken deel uit van onderdeel A1 van het BFM. Voorheen werden de aanloopkosten gefinancierd via onderdeel C1 van het BFM.
- 127 Artikel 67, lid 1 bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming, BS 31 januari 2014.
- 128 Artikel 94, §1 bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, BS 15 augustus 1980.
- 129 Artikelen 20 t.e.m. 24 van het protocol gesloten op 15 mei 2014 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, het Waals Gewest, de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming. Zie ook het aanhangsel van 19 oktober 2015 bij het protocol gesloten op 15 mei 2014 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, het Waals Gewest, de Duitstalige Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de

2.2.2 Financiering

De bevoegdheidsoverdracht inzake de ‘investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten’ ging gepaard met het inschrijven van een jaarlijkse dotatie aan de gemeenschappen in de Bijzondere Financieringswet van 16 januari 1989¹³⁰ voor de overdracht van de onderdelen A1 en A3 van het BFM, rekening houdend met enerzijds een uitdovend deel voor de reeds aangegane engagementen en anderzijds een bedrag voor nieuwe toekomstige en toegestane investeringen.¹³¹

Vanaf het begrotingsjaar 2016 (d.i. omdat de daarvóór nog afgesproken ‘bouwkalender’ afliep eind 2015)¹³² wordt jaarlijks een basisbedrag van € 566.185.617 (begrotingsjaar 2013¹³³) ter beschikking gesteld van de gemeenschappen.¹³⁴ Voor het begrotingsjaar 2016 wordt het voormelde bedrag aangepast aan de procentuele verandering van het gemiddelde indexcijfer van de consumptieprijzen van de begrotingsjaren 2014 t.e.m. 2016 en aan de reële groei van het bruto binnenlands product (BBP) van diezelfde begrotingsjaren.¹³⁵ Het bedrag van de jaarlijkse dotatie wordt vanaf het begrotingsjaar 2017 jaarlijks geïndexeerd en aangepast aan een percentage van de reële groei van het BBP.¹³⁶

Het also berekende bedrag wordt jaarlijks als volgt verdeeld:¹³⁷

- het basisbedrag wordt jaarlijks opgesplitst in twee delen: een eerste deel van 84,40 % en een tweede deel van 15,60 %. In de memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet tot

overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, BS 11 december 2015.

- 130 Artikel 47/9 bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989, ingevoegd bij bijzondere wet van 6 januari 2014 tot hervorming van de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, tot uitbreiding van de fiscale autonomie van de gewesten en tot financiering van de nieuwe bevoegdheden, BS 31 januari 2014.
- 131 Algemene beleidsnota staatshervorming van 22 december 2011, Parl.St. Kamer 2011-12, nr. 1964/016, 32; P. HANNES, “Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?”, in J. VELAERS e.a. (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 375, 396 en 398; S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, “Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg”, in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 155; D. LECOCQ e.a., “Zesde staatshervorming: welke impact voor de ziekenhuizen?”, *Healthcare Executive* 2014, 15-16; I. CLERBOIS e.a., *La 6ème réforme du fédéralisme belge. Impact budgétaire du transfert de compétences et des nouvelles modalités de financement*, Department of Economics, Working papers, n° 65-2013/05, 2013, 27.
- 132 J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 398; P. HANNES, “Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?”, in J. VELAERS e.a. (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 396.
- 133 Memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet van 24 juli 2013 tot hervorming van de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, tot uitbreiding van de fiscale autonomie van de gewesten en tot financiering van de nieuwe bevoegdheden, Parl.St. Kamer 2012-13, nr. 2974/001, 57.
- 134 Artikel 47/9, §1 bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989.
- 135 Artikel 47/9, §2, lid 1 bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989.
- 136 Artikel 47/9, §2, lid 2 bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989.
- 137 Artikel 47/9, §3 bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989.

wijziging van de Bijzondere Financieringswet van 16 januari 1989 wordt verduidelijkt dat het eerste deel een “niet-academisch gedeelte” is en het tweede deel een “academisch gedeelte”;¹³⁸

- het niet-academische gedeelte stemt overeen met 84,40% van het totale bedrag.¹³⁹ Hierop wordt een voorafname gedaan door de Duitstalige Gemeenschap *a rato* van de verhouding tussen het aantal inwoners van de Duitstalige Gemeenschap en het totaal aantal inwoners van het Rijk. Het resterende bedrag wordt verdeeld tussen de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie *a rato* van het aantal inwoners van iedere entiteit in verhouding tot de som van het aantal inwoners van de drie voormelde entiteiten;
- het academische gedeelte bedraagt 15,60% en wordt verdeeld tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap volgens de respectievelijke bevolkingsaantallen. De bevolking van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt hierbij voor 20% toegewezen aan de Vlaamse Gemeenschap en voor 80% aan de Franse Gemeenschap.

Op grond van artikel 47/9, §4, lid 1 van de Bijzondere Financieringswet verzekert de federale overheid bovendien, voor rekening van de gemeenschappen, de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen, voor zover deze investeringen:

- uiterlijk op 31 december 2015 het voorwerp hebben uitgemaakt van een eerste aflossing;
- of de nieuwbouw of de prioritaire verbeteringswerken betreffen die door de gemeenschappen worden gesubsidieerd en die werden voorzien op de bouwkalender die in het protocolakkoord afgesloten op de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 19 juni 2006 is voorzien¹⁴⁰;
- of niet-prioritaire verbeteringswerken betreffen, voor zover de investeringen conform zijn aan de van kracht zijnde federale regels en vóór 31 december 2015 werden aangevangen¹⁴¹.

De uitgaven die door de federale overheid worden gedaan, worden elk jaar in mindering gebracht van de dotaties voor iedere gemeenschap. Concreet worden deze uitgaven geraamd en worden zij vervolgens in mindering gebracht van de voorschotten van de dotaties die maandelijks aan de gemeenschappen worden doorgestort.¹⁴²

138 Memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet van 24 juli 2013 tot hervorming van de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, tot uitbreiding van de fiscale autonomie van de gewesten en tot financiering van de nieuwe bevoegdheden, Parl.St. Kamer 2012-13, nr. 2974/001, 58.

139 Aanvankelijk werd een verdeling niet-academisch en academisch van 85,13% respectievelijk 14,87% vooropgesteld: memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet van 24 juli 2013 tot hervorming van de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, tot uitbreiding van de fiscale autonomie van de gewesten en tot financiering van de nieuwe bevoegdheden, Parl.St. Kamer 2012-13, nr. 2974/001, 58 en 241. Dit werd gewijzigd, omdat er sprake zou geweest zijn van een rekenfout: verslag A. FREDERIC en L. VAN BIESEN van 22 november 2013, Parl.St. Kamer 2013-14, nr. 2974/007, 87 (amendement nr. 49 van mevr. Vienne, Parl.St. Kamer 2013-14, nr. 2974/005, 21).

140 Zie hiervoor ook de artikelen 29ter en 31bis KB BFM, ingevoegd bij de artikelen 2 en 3 besluit van de Vlaamse regering van 18 december 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat betreft de investeringslasten en de aanloopkosten die voor de vaststelling van het voormelde budget in aanmerking worden genomen, BS 19 januari 2016, met ingang van 1 januari 2016 (art. 4).

141 Zie hiervoor ook artikel 26bis, 8° KB BFM, ingevoegd bij artikel 5 KB van 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, BS 4 juni 2014.

142 Artikel 47/9, §4, lid 2 bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989; Memorie van toelichting bij het voorstel van bijzondere wet van 24 juli 2013 tot

De voorziene jaarlijkse dotatie volstaat volgens de gemaakte ramingen niet om alle uitgaven i.v.m. de bevoegdheidsoverdracht te dekken.¹⁴³

De financiering van de onderdelen A1 en A3 werd bij besluit van de Vlaamse regering van 18 december 2015 stopgezet voor investeringen die niet onder het toepassingsgebied vallen van artikel 47/9, §4, lid 1, 2° van de Bijzondere Financieringswet¹⁴⁴. Er werd een artikel 29^{ter} en een artikel 31^{bis} ingevoegd in het KB BFM¹⁴⁵ om te beletten dat investeringen via het BFM financieel ten laste zouden blijven van de Vlaamse overheid.¹⁴⁶ Initieel werd enkel de forfaitaire vergoeding ter dekking van de lasten van de afschrijving van medisch, niet-medisch en rollend materieel behouden (art. 29 KB BFM), maar dit werd in 2017 ook stopgezet. Vanaf 2017 maakt dit forfait deel uit van het nieuwe instandhoudingsforfait (*cf. infra*).¹⁴⁷

2.2.3 Bemerkingen bij de bevoegdheidsverdeling

Ondanks de vaststelling dat er in het kader van de zesde staatshervorming bijkomende bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid werden overgedragen van de federale overheid naar de gemeenschappen, werd er, net zoals bij de tweede staatshervorming (*cf. supra*), ook ditmaal meermaals op gewezen dat de bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid versnipperd blijven.¹⁴⁸ Ook na de zesde staatshervorming

hervorming van de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, tot uitbreiding van de fiscale autonomie van de gewesten en tot financiering van de nieuwe bevoegdheden, Parl.St. Kamer 2012-13, nr. 2974/001, 59.

- 143 SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD VAN VLAANDEREN (SERV), Evaluatierapport over de begroting 2016, Brussel, 3 februari 2016, 16; SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD VAN VLAANDEREN (SERV), Advies over de begroting 2017, Brussel, 4 juli 2016, 31-32; I. CLERBOIS e.a., La 6ème réforme du fédéralisme belge. Impact budgétaire du transfert de compétences et des nouvelles modalités de financement, Department of Economics, Working papers, n° 65-2013/05, 2013, 40; A. DE BORMAN, L. DE BRIEY en J. HERMESSE, Le transfert des allocations familiales et des soins de santé, Centre d'études politiques, économiques et sociales (CEPESS), Service Public Fédéral Finances, Bulletin de documentation, 2013, n°2, 109. Zie ook het Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 33 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1), waarin gewezen werd op onduidelijkheid i.v.m. de dotatie na aftrek van de uitgaven die door de federale overheid nog gedaan worden voor rekening van de gemeenschappen.
- 144 Bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989.
- 145 Ingevoegd bij de artikelen 2 en 3 besluit van de Vlaamse regering van 18 december 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat betreft de investeringslasten en de aanloopkosten die voor de vaststelling van het voormelde budget in aanmerking worden genomen, BS 19 januari 2016, met ingang van 1 januari 2016 (art. 4).
- 146 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 3.
- 147 In artikel 29^{ter} KB BFM wordt immers niet verwezen naar artikel 29 KB BFM. De meeste onderdelen van artikel 29 KB BFM werden opgeheven bij artikel 18 besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 6 september 2017, met ingang van 1 januari 2017 (art. 20). Let wel, in het geval een ziekenhuis in het BFM op basis van reële afschrijvingen meer ontvangt dan vermeld theoretisch forfait zal de afwikkeling van dat surplus verder verlopen via het BFM (nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 10; bisnota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Tweede principiële goedkeuring voor advies Raad van State, 10).
- 148 Verslag G. MYLLE en C. FONCK van 13 december 2013, Parl.St. Kamer 2013-14, nr. 3201/004, 39, 41 en 58-59; verslag MOUREAUX en CLAES van 26 november 2013, Parl.St. Senaat 2013-14, nr. 5-2232/5, 105, 107, 110-112, 117, 131-132, 135-137 en 421; J. GOOSSENS en P. CANNOOT, Recente ontwikkelingen in Belgisch grondwettelijk recht 2014-2015, Brugge, die Keure, 2015, 29; D. LECOCQ e.a., "Zesde staatshervorming: welke impact voor de ziekenhuizen?", Healthcare Executive 2014, 18; S. LIERMAN, "Rechtsbronnen en rechtsbeginselen in de gezondheidszorg", in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), Handboek gezondheidsrecht, I, Antwerpen, Intersentia, 2014, 7.

blijven tal van (cruciale) bevoegdheden ‘bij wijze van uitzondering’ federaal, zodat het gezondheidsbeleid volgens sommigen in feite nog steeds grotendeels federaal is gebleven.¹⁴⁹ De uitgewerkte bevoegdheidsstructuur was al complex en zou er alleen nog maar moeilijker op zijn geworden.¹⁵⁰

Deze versnippering en complexiteit kunnen ook doorgetrokken worden naar de aan de gemeenschappen overgedragen bevoegdheid voor de ‘investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten’. Dit onderdeel wordt weliswaar volledig overgedragen aan de gemeenschappen, maar het gaat maar om een klein onderdeel van het ziekenhuisbudget. De federale overheid is, ook met betrekking tot de medisch-technische diensten (onderdeel B3 BFM),¹⁵¹ nog steeds bevoegd voor de financiering van de exploitatie (uitgezonderd de onderdelen A1 en A3 van het BFM), de basisregels m.b.t. de programmatie en de organieke wetgeving. Het spreekt voor zich dat de uitoefening van deze federaal gebleven bevoegdheden ook repercussies kan hebben voor de uitoefening van de financieringsbevoegdheid op het Vlaamse niveau. De Raad van State opperde bij de bespreking van het nieuw financieringsmodel (*cf. infra*) dan ook de piste van het sluiten van een samenwerkingsakkoord.¹⁵²

Het bepalen van (bv. architectonische en functionele) erkenningsnormen heeft een directe link met de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur en -apparatuur.¹⁵³ Met de zesde staatshervorming zijn de gemeenschappen weliswaar bevoegd geworden voor de erkenningsnormen, maar niet voor de zogenaamde ‘basiskenmerken’,¹⁵⁴ die gerekend worden tot de ‘organieke wetgeving’. Gelet op de overdracht van de bevoegdheid aan de gemeenschappen om de erkenningsnormen te bepalen en gelet op

149 H. DUMONT, M. EL BERHOUMI en I. HACHEZ, *La sixième réforme de l'état: l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis?*, Brussel, Larcier, 2015, 104 en 112; A. DE BORMAN, L. DE BRIEY en J. HERMESSE, *Le transfert des allocations familiales et des soins de santé*, Centre d'études politiques, économiques et sociales (CEPESS), Service Public Fédéral Finances, Bulletin de documentation, 2013, n°2, 97.

150 W. VERRIJDT, “Algemene beschouwingen bij de zesde staatshervorming”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 11-12 en 15; W. PAS, “Algemene beschouwingen over de bevoegdheidsverdeling in het kader van de zesde staatshervorming”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 350-352 (volledig homogene bevoegdheidspakketten zijn een illusie). Zie voor enige bedenkingen ook: P. HANNES, “Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?”, in J. VELAERS e.a. (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 398-399; J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 411-412.

151 Zie artikel 8, c); artikel 14 en artikel 49 KB BFM.

152 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3 (in het licht van het DAEB-vrijstellingsbesluit).

153 Zie ook: Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 38 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1); ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 4.

154 In de memorie van toelichting wordt hier plots de term ‘basiskenmerken’ gebruikt, terwijl elders in diezelfde toelichting (en ook in het verleden) dan weer de termen ‘basisregelen’ en ‘basisregels’ gebruikt worden, o.a. bij de beschrijving van het concept ‘organieke wetgeving’ (memorie van toelichting bij het voorstel van 25 juli 2013 van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 35-36). In de tekst van de wet wordt naast de term ‘organieke wetgeving’ m.b.t. de programmatie enkel de term ‘basisregelen’ gebruikt (artikel 5, §1, I., lid 1, 1°, a) en c) van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, BS 15 augustus 1980). Het is niet duidelijk of er met deze woordkeuze onderscheiden zaken bedoeld worden. J. Van Nieuwenhove merkt alvast op dat de term ‘basiskenmerken’ enger ‘lijkt’ te zijn dan de term ‘basisregelen’ (J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 394-395). Het lijkt in elk geval zo te zijn dat met ‘basisregels’ hetzelfde bedoeld wordt als met ‘basisregelen’. Elders in dit rapport wordt ervoor gekozen om de term ‘basisregels’ te gebruiken, aangezien het precies deze term is die wordt gebruikt bij de beschrijving van het verfijnde concept ‘organieke wetgeving’ en deze term ook eerder al voorkwam in de rechtspraak van het Arbitragehof en het Grondwettelijk Hof.

het feit dat de gemeenschappen deze bevoegdheid ook daadwerkelijk moeten kunnen uitoefenen, werd het begrip ‘organieke wetgeving’ als volgt verrijkt: *“Het concept van de organieke wetgeving heeft betrekking op de basisregels en de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid, zoals deze onder meer vervat zitten in de ziekenhuiswet, en strekken ertoe de minimale samenhang te waarborgen die per definitie noodzakelijk is tussen de programmatie, de erkenning en de financiering, wil men op de verschillende niveaus op een werkbare manier een beleid kunnen voeren. De drie voornoemde beleidsinstrumenten zijn immers in zekere mate complementair. De financiering moet immers gebaseerd worden op de erkenning binnen, in voorkomend geval, de daartoe voorziene programmatie.”*¹⁵⁵

Gelet op haar bevoegdheid inzake de organieke wetgeving blijft de federale overheid bevoegd om de ‘basiskenmerken’ te bepalen van o.a. de ziekenhuizen, de ziekenhuisdiensten, de medische en medisch-technische diensten en de zware medische apparatuur. De federale overheid kan dienovereenkomstig ‘basiskenmerken’ bepalen die een direct verband vertonen met de programmatie en/of financiering, alsook een structureel karakter vertonen (bv. noodzakelijke apparatuur).¹⁵⁶ De federale organieke wetgeving heeft een normatieve draagwijdte, d.w.z. dat ze juridisch bindend is en dat de gemeenschappen bij de uitoefening van hun bevoegdheid hieraan geen afbreuk mogen doen.¹⁵⁷ Het spreekt voor zich dat dergelijke ‘basiskenmerken’, net zoals de ‘gewone’ erkenningsnormen of ‘kenmerken’, een invloed kunnen hebben op de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur en de apparatuur.

De verhouding tussen de bevoegdheid van de federale overheid om de ‘basiskenmerken’ te bepalen en de gemeenschapsbevoegdheid om de erkenningsnormen te bepalen, is overigens niet echt duidelijk. Naargelang de bevoegdheid van de federale overheid inzake organieke wetgeving ruim of beperkt wordt geïnterpreteerd, is het bevoegdheidsvoorbehoud voor de federale overheid, en aldus de impact daarvan op de financieringsbevoegdheid van de gemeenschappen, groot of minder groot.¹⁵⁸

De federale bevoegdheid om de basisregels m.b.t. de programmatie te bepalen, werd dan weer omschreven als volgt: *“Onder « basisregelen inzake programmatie » wordt verstaan de vaststelling van de maximale aantallen ziekenhuisdiensten, afdelingen, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten, zorgprogramma's, zware apparaten, enz, rekening houdende met onder meer de bevolkingscijfers, de leeftijdsstructuur, de morbiditeit en de verdeling tussen de deelstaten, en mits een mogelijke bijzondere regeling voor de universitaire ziekenhuizen. De criteria inzake geografische spreiding binnen een deelstaat en toewijzing worden daarentegen vastgesteld door deelstaten.”*¹⁵⁹ Ook deze federale basisregels m.b.t. de

155 Memorie van toelichting bij het voorstel van 25 juli 2013 van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 35.

156 Memorie van toelichting bij het voorstel van 25 juli 2013 van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 35-36; advies van de Raad van State van 10 september 2013, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/3, 18; verslag MOUREAUX en CLAES van 26 november 2013, Parl.St. Senaat 2013-14, nr. 5-2232/5, 135-136 en 239-242; P. HANNES, “Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?”, in J. VELAERS e.a. (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 373; D. LECOQ e.a., “Zesde staatshervorming: welke impact voor de ziekenhuizen?”, *Healthcare Executive* 2014, 5; S. CALLENS, L. BODDEZ en M. LEIRE, “Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg”, in S. CALLENS en J. PEERS (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 356.

157 Advies van de Raad van State van 10 september 2013, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/3, 18; verslag MOUREAUX en CLAES van 26 november 2013, Parl.St. Senaat 2013-14, nr. 5-2232/5, 240.

158 J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 394-396.

159 Memorie van toelichting bij het voorstel van 25 juli 2013 van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 36-37; P. HANNES, “Wat betekent de zesde staatshervorming

programmatische zullen een invloed hebben op de financieringsbevoegdheid van de gemeenschappen, aangezien de gemeenschappen alleen infrastructuur en apparatuur kunnen financieren voor zover dit past binnen de federaal vastgelegde programmatie.¹⁶⁰

Ook het omgekeerde is waar. De beleidskeuzes van de gemeenschappen kunnen repercussies hebben voor de federale overheid. Het is dan ook om deze reden dat de gemeenschappen overeenkomstig artikel 5, §1, l., lid 3 e.v. van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 bij het uitvaardigen van (bv. architectonische en functionele) erkenningsnormen de zogenaamde ‘Rekenhofprocedure’ moeten volgen. Deze procedure houdt in dat elk voorontwerp of voorstel van decreet, elk amendement op een ontwerp of voorstel van decreet, evenals ieder ontwerp van besluit van een gemeenschap met als doel om de erkenningsnormen van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, zorgprogramma's en ziekenhuisfuncties vast te leggen, voor verslag moet worden voorgelegd aan de algemene vergadering van het Rekenhof zodat zij de gevolgen op korte en lange termijn op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid kan evalueren. Ingeval voormeld verslag besluit tot een negatieve impact van de voorgenomen erkenningsregels op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid, wordt daarna een overlegprocedure voorzien met een waar vetorecht voor de federale overheid.¹⁶¹ Ondanks de overdracht van de erkenningsnormen naar de gemeenschappen, blijft de federale overheid aldus ook hier een belangrijke rol spelen. Niet alleen zal de federale overheid de ‘basiskennmerken’ bepalen waaraan de erkenningsnormen van de gemeenschappen moeten beantwoorden, maar óók kan de federale overheid de erkenningsnormen uitgevaardigd door de gemeenschappen desgevallend tegenhouden. Het resultaat is opnieuw een mogelijke impact op de financieringsbevoegdheid van de gemeenschappen.

Omdat de federale overheid ook vandaag nog beschikt over omvangrijke en cruciale bevoegdheden *qua* het gezondheidsbeleid wordt de vooropgestelde doelstelling van de bevoegdheidsoverdracht m.b.t. de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten -te weten sturing door de gemeenschappen- door sommigen in twijfel getrokken. Het zou erg onduidelijk zijn of de gemeenschapsbevoegdheid inzake de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten ooit méér zal inhouden dan het louter uitbetalen van geld aan de ziekenhuizen.¹⁶² Toch werd bij

voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?”, in J. VELAERS e.a. (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 374.

- 160 Zie bv. artikel 9, lid 1, 1°, l) besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 6 september 2017, op grond waarvan in het kader van de aanvraag van een strategisch forfait aangetoond moet worden dat het masterplan uitgevoerd kan worden binnen de programmatie betreffende de ziekenhuizen. Volgens artikel 11, §2, 1°, c) van voormeld besluit dient het Agentschap Zorg en Gezondheid ook te adviseren over de conformiteit van een subsidieaanvraag met de programmatie. Zie ook de artikelen 2, 3 en 4 besluit van de Vlaamse regering van 17 juni 2016 betreffende de subsidiëring van de uitrusting en apparatuur van de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat de financiering van de lasten van de voormelde uitrusting en apparatuur betreft, BS 20 juli 2016, waarin telkens verwezen wordt naar de programmatie.
- 161 W. VERRIJDT, “Algemene beschouwingen bij de zesde staatshervorming”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 11; W. PAS, “Algemene beschouwingen over de bevoegdheidsverdeling in het kader van de zesde staatshervorming”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 356; J. VAN NIEUWENHOVE, “De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg”, in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 396-397. Zie evenwel: D. LECOQ e.a., “Zesde staatshervorming: welke impact voor de ziekenhuizen?”, *Healthcare Executive* 2014, 9, die het hebben over een dragen van de kosten door de aanvragende gemeenschap en/of een procedure voor het Grondwettelijk Hof wegens bevoegdheidsoverschrijding.
- 162 Verslag G. MYLLE en C. FONCK van 13 december 2013, Parl.St. Kamer 2013-14, nr. 3201/004, 39, 41 en 58-59.

de bespreking van de federaal gebleven bevoegdheid voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering alvast aangekaart dat de gemeenschappen bij het uitoefenen van hun eigen bevoegdheden en binnen de grenzen hiervan, over de volledige bestedingsautonomie beschikken voor de aan hen toegekende budgetten. De budgetten die overeenstemmen met de overgedragen bevoegdheden en die hieraan besteed worden door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden overgedragen aan de gemeenschappen, o.a. voor ziekenhuisinfrastructuur en zwaar materiaal.¹⁶³

De bovenstaande bemerkingen zijn belangrijk, maar mogen niet overdreven worden. De federale overheid zal bij de uitoefening van haar bevoegdheden nooit zo ver kunnen gaan dat ze het beleid van de gemeenschappen zou kunnen dwarsbomen. Het Grondwettelijk Hof en de afdeling wetgeving van de Raad van State stellen namelijk als beginsel voorop dat iedere overheid bij het uitoefenen van haar bevoegdheden het evenredigheidsbeginsel moet naleven, d.w.z. dat geen enkele overheid bij het voeren van haar beleid en zonder een minimum van redelijke gronden de bevoegdheidsuitoefening door een andere overheid mag verhinderen of overdreven mag bemoeilijken.¹⁶⁴ Artikel 143, §1 van de Grondwet bepaalt daarnaast dat o.a. de federale overheid en de gemeenschappen in de uitoefening van hun bevoegdheden de federale loyaleit in acht dienen te nemen om belangenconflicten te vermijden, d.w.z. dat het evenwicht van de totaalconstructie niet in gevaar mag worden gebracht en de belangen van de andere geledingen van de Staat niet mogen worden geschaad.¹⁶⁵

3 Nieuw financieringsmodel

3.1 Totstandkoming

Tot vóór de zesde staatshervorming werd de infrastructuur van ziekenhuizen, naargelang de aard van de werken, niet of gedeeltelijk betoelaagd door de Vlaamse overheid en geheel of gedeeltelijk door de federale overheid via het BFM (*cf. supra*). Met de zesde staatshervorming en de overdracht naar de gemeenschappen van de onderdelen A1 en A3 van het BFM rees de vraag naar het door de Vlaamse Gemeenschap gewenste financieringssysteem.

In het Groenboek over de zesde staatshervorming werden verschillende opties aangereikt om invulling te geven aan de overgedragen bevoegdheid m.b.t. ziekenhuisinfrastructuur:¹⁶⁶

- de federale beleidsvisie en beleidsinstrumenten ongewijzigd overnemen;
- een combinatie van de federale beleidsvisie en beleidsinstrumenten met de VIPA-regelgeving;
- PPS¹⁶⁷-constructies;
- forfaitaire financiering;

163 Memorie van toelichting bij het voorstel van 25 juli 2013 van bijzondere wet met betrekking tot de zesde staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 41.

164 J. VANDE LANOTTE e.a., *Belgisch Publiekrecht*, II, Brugge, die Keure, 2015, 1076 en 1126-1127; J. VAN NIEUWENHOVE, "De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg", in A. ALEN e.a. (eds.), *Het federale België na de zesde staatshervorming*, Brugge, die Keure, 2014, 405.

165 J. VANDE LANOTTE e.a., *Belgisch Publiekrecht*, II, Brugge, die Keure, 2015, 1123 en 1228-1229.

166 Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, p. 34 e.v. (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1).

167 Publiek-Private Samenwerking.

- concept DBC (diagnosebehandelcombinatie)¹⁶⁸;
- stopzetten van de subsidiëring van ziekenhuisinfrastructuur.

De Vlaamse regering kreeg de bevoegdheid om regels te bepalen voor het bedrag, de voorwaarden, de toekenning en de vereffening van de financiering van investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen.¹⁶⁹

Bij besluit van de Vlaamse regering van 17 juni 2016¹⁷⁰ werd in de eerste plaats een forfaitaire subsidieregeling uitgewerkt voor de NMR's, de bestralingsapparaten en de PET-scanners, en dit voor toestellen die ten vroegste in 2015 zijn geïnstalleerd en NMR's die vóór 2015 zijn geïnstalleerd, maar die ten vroegste in 2015 een upgrade hebben ondergaan voor een waarde van minstens 50% van de nieuwwaarde van het apparaat.¹⁷¹ Voor deze toestellen wordt door het VIPA een jaarlijkse forfaitaire subsidie toegekend tijdens de duur van de erkenning van de dienst waar het apparaat is geïnstalleerd. Het gaat voor een NMR bv. om een forfaitair bedrag van € 145.181,37 vanaf 1 januari 2016 en € 129.302,16 vanaf 1 januari 2017. De Raad van State merkte op dat de voorziene subsidies beduidend lager liggen dan de voorheen in het onderdeel A3 van het KB BFM voorziene forfaitaire bedragen en had hier bedenkingen bij in het licht van artikel 23 van de Grondwet.¹⁷²

168 Een DBC is een weergave van alle activiteiten en verrichtingen die een patiënt in het ziekenhuis doorloopt gedurende een vastgestelde periode. Een DBC beschrijft aan de hand van vier codes (zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandeling) met welke klacht en hoe een patiënt het ziekenhuis binnenkomt, welke diagnose er gesteld is, en de voorgenomen behandeling (Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 39 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1)).

169 Artikel 6, lid 2 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006, ingevoegd bij artikel 101, 2° decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, BS 19 augustus 2016.

170 Besluit van de Vlaamse regering van 17 juni 2016 betreffende de subsidiëring van de uitrusting en apparatuur van de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat de financiering van de lasten van de voormelde uitrusting en apparatuur betreft, BS 20 juli 2016. Zie ook: protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake de medische beeldvorming, BS 20 juni 2014; aanvulling op het protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake de medische beeldvorming, BS 14 december 2018; protocolakkoord van 22 mei 2019 over de verdeling onder de deelstaten van de programmatie van 18 bijkomende NMR-toestellen voorzien in de addendum op het protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake de medische beeldvorming van 5 november 2018, BS 24 juni 2019. Middels artikel 8 van voormeld besluit van de Vlaamse regering werden ook wijzigingen doorgevoerd in artikel 31, §3 KB BFM om te voorzien in dezelfde lagere forfaitaire subsidiebedragen, met ingang van 1 januari 2017 (art. 9). Artikel 4, lid 1 van voormeld besluit van de Vlaamse regering m.b.t. de PET-scanner werd gewijzigd bij artikel 65 besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 2018 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 oktober 2018, met ingang van 1 januari 2019 (art. 71, zie in dit verband ook artikel 21 dat artikel 31, §3, 3° van het KB BFM aanvult), om te voorzien in de financiering van een tweede toestel in universitaire ziekenhuizen voor translationeel onderzoek en opleiding.

171 Toestellen geïnstalleerd vóór 2015 (of voor NMR's een upgrade ten belope van 50% van de nieuwwaarde vóór 2015) zullen verder vereffend/afgeschreven worden via het BFM: omzendbrief van 20 juli 2017 m.b.t. toestelfinanciering NMR, radiotherapie en PET-scan; artikel 31bis KB BFM, ingevoegd bij artikel 3 besluit van de Vlaamse regering van 18 december 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat betreft de investeringslasten en de aanloopkosten die voor de vaststelling van het voormelde budget in aanmerking worden genomen, BS 19 januari 2016, met ingang van 1 januari 2016 (art. 4).

172 Advies van de Raad van State van 2 mei 2016, nr. 59.188/VR/3.

De Vlaamse regering heeft daarna een nieuw 'globaal forfaitair subsidiëringssysteem' uitgewerkt door middel van de volgende besluiten:¹⁷³

- besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, *BS* 6 september 2017 (Subsidiebesluit);
- besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, *BS* 6 september 2017 (Procedurebesluit).¹⁷⁴

Middels deze besluiten kunnen investeringssubsidies toegekend worden aan exploitanten van erkende ziekenhuizen bij wijze van compensatie van de kosten die zij noodzakelijkerwijs dragen voor investeringen in infrastructuur, en dit ten gevolge van de basisziekenhuisopdracht die een ziekenhuis moet vervullen overeenkomstig de toepasselijke federale en gemeenschapsregelgeving. Het is de bedoeling om (mede) aan de hand van deze investeringssubsidies de toegang te waarborgen tot een kwalitatief hoogstaande en betaalbare gezondheidszorg (art. 2 Subsidiebesluit).

De investeringssubsidies worden toegekend zolang het ziekenhuis belast is met de voormelde verplichtingen, hetgeen minstens elke 10 jaar gecontroleerd wordt door de personen belast met het toezicht op de ziekenhuizen¹⁷⁵ (art. 29 Procedurebesluit).

De investeringssubsidies bestaan uit enerzijds strategische forfaits en anderzijds instandhoudingsforfaits (art. 3 Subsidiebesluit en art. 2 Procedurebesluit).

Het VIPA is ook na de zesde staatshervorming bevoegd voor de tenlasteneming van de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van ziekenhuizen.¹⁷⁶

Het nieuwe financieringsmodel is tot stand gekomen na besprekingen met de sector, waarbij er o.m. een vraag was naar meer responsabilisering om kleinere werken en investeringen uit te voeren. Met het nieuwe financieringsmodel wordt een evenwicht nagestreefd tussen enerzijds de responsabilisering van de sector om te investeren in werken die nodig zijn om het bestaande zorgaanbod te garanderen en anderzijds het bewerkstelligen van efficiëntiewinsten en samenwerking binnen de sector.¹⁷⁷

173 De Raad van State wees erop dat artikel 6, lid 2 van het VIPA-Decreet van 2 juni 2006 vereist dat de Vlaamse regering voor de aanneming van een financieringsmodel het advies moet inwinnen van het raadgevend comité opgericht bij het Agentschap Zorg en Gezondheid en dat voormeld advies ontbreekt. Hierop werd geantwoord dat voormeld advies niet gevraagd werd, omdat het bedoelde comité nog niet operationeel is. De Raad van State kon zich niet verzoenen met deze verklaring en wees erop dat de miskennis van deze adviesvereiste de wettigheid van het nieuw financieringsmodel in het gedrang dreigt te brengen: adviezen van de Raad van State van 15 maart 2017, 10 juli 2017 en 24 augustus 2018, nrs. nr. 60.973/3, 61.651/3, 61.652/3 en nr. 64.060/1/V.

174 De Raad van State heeft geadviseerd om de beide regelingen op te nemen in één besluit: advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.652/3.

175 Artikel 1, 9° besluit van de Vlaamse regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen, *BS* 28 augustus 2014.

176 Artikelen 6, lid 1, 1°/1 en 8 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, *BS* 24 augustus 2006, ingevoegd bij artikel 101, 1° decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *BS* 19 augustus 2016; ontwerp van decreet van 13 mei 2016 houdende diverse bepalingen betreffende de beleidsdomeinen welzijn, volksgezondheid en gezin, Parl.St. Vlaams Parlement 2015-16, nr. 773/1, 9 en 51; verslag E. VAN DEN BRANDT, K. SCHRYVERS en L. PARYS van 30 juni 2016, Parl.St. Vlaams Parlement 2015-16, nr. 773/8, 30.

177 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 2.

In het Groenboek over de zesde staatshervorming werd een forfaitaire financiering omschreven als een ‘slimme’ forfaitaire financiering die transparantie en duidelijkheid biedt voor de overheid en de ziekenhuizen: het ziekenhuis weet welke middelen het mag verwachten en de overheid kan budgetteren. Ook de administratieve lasten worden verminderd.¹⁷⁸

Een forfaitaire financiering veronderstelt volgens datzelfde Groenboek dat er normen zijn waaraan ziekenhuizen architectonisch en functioneel moeten voldoen in functie van de zorg die ze aanbieden. Aan de hand van deze normen kan per instelling de kostprijs voor een nieuwbouwziekenhuis berekend worden. Ook werd een levenscyclusbenadering naar voren geschoven, waarbij uitgegaan wordt van een groot onderhoud 10 jaar na de realisatie van de nieuwbouw, 10 jaar daarna een herconditionering en nogmaals een groot onderhoud 10 jaar later. Dit komt erop neer dat ziekenhuizen geacht worden elke 40 jaar een nieuwbouw te realiseren, twee keer een groot onderhoud en één grondige herconditionering.¹⁷⁹

De ziekenhuizen krijgen in een forfaitair financieringssysteem de garantie dat ze hun infrastructuur op regelmatige wijze kunnen moderniseren, vernieuwen of uitbreiden. De ziekenhuizen worden ook meer geresponsabiliseerd voor het plannen van het investeringsbeleid, de opvolging van de kosten en het bepalen van prioriteiten.¹⁸⁰

Het nieuw forfaitair financieringsmodel werd ten slotte reeds gewijzigd bij besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 2018,¹⁸¹ van 26 oktober 2018¹⁸² en van 17 mei 2019¹⁸³. Door middel van de voormelde besluiten werden enkele administratieve, technische en verduidelijkende aanpassingen doorgevoerd in het Subsidie- en Procedurebesluit.

3.2 Het strategisch forfait

3.2.1 Bedoelde investeringen

Het strategisch forfait dient om de kosten te dekken van de volledige nieuwbouw van het ziekenhuis, de uitbreiding van de capaciteit van het ziekenhuis en de herconditionering¹⁸⁴ van het ziekenhuis, met inbegrip van de eerste roerende medische en niet-medische investeringen die met deze investeringen gepaard gaan (art. 4 Subsidiebesluit). Omdat investeringen in nieuwbouw, uitbreidings- en herconditioneringswerken steeds gepaard gaan met roerende investeringen is de vergoeding voor de eerste roerende investeringen

178 Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 37-38 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1).

179 Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 38 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1).

180 Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2. Gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen, 2013, 38 (zie voor de tekst van dit groenboek Parl.St. Vlaams Parlement 2013-14, nr. 2185/1).

181 Besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 2018 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 1 oktober 2018.

182 Besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

183 Besluit van de Vlaamse regering van 17 mei 2019 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 9 september 2019.

184 Herconditionering: de werken om een gebouw volledig of gedeeltelijk te strippen, of een wijziging van diensten die gepaard gaat met een herallocatie van diensten of functies met een noodzakelijke grondige aanpassing van de infrastructuur: artikel 1, 1° Subsidiebesluit.

inherent aan het strategisch forfait. Het strategisch forfait wordt gekoppeld aan een specifieke infrastructuurinvestering.¹⁸⁵

Alle andere investeringen dan die hierboven vernoemd, worden geacht gedekt te zijn door het instandhoudingsforfait.¹⁸⁶ Zo zullen ziekenhuizen die geen nieuwbouw-, uitbreidings- of herconditioneringswerken uitvoeren, de vervanging van roerende investeringen moeten opvangen met het instandhoudingsforfait.¹⁸⁷

3.2.2 Aanvraagprocedure

Om een strategisch forfait te ontvangen, moet de exploitant van een ziekenhuis een aanvraag indienen bij het VIPA en moeten de investeringen passen in de zorgstrategische planning van de Vlaamse regering.¹⁸⁸ Het Agentschap Zorg en Gezondheid¹⁸⁹ adviseert over de conformiteit van de investeringen met de zorgstrategische planning (art. 5 Subsidiebesluit). Het zorgstrategische kader vormt de basis voor de toekenning van het strategische forfait en is daarmee een sturend beleidsinstrument.¹⁹⁰

Het Agentschap Zorg en Gezondheid verleent volgens de tekst van de wet slechts een ‘advies’, hetgeen niet bindend is. Het niet bindend zijn van het advies van het Agentschap Zorg en Gezondheid volgt ook uit het Procedurebesluit, waarin voorzien is dat o.a. het advies van het Agentschap Zorg en Gezondheid overgemaakt dient te worden aan de coördinatiecommissie (*cf. infra*). Deze commissie dient in overleg tot een advies aan de minister te komen. Het advies van de coördinatiecommissie kan gunstig, ongunstig of niet eensluidend of verdeeld zijn. Finaal is het de minister die zal beslissen over de goedkeuring van het masterplan en het verlenen van een akkoord strategisch forfait (artt. 11 t.e.m. 13 Procedurebesluit). Een masterplan is een globale en beschrijvende schets met kostenraming van het geplande project of de geplande projecten, met vermelding van de doelgroep, de capaciteit, de uitvoeringstermijnen en

185 Nota van 17 juni 2016 ‘Nieuw Vlaams ziekenhuislandschap. Focus op de patiënt’, 36.

186 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 4; ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 3; omzendbrief aan de beheersinstanties van het ziekenhuis m.b.t. nieuw financieringssysteem infrastructuur ziekenhuizen.

187 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 6; ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 3.

188 Goedkeurend: advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) van 12 mei 2017 m.b.t. de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Zie ook artikel 3 besluit van de Vlaamse regering van 13 januari 2017 betreffende thematische zorgstrategische planning, BS 21 maart 2017, volgens hetwelk het verkrijgen van een planningsvergunning, erkenning en aanwijzing afhankelijk kan worden gemaakt van het hebben van een goedgekeurd thematisch zorgstrategisch plan. De Raad van State drong aan op het spoedig tot stand brengen van deze zorgstrategische planning in juridisch bindende teksten: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3. Voormeld besluit van de Vlaamse regering van 13 januari 2017 wordt opgeheven bij artikel 21 besluit van de Vlaamse regering van 26 april 2019 betreffende zorgstrategische planning, BS 3 september 2019, met ingang van 1 januari 2021 (art. 23). Dit laatste besluit van 26 april 2019 maakt een onderscheid tussen een regionaal, thematisch en individueel zorgstrategisch plan.

189 Besluit van de Vlaamse regering van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap “Zorg en Gezondheid”, BS 7 juni 2004.

190 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 4; ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 4; nota van 17 juni 2016 ‘Nieuw Vlaams ziekenhuislandschap. Focus op de patiënt’, 36.

toekomstige ontwikkelingen, met daarbij een financieel plan in verhouding tot de verwachte exploitatie (art. 1, 13° Procedurebesluit).

De procedure voor de aanvraag van een strategisch forfait wordt verder uitgewerkt in het hierboven reeds vernoemde Procedurebesluit (art. 3 e.v.) en is analoog aan de vorige VIPA-procedure m.b.t. de alternatieve investeringssubsidies. De aanvrager komt alleen in aanmerking, voor zover hij beschikt over een genotsrecht op het project voor een periode van minstens respectievelijk 25 of 5 jaar voor onroerende of roerende goederen. Ingeval de aanvrager niet de eigenaar is of niet de houder is van de zakelijke rechten op de grond waarop het project wordt uitgevoerd, mag er geen ongeoorloofde verwantschap bestaan tussen enerzijds de aanvrager en anderzijds de eigenaar of de houder van de zakelijke rechten op de grond. Hierbij worden verschillende onweerlegbare vermoedens¹⁹¹ en een weerlegbaar vermoeden van ongeoorloofde verwantschap gehanteerd. De aanvrager dient bovendien aan te tonen dat hij financieel in staat is om de investering te dragen tijdens de bouwperiode zonder de continuïteit van de zorgverlening in gevaar te brengen (artt. 3 en 4). Om in aanmerking te komen voor een strategisch forfait moet de investering ook voldoen aan de algemene bouwfysische, technische en kwalitatieve normen, de specifieke bouwfysische, technische en kwalitatieve normen volgend uit de Ziekenhuiswet en de VIPA-criteria i.v.m. duurzaamheid¹⁹² (art. 5) en moet de integrale toegankelijkheid worden gegarandeerd door bij het ontwerp en de uitvoering van de investering rekening te houden met het advies van Toegankelijk Vlaanderen¹⁹³ (art. 6).

Om een strategisch forfait te kunnen verkrijgen, moet voorts een 'masterplan' ingediend en goedgekeurd worden door de minister en moet (desgevallend in twee stappen) een 'akkoord strategisch forfait' voor het project gevraagd en gekregen worden. De aanvraag moet daartoe vergezeld gaan van de nodige gegevens en documenten, o.a. een masterplan en een projectplan (art. 7 e.v.). De aanvraag zal vervolgens onderzocht worden door het VIPA, waarbij het advies van het Agentschap Zorg en Gezondheid ingewonnen dient te worden over de inhoudelijke aspecten (bv. erkenningsnormen, programmatie en conformiteit met zorgstrategische planning), alsook van de personeelsleden van het VIPA over de andere aspecten (bv. financiële aspecten en bouwnormen) (art. 11). De ingewonnen adviezen worden daarna besproken tijdens een tweemaandelijks vergadering van de coördinatiecommissie, samengesteld uit vertegenwoordigers van het VIPA en van het Agentschap Zorg en Gezondheid, met de bedoeling om in overleg te komen tot een advies aan de minister over de ingediende aanvraag (art. 12). De beslissing over de al dan niet goedkeuring van het masterplan en het al dan niet verlenen van een akkoord strategisch forfait wordt genomen door de minister (art. 13). De aanvrager dient de beslissing van de minister af te wachten. Ingeval de aanvrager voor een bepaald project al werkzaamheden heeft aangevat of een bestelling geplaatst heeft zonder te beschikken over een akkoord strategisch forfait, dan komt de aanvrager niet meer in aanmerking voor een strategisch forfait voor het betrokken project (art. 13, §7). Eenmaal het akkoord strategisch forfait verkregen werd, moet, op straffe van verval van het akkoord, binnen de twee jaar na de datum van het

191 Zie voetnoot 100 voor enkele gevallen waarin de ongeoorloofde verwantschapsband in rechte onweerlegbaar wordt vermoed. De Raad van State heeft in het licht van de vrijheid van vereniging geadviseerd om voor elk van de bedoelde gevallen na te gaan of het onweerlegbaar karakter van het vermoeden niet verder reikt dan noodzakelijk is om de beoogde doelstelling te bereiken en opperde de vraag naar het hanteren van een algemeen weerlegbaar vermoeden met een aantal concrete indicatoren: advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.652/3.

192 MB van 18 december 2009 tot bepaling van de VIPA criteria duurzaamheid, BS 12 januari 2010. In dit MB worden de minimumeisen en de voorwaarden inzake comfort en gebruik van energie, water en materialen per sector bepaald in bijlagen (art. 3). De criteria voor verzorgingsinstellingen zijn opgenomen in bijlage 7.

193 Decreet houdende machtiging tot oprichting van het privaatrechtelijk vormgegeven extern verzelfstandigd agentschap Toegankelijk Vlaanderen in de vorm van een private stichting, BS 1 april 2014.

akkoord het bevel tot aanvang van de werken gegeven worden of dient de bestelling geplaatst te worden (art. 13, §8).

Na het verkrijgen van het akkoord strategisch forfait kan een aanvraag tot opstartbeslissing van het strategisch forfait ingediend worden bij het VIPA, en dit ten vroegste op 1 januari van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van ingebruikname van de infrastructuur en uiterlijk op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van ingebruikname. De minister beslist over het al dan niet opstarten van de toekenning van een strategisch forfait, waarbij na de ondertekening van de opstartbeslissing het bedrag van het strategisch forfait vastgesteld wordt door de leidend ambtenaar van het VIPA. Het VIPA deelt de berekening van het strategisch forfait mee aan de aanvrager. Tegen deze berekening kan bezwaar aangetekend worden binnen 30 dagen na ontvangst van de berekening. Indien er geen bezwaar werd ingediend, wordt de aanvrager van rechtswege vermoed akkoord te gaan met de berekening van het strategisch forfait (artt. 15, 18 en 19).¹⁹⁴

Het VIPA betaalt het strategisch forfait jaarlijks uit (art. 19, lid 1). Het strategisch forfait kan pas worden toegekend vanaf de datum van ingebruikname van de infrastructuur waarop het forfait betrekking heeft en ten vroegste vanaf 2017. Als de infrastructuur in gebruik wordt genomen in het laatste trimester van een jaar, kan het strategisch forfait voor dat jaar in het daaropvolgende jaar worden uitbetaald. Voor het jaar van de ingebruikname van de infrastructuur wordt het volledige bedrag van het jaarlijkse strategisch forfait toegekend, ongeacht de datum van de ingebruikname (art. 15, lid 3¹⁹⁵). Nadat de aanvrager de exploitatie van de infrastructuur in kwestie heeft opgestart, deelt hij de opstartdatum onmiddellijk mee aan het Fonds (art. 15, lid 4¹⁹⁶).

Het gekozen systeem leidt tot een groter financieel risico en een hogere financiële last voor de ziekenhuizen. Het strategisch forfait wordt namelijk pas uitbetaald vanaf de ingebruikname van de infrastructuur, terwijl voorheen reeds gesubsidieerd werd van bij de aanvang van de werken. Ook kon voorheen een investeringswaarborg aangevraagd worden, terwijl dit nu niet langer het geval is.¹⁹⁷

In een periode van 20 jaar na de ingebruikname van een investering gesubsidieerd door het VIPA kan er in principe geen akkoord strategisch forfait worden verkregen voor hetzelfde project of voor een deel daarvan, d.i. de zogenaamde 'vriesperiode'. Alleen in geval van een noodzakelijke herconditionering wegens gewijzigde regelgeving of veiligheidsvoorschriften, kan binnen die periode van 20 jaar een akkoord strategisch forfait voor een herconditionering worden verkregen (art. 23).

194 Zie ook artikel 7, lid 3 Subsidiebesluit, zoals van toepassing voor de opheffing ervan bij artikel 4 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

195 Artikel 15, lid 3 Procedurebesluit werd vervangen bij artikel 15, 1° besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018. Zie wat dit betreft nog artikel 7, lid 3 Subsidiebesluit en artikel 20 Procedurebesluit, opgeheven bij artikel 4 respectievelijk artikel 17 van voormeld besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018.

196 Artikel 15, lid 4 Procedurebesluit werd ingevoegd bij artikel 15, 2° besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

197 Advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) van 12 mei 2017 m.b.t. de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

3.2.3 Berekening

Het strategisch forfait wordt per bed, plaats¹⁹⁸ of eenheid¹⁹⁹ bepaald in kolom B van bijlage 1 bij het Subsidiebesluit²⁰⁰. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt naargelang het type ziekenhuis: algemene ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en revalidatieziekenhuizen²⁰¹ (art. 6, lid 1 en 2 Subsidiebesluit). Er wordt gewerkt met vaste, concrete bedragen per bed, plaats of eenheid. De berekeningsmethode van deze bedragen werd opgenomen in bijlage 3 bij het Subsidiebesluit.²⁰² Bijlage 3 van het Subsidiebesluit werd reeds vervangen bij besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018²⁰³. In de begeleidende nota aan de leden van de Vlaamse regering werd verduidelijkt dat deze vervanging ingegeven was door een aantal technische inconsistenties in de eerdere berekeningsmethodiek.²⁰⁴

Uit bijlage 3 van het Subsidiebesluit blijkt dat het aantal vierkante meter van de bedden, plaatsen en eenheden en de bouwplafondprijs per vierkante meter van het MB van 11 mei 2007²⁰⁵ als uitgangspunt genomen werden voor de berekening van de forfaits met een indexering van de prijzen per vierkante meter en het toepassen van een BFM-omslagsleutel²⁰⁶. Om tot een totaal bouwplafond (= prijs) te komen wordt het aantal vierkante meter vermenigvuldigd met de aangepaste bouwplafondprijs per vierkante meter. Dit bedrag wordt verder aangevuld met een aantal toeslagen, bv. ter dekking van de BTW en de algemene

198 Bed of plaats: een bed of plaats in een algemeen of universitair ziekenhuis, inclusief geïsoleerde gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en geïsoleerde geriatriediensten (kenletter G), een plaats in dagopname of een bed of plaats in een psychiatrisch ziekenhuis: artikel 1, 7° Subsidiebesluit.

199 Eenheid: een operatiezaal met inbegrip van het lokaal voor sterilisatie en de ontwaakzaal, een bed voor intensieve verzorging binnen de functie intensieve zorgen, het verloskwartier, de functie van lokale neonatale zorg (N*-functie), een bed in een dienst voor intensieve neonatologie (NIC-dienst), een bunker in een dienst radiotherapie of een post van een centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie: artikel 1, 8° Subsidiebesluit. De Raad van State had bedenkingen bij deze definitie, die te eng zou zijn en tot gevolg zou hebben dat de infrastructuur van bepaalde ziekenhuisfuncties, zoals de spoeddienst of de ziekenhuisapotheek, niet afzonderlijk zou kunnen worden gesubsidieerd: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

200 Zie Bijlage III.

201 Voorheen 'categorale ziekenhuizen', maar dit werd gewijzigd naar 'revalidatieziekenhuizen' bij artikel 2 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

202 De berekening wordt evenzeer, en uitgebreider, verduidelijkt in het ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, p. 4 e.v.

203 Artikel 13 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018, met ingang van 1 januari 2017 (art. 20).

204 Begeleidende nota aan de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

205 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

206 In het BFM wordt een omslagsleutel gebruikt voor de indirecte en proportionele toewijzing van de kosten van ruimtes die gebruikt worden voor activiteiten die zowel binnen als buiten het bestek van het BFM vallen (bv. inkomhal en gangen). Een actualisering van deze werkwijze is evenwel aangewezen om te bepalen in hoeverre medisch-technische diensten en oppervlakten van bepaalde ruimten (bv. inkomhal en gangen) al dan niet door de overheid gefinancierd moeten blijven: ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 7-8.

kosten. Het strategisch forfait voor elke parameter in bv. een algemeen of universitair ziekenhuis wordt dan als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 1,21 \text{ BTW} * 1,1 \text{ algemene kosten} * 1,1 \text{ kosten boven bouwplafond}^{207} * 1,3 \text{ herconditionering}^{208} + \text{prijs} * 1,21 \text{ BTW} * 0,2 \text{ forfaitaire toeslag voor de eerste roerende medische en niet-medische investeringen}}{40}$$

Zo ook wordt voor elke parameter in een psychiatrisch ziekenhuis het strategisch forfait als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 1,21 \text{ BTW} * 1,1 \text{ algemene kosten} * 1,2 \text{ kosten boven bouwplafond} * 1,3 \text{ herconditionering} + \text{prijs} * 1,21 \text{ BTW} * 0,08^{209} \text{ forfaitaire toeslag voor de eerste roerende medische en niet-medische investeringen}}{40}$$

Het strategisch forfait per bed van een algemeen ziekenhuis bedraagt bv. € 8.577,38 en wordt bv. vermeerderd met € 4.780,26 per IZ-bed. Voor een psychiatrisch ziekenhuis bedraagt het strategisch forfait voor een bed bv. € 8.309,62.

De bedragen van het strategisch forfait kunnen door de Vlaamse regering aangepast worden in functie van een wijziging van de waarde van de parameters die gehanteerd werden voor de bepaling van de forfaits (art. 6, lid 3 Subsidiebesluit). In de begeleidende nota aan de leden van de Vlaamse regering wordt verduidelijkt dat er een onderzoek zal worden opgestart om de parameters en prijzen die als basis voor de forfaits dienen, te verfijnen naar de toekomst toe.²¹⁰ Het bedoelde onderzoek werd intussen ook aangevraagd. Het gaat om het huidige onderzoek.

Bij besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018²¹¹ werd een artikel 6/1 ingevoegd in het Subsidiebesluit waarin nader wordt gepreciseerd hoe het jaarlijks strategisch forfait berekend wordt. Er wordt opnieuw een onderscheid gemaakt naargelang het type ziekenhuis. Voor de algemene en universitaire ziekenhuizen wordt het aantal in aanmerking te nemen bedden, plaatsen en eenheden, voor zover die deel uitmaken van het project, als volgt vastgesteld (art. 6/1, §2):

- bedden: de som van het aantal verantwoorde bedden per kenletter, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar waarin het akkoord strategisch forfait wordt verleend, het aantal erkende en vergunde Sp-, A- en K-bedden op de datum waarop het

207 Deze toeslag moet bv. voor alle ziekenhuizen de kosten dekken van de afbraakwerken noodzakelijk voor de inplanting van nieuwe subsidieerbare constructies of uitbreidingen van bestaande gebouwen en de parkings a rato van twee parkeerplaatsen, inclusief overdekte plaatsen, per bed of plaats; ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 8-9.

208 Hierbij werd ervan uitgegaan dat 20 jaar na de nieuwbouw van een ziekenhuis een grondige herconditionering noodzakelijk is voor een bedrag van 30% van de onroerende investeringen bij nieuwbouw: ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 10.

209 Bij afwezigheid van medische uitrusting in een psychiatrisch ziekenhuis wordt ervan uitgegaan dat de eerste roerende investeringen 8% bedragen.

210 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 4.

211 Artikel 3 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

akkoord strategisch forfait wordt verleend, en het aantal For-K bedden op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend;

- plaatsen dagziekenhuis: de som van het aantal verantwoorde plaatsen, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar waarin het akkoord strategisch forfait wordt verleend, en het aantal erkende en vergunde plaatsen voor dagverpleging in een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling voor volwassenen (kenletter a(d)) en in een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen (kenletter k(d)), op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend. Voor een ziekenhuis dat beschikt over een erkenning van een zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, wordt dat aantal plaatsen met zes plaatsen vermeerderd per in dat ziekenhuis erkende en vergunde dienst daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt, als onderdeel van een erkenning van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend;²¹²
- OK-zalen: het aantal verantwoorde zalen, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar waarin het akkoord strategisch forfait wordt verleend;
- IZ: het aantal erkende en vergunde bedden voor intensieve verzorging binnen de functie intensieve zorgen, op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend;
- NIC: het aantal verantwoorde bedden in een dienst voor intensieve neonatologie, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar waarin het akkoord strategisch forfait wordt verleend;
- dialyse: het aantal posten voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie, op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend;
- verloskwartier en N-functie: het aantal verlossingen per 100, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar waarin het akkoord strategisch forfait wordt verleend; en
- bunker, voor zover het lineaire versnellers betreft: het aantal lineaire versnellers, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar waarin het akkoord strategisch forfait wordt verleend. De lineaire versnellers worden toegerekend aan de ziekenhuizen die beschikken over een erkenning voor die versnellers. In geval van een associatie van ziekenhuizen kunnen de lineaire versnellers binnen de associatie worden toegerekend aan een van de ziekenhuizen van de associatie, dat beschikt over een erkenning voor lineaire versnellers.

De notie van verantwoorde bedden, plaatsen en zalen wordt aldus geïntroduceerd, hetgeen volgens het advies van de Raad van State een aanzienlijke besparing met zich meebrengt. Ook in de begeleidende nota

212 Het aantal verantwoorde plaatsen dagziekenhuis wordt berekend volgens de volgende formule: (aantal daghospitalisaties x 0,75) / (250 x 0,8), waarbij 1° daghospitalisaties: verantwoorde gerealiseerde chirurgische daghospitalisaties en de effectief gerealiseerde daghospitalisaties, waarvoor een maxiforfait, een dagziekenhuisforfait of een forfait chronische pijn in de ziekteverzekering aangerekend wordt conform artikel 4, § 4, a) of b), b) of c), § 5 of § 8 van de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij het ontbreken daarvan, overeenkomstig de overeenkomst tussen de ziekteverzekering en de verpleeginrichtingen; 2° 0,75: een plaats voor daghospitalisatie kan 1,33 keer gebruikt worden per dag; 3° 250: het aantal werkdagen per jaar; 4° 0,8: de minimale bezettingsgraad van 80 %. De Raad van State pleitte voor een vereenvoudiging van deze formule: advies van de Raad van State van 24 augustus 2018, nr. 64.060/1/V.

aan de leden van de Vlaamse regering werd aangehaald dat de budgettaire impact van de nieuwe regeling lager ligt dan voordien. Het totaal aantal verantwoorde bedden ligt lager dan het aantal erkende bedden voor de volledige sector.²¹³ De Raad van State plaatste hier dan ook enkele vraagtekens bij in het licht van artikel 23 Grondwet voor het geval de ontworpen regeling een aanzienlijke achteruitgang zou betekenen van het gewaarborgde recht op bescherming van de gezondheid.²¹⁴

Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt het aantal bedden en plaatsen, voor zover die deel uitmaken van het project, als volgt vastgesteld (art. 6/1, §3):

- bedden: de som van het aantal erkende en vergunde bedden op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend, en het aantal For-K bedden²¹⁵ op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend;
- plaatsen dagziekenhuis: het aantal erkende en vergunde plaatsen dagziekenhuis op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend.

Als de vaststelling van het aantal bedden, eenheden en plaatsen die deel uitmaken van het project, niet mogelijk is op basis van de voormelde parameters wordt dat aantal *pro rata* berekend (art. 6/1, §5).²¹⁶

Het strategisch forfait wordt jaarlijks aan een ziekenhuis toegekend en is de som van de forfaits per bed, plaats of eenheid in het eerste jaar dat het strategisch forfait voor de betrokken investering wordt toegekend. De forfaits per bed, plaats of eenheid worden jaarlijks voor een aandeel van 16% geïndexeerd²¹⁷ en verhoogd met een (in functie van de evolutie van het algemene rentepeil aanpasbare²¹⁸) forfaitaire

213 Begeleidende nota aan de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, 4.

214 Advies van de Raad van State van 24 augustus 2018, nr. 64.060/1/V.

215 Forensische K-bedden ("For K"): specifieke plaatsen opgericht d.m.v. pilootprojecten met als doelstelling het creëren van een specifiek aanbod van intensieve klinische behandeling voor justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek: ZORGINSPECTIE, Beleidsrapport vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen, 2017, D/2017/3241/289, 17.

216 In de begeleidende nota aan de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen wordt op de bladzijden 1 en 2 verduidelijkt: "Het aantal verantwoorde plaatsen dagziekenhuis koppelen aan het project is bijvoorbeeld niet altijd mogelijk. In dergelijk geval zal op het totaal aantal verantwoorde plaatsen van het ziekenhuis de verhouding toegepast worden van het aantal werkelijke of effectieve plaatsen dagziekenhuis in het project t.o.v. het totaal aantal werkelijke of effectieve plaatsen dagziekenhuis van het ziekenhuis. Omdat het aantal verantwoorde bedden niet afzonderlijk gekend is voor de kenletters C en D zal voor een project dat bijvoorbeeld uitsluitend uit C-bedden bestaat op het aantal verantwoorde C en D bedden de verhouding toegepast worden van het aantal werkelijke of effectieve C-bedden in het project t.o.v. het totaal aantal werkelijke of effectieve C en D-bedden van het ziekenhuis".

217 De Raad van State had vraagtekens bij het hanteren van dit percentage, dat initieel slechts 15% bedroeg. De vaststelling in het advies van Inspectie van Financiën dat dit percentage het relatief aandeel van de herconditionering in het forfait zou zijn, volstond niet voor de Raad van State, aangezien een herconditionering neerkomt op het volledig strippen van het gebouw en wordt gelijkgesteld met een nieuwbouw of een uitbreiding: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

218 Voor de investeringen waarvoor een strategisch forfait werd toegekend, zal de intrestvergoeding ongewijzigd blijven tijdens de looptijd van de leningen die het ziekenhuis heeft afgesloten om die investeringen te financieren: artikel 7, lid 2 Subsidiebesluit.

intrestvergoeding van 32%²¹⁹ ter dekking van de intrestlasten. Het strategisch forfait wordt toegekend voor onbepaalde duur om de gehele levenscyclus van de infrastructuur (d.i. 40 jaar) te financieren,²²⁰ met dien verstande dat het forfait kan aangepast worden in functie van de wijziging van het gebruik van de bedden, plaatsen of eenheden²²¹ (art. 7 Subsidiebesluit).

Vanaf het tweede jaar van de toekenning van het jaarlijkse strategisch forfait wordt het forfait berekend op basis van het aantal bedden, plaatsen en eenheden, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid op 1 januari van het jaar waarin de uitbetaling van het strategisch forfait plaatsvindt (art. 6/1, §6).

De Raad van State had bedenkingen bij de pertinentie van de onderdelen die in aanmerking worden genomen en de bedragen die daaraan worden verbonden. Het was voor de Raad van State niet duidelijk waarom bepaalde eenheden afzonderlijk worden vermeld en andere niet, waardoor dan blijkbaar moet worden teruggevallen op de bedden of plaatsen. De Raad van State opperde ook de vraag waarom voor bepaalde eenheden een financiering per bed of plaats wordt gehanteerd, terwijl ook andere, relevante criteria denkbaar zijn. Zo wordt voor een verloskwartier en voor een N-functie voorzien in een financiering per 100 bevallingen, terwijl voor een spoeddienst niet het aantal opnames, maar het aantal bedden wordt gehanteerd. Ook stelde de Raad van State vast dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende soorten van investeringsprojecten (nieuwbouw, uitbreiding of herconditionering), terwijl deze verschillende soorten investeringen toch een beduidend verschillende financiële weerslag kunnen hebben. De loutere verwijzing naar de bedragen die zijn opgenomen in het MB van 11 mei 2007²²² volstaat niet voor de Raad van State.²²³

In antwoord op deze bedenkingen van de Raad van State werd de berekening van de forfaits verduidelijkt in bijlage 3 bij het Subsidiebesluit. Ook andere opmerkingen van de Raad van State werden beantwoord, waarna het ontwerp van Subsidiebesluit nogmaals voor advies werd voorgelegd aan de Raad van State. De Raad van State merkte in zijn later advies over het ontwerp van Subsidiebesluit in het algemeen op dat met

219 Dit percentage werd bepaald op basis van de gewogen gemiddelde intrestvoeten en looptijden (1,5% voor leningen op 10 jaar, 2% voor leningen op 15 jaar en 2,5% voor leningen op 25 jaar): nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 7. Ook bij dit percentage had de Raad van State bedenkingen, nu de werkelijke hoogte van de intrestlasten afhangt van de onderliggende leningen of kapitaalsvergoedingen en deze sterk kunnen verschillen naargelang bv. de looptijd van de leningen en de kredietwaardigheid van het ziekenhuis. Bij de mogelijkheid van aanpassing van het voormelde percentage door de Vlaamse regering, had de Raad van State eveneens vragen. Aangezien niet blijkt hoe de referentiewaarde van de forfaitaire intrestvergoeding wordt bepaald, ziet de Raad van State niet in op basis van welke parameters de Vlaamse regering een nieuwe intrestvergoeding zou kunnen berekenen: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

220 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 1, 4 en 7; ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 2-6; omzendbrief aan de beheersinstanties van het ziekenhuis m.b.t. nieuw financieringssysteem infrastructuur ziekenhuizen; advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

221 Ook hier had de Raad van State bedenkingen in het licht van de doelstelling van het strategisch forfait om nieuwe infrastructuur te realiseren en het vertrouwensbeginsel. Het is immers mogelijk dat de infrastructuur nog niet is afgeschreven of afbetaald, maar dat het strategisch forfait wordt stopgezet, doordat de betrokken bedden, plaatsen of eenheden, eventueel buiten de wil van het ziekenhuis om, niet meer in gebruik zijn: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

222 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

223 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

de doorgevoerde wijzigingen in belangrijke mate tegemoetgekomen werd aan de opmerkingen die de Raad van State eerder formuleerde.²²⁴ Er moet nochtans vastgesteld worden dat de loutere verduidelijking van de berekeningswijze in bijlage 3 bij het Subsidiebesluit niet tegemoetkomt aan alle hierboven aangehaalde opmerkingen die de Raad van State had bij de pertinentie van de gehanteerde onderdelen en de bedragen, o.a. wat de gehanteerde criteria betreft.

Het teruggrijpen naar de maxima uit het MB van 11 mei 2007 is bovendien als zodanig reeds voor kritiek vatbaar. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)²²⁵ adviseerde immers in de twee adviezen die het MB van 11 mei 2007 mee gevormd hebben dat het aantal vierkante meter aangepast moet worden aan de behoeften en de realiteit. Het benodigde aantal vierkante meter wijzigt volgens de NRZV ook snel als gevolg van wijzigingen in behandeling, dienstverlening, ziekenhuisconcept, ... zodat een gedetailleerde opsomming per dienst of functie snel achterhaald is. De NRZV stelde daarom voor om het aantal vierkante meter en de bouwplafonds per vierkante meter om de vijf jaar te actualiseren.²²⁶ Met dit advies van de NRZV werd echter geen, minstens onvoldoende, rekening gehouden, aangezien 10 jaar na de totstandkoming van het MB van 11 mei 2007 dezelfde parameters door de Vlaamse regering gewoon overgenomen werden in het Subsidiebesluit, weliswaar met een indexering van de prijzen per vierkante meter naar de bouwindex van 2016. Het moet wel benadrukt worden dat de Vlaamse regering tegelijk een onderzoek bevolen heeft naar de te hanteren parameters om tot een verfijning te komen.²²⁷ Het gaat, zoals eerder vermeld, om de huidige studie.

In dezelfde zin adviseerde ook de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) dat de forfaits vastgelegd moeten worden op basis van een realistische en transparante inschatting van de kostprijs voor de bouw en de inrichting van de ziekenhuizen, hetgeen een grondige evaluatie impliceert van de parameters en bovendien een monitoring van de verdere prijsontwikkeling.²²⁸

3.2.4 Overgangsbepalingen

Het Subsidiebesluit bevat ook enkele overgangsbepalingen. Zo kan een strategisch forfait in principe niet worden toegekend zolang de Vlaamse regering de zorgstrategische planning niet heeft bepaald. In afwijking daarvan bepaalt artikel 13 van het Subsidiebesluit dat er wel een strategisch forfait kan worden toegekend voor investeringen die 'dringend of onafwendbaar' zijn, waarbij het VIPA en het Agentschap Zorg en Gezondheid adviseren over het dringend of onafwendbaar karakter van de investeringen.²²⁹ In de

224 Advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.651/3.

225 Dit is nu de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen: artikel 105 wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, BS 27 december 2016.

226 Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 9 november 2006 betreffende "Advies bouwkalender – herziening van de besluiten 1978", nr. NRZV/D/SF/15-1; advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 februari 2007 betreffende "Advies van de NRZV omtrent de bouwkalender en de herziening van de ministeriële besluiten van 1978 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het KB van 13 december 1966", nr. NRZV/D/SF/20-1.

227 De adviesverlening door de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (voorheen de NRZV) inzake de vaststelling van het BFM werd overigens stopgezet voor de Vlaamse Gemeenschap, voor zover het gaat om investeringskosten voor de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen: artikel 105, §4 en artikel 108, lid 3 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008, ingevoegd bij artikel 102 en artikel 103 decreet van 15 juli 2016 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, BS 19 augustus 2016.

228 Advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) van 9 mei 2017.

229 Zie hierover het advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) van 12 mei 2017 m.b.t. de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, waarin gepleit wordt voor een duidelijke afbakening om

begeleidende nota aan de leden van de Vlaamse regering wordt bij wijze van voorbeeld van een dringend investeringsproject een investeringsproject aangehaald dat vanuit functioneel oogpunt (bv. om redenen van patiëntveiligheid) uitvoering moet kunnen krijgen. Onafwendbare investeringsprojecten kunnen volgens dezelfde nota dan weer zijn: investeringen die vanuit bouwtechnisch oogpunt onlosmakelijk verbonden zijn met andere investeringen en waarbij het geheel van beide investeringen een gefaseerde uitvoering kent om de continuïteit van het ziekenhuis te verzekeren tijdens de uitvoeringsperiode van de investeringswerkzaamheden.²³⁰ Bij besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 werd hieraan toegevoegd dat de minister omwille van het dringende of onafwendbare karakter van de investeringen op initiatief van de aanvrager en op gemotiveerde wijze kan afwijken van procedureregels vastgelegd in het Procedurebesluit. De aanvrager dient deze afwijking aan te vragen en de noodzaak ervan te verantwoorden, bij voorkeur in de aanvraag tot goedkeuring van het akkoord strategisch forfait (art. 13, lid 2 Subsidiebesluit²³¹). Ook kan een strategisch forfait (met aangepaste procedureregels) worden toegekend voor investeringen die zijn aangevat vóór de datum van inwerkingtreding van het Subsidiebesluit, d.i. 1 januari 2017 (art. 20 Subsidiebesluit), en die niet onder de toepassing van een andere overgangsmaatregel vallen, voor zover die investeringen ten vroegste vanaf 1 januari 2016 het voorwerp zijn van een eerste afschrijving (art. 13, lid 3 Subsidiebesluit²³²).

Voorts werden in de artikelen 14, 15 en 16 van het Subsidiebesluit overgangsregelingen uitgewerkt voor projecten die nog niet werden gerealiseerd en die nog werden goedgekeurd volgens de vorige financieringsregeling, maar die zich in verscheidene fasen van uitvoering bevinden en die daarbij al dan niet reeds gedeeltelijk subsidies hebben ontvangen. In deze artikelen wordt de mogelijkheid geboden om over te stappen naar de nieuwe regeling:²³³

- volgens artikel 14 van het Subsidiebesluit²³⁴ kunnen ziekenhuizen die vóór de datum van inwerkingtreding van het Subsidiebesluit gebruikstoelagen ontvangen hebben met toepassing

interpretatieverschillen te vermijden. Volgens de SARWGG kan het enkel gaan om vervangingsinvesteringen (uit een recent verleden of in de nabije toekomst) waarvoor een goedkeuring vanuit het VIPA is verleend. Ook in dit verband drong de Raad van State aan op een spoedige juridische formalisering van de zorgstrategische planning: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

- 230 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 8.
- 231 Ingevoegd bij artikel 8, 1° besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018. In de begeleidende nota aan de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen wordt op de bladzijde 3 gesteld dat deze afwijkingsbepaling slechts in uitzonderlijke gevallen kan worden toegepast.
- 232 Gewijzigd bij artikel 8, 2° besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.
- 233 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.
- 234 Artikel 14, lid 2 Subsidiebesluit werd gewijzigd bij artikel 9 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

van het besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011²³⁵ of die een eenmalige subsidiebetaling ontvangen hebben met toepassing van het besluit van de Vlaamse regering van 11 september 2015²³⁶, en voor zover er voor die investering nog geen provisioneel bedrag²³⁷ is opgenomen in het BFM, er (met een afwijkende aanvraagprocedure) voor kiezen om een jaarlijks strategisch forfait aan te vragen in de plaats van opname in het BFM. Deze 'bouwkalenderprojecten' vallen in principe onder artikel 47/9, §4, lid 1, 2° van de Bijzondere Financieringswet²³⁸ en elk ziekenhuis heeft het recht om de strikte toepassing hiervan, en dus de afwikkeling via het BFM, te vragen, met dien verstande dat ziekenhuizen hieraan ook kunnen verzaken.²³⁹ Deze investeringen worden van rechtswege geacht te passen in de zorgstrategische planning. Het strategisch forfait is dan hetzij het 'strategisch forfait bouwkalender 60-40' hetzij het 'strategisch forfait bouwkalender 10-90' uit de kolommen C en D van bijlage 1 bij het Subsidiebesluit,²⁴⁰ naargelang het basisbedrag van de investeringssubsidie voor het berekenen van de gebruikstoelagen of de eenmalige subsidiebetaling is vastgesteld op 60% of 10% van de goedgekeurde raming van de investeringskosten, met inbegrip van de indexatie en de verhoging met een forfaitaire intrestvergoeding. Ten vroegste 25 jaar na de ingebruikname van de betrokken infrastructuur en in geval van een nieuwe investering daarin kan een nieuw strategisch forfait worden aangevraagd volgens de standaardforfaits van kolom B van bijlage 1 bij het Subsidiebesluit²⁴¹. Een ziekenhuis kan er ook voor kiezen om de forfaitaire intrestvergoeding te vervangen door een vergoeding van de reële intrestlasten gedurende de looptijd van de leningen voor de investering,²⁴² waarna de forfaitaire intrestvergoeding van toepassing is;

- ziekenhuizen die vóór de datum van inwerkingtreding van het Subsidiebesluit een definitief principieel akkoord verkregen hebben overeenkomstig het besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011²⁴³, en voor zover er voor die investering nog geen gebruikstoelage of eenmalige subsidiebetaling werd toegekend met toepassing van het besluit van de Vlaamse regering van 11

235 Besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 16 juni 2011.

236 Besluit van de Vlaamse regering van 11 september 2015 tot regeling van de eenmalige uitbetaling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 23 oktober 2015.

237 Indien ziekenhuizen een investering doen, dan kunnen zij een provisioneel dossier indienen bij de FOD Volksgezondheid vanaf de ingebruikname, waardoor ze een voorlopig bedrag aan afschrijvingslasten en financiële lasten kunnen verkrijgen om provisioneel op te nemen in het BFM. Nadien wordt dat bedrag herzien op het moment van de controle van de voor herziening in aanmerking komende elementen van het betrokken ziekenhuis: nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 9.

238 Bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989.

239 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 9.

240 Zie Bijlage III.

241 Zie Bijlage III.

242 MB van 5 december 2017 houdende de regels betreffende de vervanging van de forfaitaire intrestvergoeding door een vergoeding voor reële intrestlasten, zoals bepaald in artikel 14, derde lid, en artikel 15, derde lid, van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 25 januari 2018.

243 Besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 16 juni 2011.

september 2015²⁴⁴ en voor zover er voor die investering nog geen provisioneel bedrag werd opgenomen in het BFM, kunnen er (met een afwijkende aanvraagprocedure) voor kiezen om af te zien van hun aanspraak op een gebruikstoelage of eenmalige subsidiebetaling en om, in de plaats van opname in het BFM, een strategisch forfait aan te vragen. Ook deze investeringen of ‘bouwkalenderprojecten’ worden van rechtswege geacht te passen in de zorgstrategische planning. De standaardbedragen van de forfaits per bed, plaats of eenheid uit bijlage 1 bij het Subsidiebesluit zijn van toepassing (kolom B),²⁴⁵ met indexatie en verhoging met een forfaitaire intrestvergoeding. Het strategisch forfait wordt volgens deze regeling toegekend vanaf het jaar na het jaar waarin het bevel is gegeven tot aanvang van de werken of waarin de bestelling is geplaatst. En ten slotte kan een ziekenhuis er ook hier voor kiezen om de forfaitaire intrestvergoeding te vervangen door een vergoeding van de reële intrestlasten gedurende de looptijd van de leningen voor de investering,²⁴⁶ waarna de forfaitaire intrestvergoeding van toepassing is (art. 15 Subsidiebesluit²⁴⁷);

- ziekenhuizen die vóór de datum van inwerkingtreding van het Subsidiebesluit een gunstig advies ontvangen hebben van de coördinatiecommissie m.b.t. een project met financiering zonder voorafgaand principieel akkoord overeenkomstig het besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011²⁴⁸, kunnen kiezen voor een jaarlijks strategisch forfait in de plaats van een gebruikstoelage, voor zover de investering past binnen de zorgstrategische planning of het gaat om een dringende of onafwendbare investering. De standaardbedragen van de forfaits per bed, plaats of eenheid uit bijlage 1 bij het Subsidiebesluit zijn van toepassing (kolom B)²⁴⁹, met indexatie en verhoging met een forfaitaire intrestvergoeding. Het strategisch forfait wordt toegekend vanaf het jaar na het jaar waarin tot de toekenning ervan beslist werd (art. 16 Subsidiebesluit²⁵⁰).

Ziekenhuizen die vallen onder een van de overgangsbepalingen van artikel 13 t.e.m. 16 Subsidiebesluit en die investeringen realiseren m.b.t. diensten voor de functionele ondersteuning van bedden (bv. administratie, apotheek en archief) krijgen ter dekking van de investeringskosten een strategisch forfait ingeval de door die diensten ondersteunde bedden niet in dezelfde mate mee het voorwerp uitmaken van de investering. Het strategisch forfait wordt uitgedrukt in een percentage van het jaarlijkse forfait (bv. 40% voor algemene ziekenhuizen, 60% voor universitaire ziekenhuizen en 30% voor psychiatrische ziekenhuizen) dat voor die bedden toegekend zou worden. Op dat percentage werd initieel de verhouding toegepast van de oppervlakte van de betrokken diensten voor functionele ondersteuning t.o.v. de

244 Besluit van de Vlaamse regering van 11 september 2015 tot regeling van de eenmalige uitbetaling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 23 oktober 2015.

245 Zie Bijlage III.

246 MB van 5 december 2017 houdende de regels betreffende de vervanging van de forfaitaire intrestvergoeding door een vergoeding voor reële intrestlasten, zoals bepaald in artikel 14, derde lid, en artikel 15, derde lid, van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 25 januari 2018.

247 Zoals gewijzigd bij artikel 32 besluit van de Vlaamse regering van 17 mei 2019 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 9 september 2019.

248 Besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 16 juni 2011.

249 Zie Bijlage III.

250 Zoals gewijzigd bij artikel 33 besluit van de Vlaamse regering van 17 mei 2019 tot wijziging van diverse besluiten inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 9 september 2019.

aanvaarde totale oppervlakte van alle diensten voor functionele ondersteuning van het ziekenhuis. Een soortgelijke regeling werd in een afzonderlijke paragraaf ingevoerd voor investeringen m.b.t. lokalen voor centrale sterilisatie (art. 17 Subsidiebesluit). De Raad van State had nogal wat bedenkingen bij deze regeling m.b.t. de ondersteunende diensten, o.m. in het licht van artikel 23 van de Grondwet. De Raad van State stelde voor om het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait te herzien met deze diensten in het achterhoofd, dan wel om te voorzien in een rechtstreekse financiering van deze diensten.²⁵¹

De voormelde regeling voor de ondersteunende diensten werd grondig gewijzigd bij besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018.²⁵² Het jaarlijkse strategisch forfait voor de ondersteunende diensten wordt nu berekend conform de volgende formule (art. 17, §1):²⁵³

$$\% \times (\text{SF bedden buiten project}) \times \frac{(\text{OD bouwproject} - \text{OD bedden in project})}{(\text{OD ZH} - \text{OD bedden in project})}$$

Het resterende percentage van het jaarlijkse strategisch forfait voor die bedden kan pas worden toegekend na realisatie van de investeringen die op die bedden betrekking hebben.

Er werd bovendien een specifieke regeling uitgewerkt voor investeringen m.b.t. ondersteunende functies van de operatiezalen (art. 17, §2). Het gaat om de recovery, de technische ruimten van de operatiezalen, de preoperatieve ruimten en de centrale sterilisatieafdeling. Als een algemeen of een universitair ziekenhuis een investering met betrekking tot ondersteunende functies van de operatiezalen uitvoert en als niet alle operatiezalen die door die ondersteunende functies functioneel worden ondersteund, mee het voorwerp uitmaken van die investering, wordt aan het ziekenhuis tot dekking van de investeringskosten van de voormelde functies een strategisch forfait toegekend. Het jaarlijks strategisch forfait bedraagt 30 % van het jaarlijks strategisch forfait dat zou worden toegekend voor de functioneel ondersteunde operatiezalen die niet mee het voorwerp uitmaken van de investering. Het jaarlijkse strategisch forfait voor de ondersteunende functies van de operatiezalen wordt berekend conform de volgende formule:²⁵⁴

251 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

252 Artikel 10 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

253 Hierbij dient uitgegaan te worden van het volgende: 1° %: het toepasselijke percentage, namelijk 40 % voor de algemene ziekenhuizen, 60 % voor de universitaire ziekenhuizen en 30 % voor de psychiatrische en revalidatieziekenhuizen; 2° SF bedden buiten project: het jaarlijkse strategisch forfait dat zou worden toegekend voor de bedden die geen deel uitmaken van het investeringsproject; 3° OD bouwproject: de oppervlakte van de diensten voor de functionele ondersteuning die het voorwerp uitmaken van de investering; 4° OD bedden in project: de aanvaarde oppervlakte van de diensten voor de functionele ondersteuning die betrekking hebben op de bedden die het voorwerp uitmaken van de investering. Die oppervlakte wordt als volgt berekend: het toepasselijke percentage wordt toegepast op de oppervlakte van die bedden, vermeld in artikel 7 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst (BS 6 juni 2007) en 5° OD ZH: de aanvaarde totale oppervlakte van alle diensten voor de functionele ondersteuning van het ziekenhuis in kwestie, die als volgt wordt berekend: het toepasselijke percentage wordt toegepast op de oppervlakte van alle bedden, vermeld in artikel 7 MB van 11 mei 2007.

254 Hierbij geldt het volgende: 1° SF operatiezalen buiten project: het jaarlijkse strategisch forfait dat zou worden toegekend voor de operatiezalen die geen deel uitmaken van het investeringsproject; 2° OF bouwproject: de oppervlakte van de ondersteunende functies die het voorwerp uitmaken van de investering; 3° OF operatiezalen in project: de aanvaarde oppervlakte van ondersteunende functies die betrekking hebben op de operatiezalen die het voorwerp uitmaken van de investering. Die oppervlakte wordt als volgt berekend: 30 % wordt toegepast op de oppervlakte van die operatiezalen, vermeld in artikel 7 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs

$$30 \% \times (\text{SF operatiezalen buiten project}) \times \frac{(\text{OF bouwproject} - \text{OF operatiezalen in project})}{(\text{OF ZH} - \text{OF operatiezalen in project})}$$

Het resterende percentage van het jaarlijks strategisch forfait voor die operatiezalen kan pas worden toegekend na realisatie van de investeringen die op die operatiezalen betrekking hebben.

Middels artikel 19 van het Subsidiebesluit werd ten slotte een artikel 92/3 ingevoerd in het besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011.²⁵⁵ Op grond van dit artikel 92/3 kunnen vanaf de datum van de bekendmaking van het Subsidiebesluit, d.i. 6 september 2017, geen ontvankelijke aanvragen tot goedkeuring van een masterplan en tot het verkrijgen van een principieel akkoord meer worden ingediend. Aanvragen van na deze datum worden van rechtswege geacht niet ontvankelijk te zijn en worden niet onderzocht. Hangende aanvragen van vóór deze datum waarvoor nog geen principieel akkoord is verleend, worden geacht aanvragen te zijn voor een strategisch forfait.

3.2.5 Toezicht en sancties

Het Procedurebesluit bevat tevens verschillende toezicht- en sanctiebepalingen. Zo moeten tijdens de werkzaamheden en tot de ingebruikname van de infrastructuur verschillende stukken verzameld en ingediend worden bij het VIPA (bv. overzicht van de uitgevoerde en geplande werkzaamheden), dan wel ter beschikking gehouden worden en op verzoek bezorgd worden aan het VIPA (bv. overzicht van de gunningen en de bestekken). Ook na de ingebruikname dienen verschillende stukken ter beschikking gehouden te worden en op verzoek aan het VIPA bezorgd te worden (bv. eindafrekening) (art. 16).

Het VIPA kan ook steeds tijdens de uitvoering van de werken een controle van de conformiteit met het akkoord strategisch forfait uitvoeren en na de ingebruikname van de infrastructuur wordt een opstartevaluatie gemaakt van het dossier (art. 17). In het jaar na het jaar van de ingebruikname van de infrastructuur dient de aanvrager overigens een globale evaluatie van het gerealiseerde project te maken en te bezorgen aan het VIPA (art. 21).

De bevoegde personeelsleden van de Vlaamse administratie kunnen voorts ter plaatse of op stukken toezicht uitoefenen op de naleving van de normen en op het gebruik van de gebouwen. De aanvrager is verplicht om hieraan zijn medewerking te verlenen en dient in dit verband de nodige documenten te bewaren en voor te leggen (art. 24).

Elke vervreemding, elke bezwaring met een zakelijk recht of genotsrecht of elke concrete bestemmingswijziging van het gesubsidieerde goed binnen een periode van 25 jaar voor onroerende goederen en van 10 jaar voor roerende goederen moet voor voorafgaand akkoord voorgelegd worden aan, naargelang het geval, het VIPA of de minister. Binnen de voormelde minimumtermijnen moet het gesubsidieerde goed ook als een goede huisvader beheerd en onderhouden worden (art. 25).

Er wordt daarnaast vanaf de eerste toekenning van de investeringssubsidies een tienjaarlijks toezicht uitgeoefend op het vervullen van de verplichtingen voortvloeiend uit de basisziekenhuisopdracht van het ziekenhuis (art. 2, lid 3 Subsidiebesluit). Ingeval aan de voormelde voorwaarden voldaan is, wordt het

die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst (BS 6 juni 2007) en 4° OF ZH: de aanvaarde totale oppervlakte van alle ondersteunende functies van het ziekenhuis in kwestie, die als volgt wordt berekend: 30 % wordt toegepast op de oppervlakte van alle operatiezalen, vermeld in artikel 7 MB van 11 mei 2007.

255 Besluit van de Vlaamse regering van 18 maart 2011 tot regeling van de alternatieve investeringssubsidies, verstrekt door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 16 juni 2011.

ziekenhuis voor een nieuwe periode van maximaal 10 jaar belast met dezelfde verplichtingen. Ingeval aan de voormelde voorwaarden niet voldaan is, kan de erkenning van het ziekenhuis geschorst of ingetrokken worden, kunnen dwingende maatregelen opgelegd worden of kan tot sluiting overgegaan worden.²⁵⁶ Het ziekenhuis is dan niet langer belast met de voormelde verplichtingen, zodat een afrekening van de investeringssubsidies gebeurt voor de ten einde gekomen verplichtingen (art. 29).

Minstens iedere 3 jaar en aansluitend op het hierboven aangehaalde tienjaarlijks toezicht wordt de boekhouding van het ziekenhuis gecontroleerd door het VIPA of door de personen belast met het toezicht op de ziekenhuizen. In de boekhouding van het ziekenhuis moeten de inkomsten en de kosten m.b.t. de infrastructuurinvesteringen noodzakelijk voor de uitvoering van de verplichtingen voortvloeiend uit de basisziekenhuisopdracht van het erkende ziekenhuis, transparant afgezonderd worden (art. 30).

De investeringssubsidies kunnen teruggevorderd worden, voor zover daartoe aanleiding bestaat in het kader van de tienjaarlijkse of driejaarlijkse controle. De strategische forfaits worden teruggevorderd (art. 31, lid 1 en 2):

- bij overtreding van de toezichtbepalingen van de artikelen 24 en 25 van het Procedurebesluit;
- bij het afleggen van een onjuiste verklaring m.b.t. het genotsrecht en de ongeoorloofde verwantschap;
- bij overtreding van de principes van de overheidsopdrachtenwetgeving.

Bij overtreding van de verplichting om het gesubsidieerde goed als een goede huisvader te beheren en te onderhouden, zal het VIPA het ziekenhuis aanmanen om zich in regel te stellen binnen een bepaalde termijn. Ingeval aan deze aanmaning niet het nodige gevolg gegeven wordt, zullen de strategische forfaits teruggevorderd worden (art. 31, lid 3).

De exploitant van het ziekenhuis dient de nodige documenten, met inbegrip van de boekhouding, m.b.t. de verplichtingen voortvloeiend uit de basisziekenhuisopdracht, het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait ter beschikking te houden van en op verzoek te bezorgen aan het VIPA (art. 32).

Het VIPA heeft intussen ten slotte richtlijnen uitgebracht over de boekhoudkundige verwerking van de forfaits en de controle daarop, o.a. wat het vermijden van overcompensatie betreft en het eventueel terugvorderen daarvan. Met deze richtlijnen wordt een dubbele doelstelling nagestreefd: enerzijds een transparante boekhouding en een correct boekhoudkundig resultaat en anderzijds het verstrekken van essentiële informatie in functie van de controles op staatssteun en de reservebepalingen in functie van de algemene regels inzake subsidiëring. Zo wordt o.a. bepaald dat de ziekenhuizen jaarlijks een controlefiche moeten indienen om na te gaan of er al dan niet een batig saldo bestaat voor de beide forfaits samen. In voorkomend geval zal via een aanwendingsplan moeten worden aangetoond hoe het batig saldo zal worden weggewerkt.²⁵⁷

256 Hoofdstuk 2, afdeling 5 t.e.m. 7 besluit van de Vlaamse regering van 25 april 2014 tot vaststelling van de procedures voor de gezondheidszorgvoorzieningen, BS 28 augustus 2014.

257 Boekhoudkundige verwerking instandhoudingsforfait en strategisch forfait, Controle in functie van VIPA & Vlaamse subsidieregeling, www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies#controle-staatssteun.

3.3 Het instandhoudingsforfait

3.3.1 Bedoelde investeringen

Het instandhoudingsforfait dekt de kosten om de bestaande onroerende en roerende infrastructuur in exploitatie te kunnen houden (art. 8 Subsidiebesluit). Met dit forfait kunnen de roerende investeringen vervangen worden en kunnen onderhoudswerken aan bestaande gebouwen uitgevoerd worden om de dienstverlening op een kwaliteitsvolle wijze te kunnen garanderen. Het instandhoudingsforfait is niet gekoppeld aan een bepaalde investering en wordt in principe voor onbepaalde duur toegekend.²⁵⁸

Het is niet de bedoeling om met dit forfait vernieuwbouw of werken uit te voeren met een grondige aanpassing van de gebouwen via stripping of de wijziging van diensten. Deze laatste werken dienen te gebeuren d.m.v. het strategisch forfait. Een ziekenhuis is vrij om het instandhoudingsforfait te besteden aan infrastructuurwerken en roerende investeringen, zolang de aanpassingen niet raken aan de zorgstrategische planning.²⁵⁹

3.3.2 Berekening

Ook het instandhoudingsforfait wordt, ditmaal in bijlage 2 bij het Subsidiebesluit²⁶⁰, per bed, plaats of eenheid²⁶¹ bepaald, waarbij hetzelfde onderscheid wordt gemaakt *qua* type ziekenhuis: algemene ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en revalidatieziekenhuizen²⁶² (art. 9, lid 1 en 2 Subsidiebesluit). Er wordt ook hier gewerkt met vaste, concrete bedragen per bed, plaats of eenheid, waarvan de berekeningsmethode opgenomen werd in bijlage 3 bij het Subsidiebesluit, zoals reeds vermeld gewijzigd bij besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018,²⁶³ en waarbij het MB van 11

258 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 1 en 3; ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 4 en 6; nota van 17 juni 2016 'Nieuw Vlaams ziekenhuislandschap. Focus op de patiënt', 35; omzendbrief aan de beheersinstanties van het ziekenhuis m.b.t. nieuw financieringssysteem infrastructuur ziekenhuizen.

259 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 3; ontwerp van conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, 4; nota van 17 juni 2016 'Nieuw Vlaams ziekenhuislandschap. Focus op de patiënt', 35; omzendbrief aan de beheersinstanties van het ziekenhuis m.b.t. nieuw financieringssysteem infrastructuur ziekenhuizen.

260 Zie Bijlage IV.

261 In afwijking van artikel 1, 8°, wordt voor de bepaling van het instandhoudingsforfait een centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie als een eenheid beschouwd (artikel 9, lid 4 Subsidiebesluit, ingevoegd bij artikel 5, 2° besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018).

262 Voorheen 'categorale ziekenhuizen', maar dit werd gewijzigd naar 'revalidatieziekenhuizen' bij artikel 5, 1° besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

263 Artikel 13 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

mei 2007²⁶⁴ als uitgangspunt genomen werd voor de berekening van de forfaits. Het instandhoudingsforfait voor elke parameter in bv. een algemeen of universitair ziekenhuis wordt dan als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 1,21 \text{ BTW} * 1,1 \text{ algemene kosten} * 1,1 \text{ kosten boven bouwplafond} * 60\%}{40}$$

Voor elke parameter in bv. een psychiatrisch ziekenhuis wordt het instandhoudingsforfait als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 1,21 \text{ BTW} * 1,1 \text{ algemene kosten} * 1,2 \text{ kosten boven bouwplafond} * 55\%²⁶⁵$$

Het instandhoudingsforfait per bed van een algemeen ziekenhuis bedraagt bv. € 3.512,23 en wordt bv. vermeerderd met € 1.957,40 per IZ-bed.²⁶⁶ Per bed van een psychiatrisch ziekenhuis bv. bedraagt het instandhoudingsforfait € 3.359,01.

De bedragen per bed, plaats of eenheid worden jaarlijks geïndexeerd en kunnen door de Vlaamse regering aangepast worden in functie van een wijziging van de waarde van de parameters die gehanteerd werden voor de bepaling van de forfaits (art. 9, lid 3 Subsidiebesluit).

Ook m.b.t. het instandhoudingsforfait werd bij besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018²⁶⁷ gesleuteld aan de wijze waarop het instandhoudingsforfait berekend moet worden. Er werd een artikel 9/1 ingevoegd in het Subsidiebesluit waarin opgenomen werd dat het VIPA het jaarlijkse instandhoudingsforfait uitbetaalt in het jaar waarop het forfait betrekking heeft. Voorts werd gepreciseerd dat het jaarlijkse instandhoudingsforfait gelijk is aan het bedrag dat wordt verkregen door toepassing van het aantal bedden, plaatsen en eenheden die voor het ziekenhuis op 1 januari van het jaar waarop het forfait betrekking heeft, erkend zijn. Voor de volgende plaatsen of eenheden dient evenwel toepassing gemaakt te worden van het aantal plaatsen of eenheden dat het ziekenhuis in gebruik heeft op de daarnaast vermelde datum of tijdens de daarnaast vermelde periode:²⁶⁸

- plaatsen dagziekenhuis: het aantal verantwoorde plaatsen dagziekenhuis in algemene of universitaire ziekenhuizen en het aantal erkende plaatsen voor dagverpleging in een dienst

264 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

265 In plaats van 60% en uitgaande van een lager aandeel terugkerende roerende investeringen.

266 Aanvankelijk werd voor de dialyse een forfait per post voorzien, maar dit werd gewijzigd naar een forfait per centrum (bijlage 2). Het aantal posten werd als een te variabele factor beschouwd, terwijl de erkende centra voor dialyse gelimiteerd zijn en hier een betere parameter werd gevonden: nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 17. Voor het strategisch forfait wordt evenwel nog steeds een forfait voorzien per dialysepost (bijlage 1).

267 Artikel 6 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

268 Zie wat dit betreft ook artikel 27 Procedurebesluit, opgeheven bij artikel 18 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

neuropsychiatrie voor observatie en behandeling voor volwassenen (kenletter a(d)) en in een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen (kenletter k(d)), tijdens het tweede jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop het forfait betrekking heeft. Voor een ziekenhuis dat beschikt over een erkenning van een zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, wordt dat aantal plaatsen met zes plaatsen vermeerderd per in dat ziekenhuis erkende dienst daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt, als onderdeel van een erkenning van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, op 1 januari van het jaar waarin het instandhoudingsforfait wordt verleend;²⁶⁹

- OK-zalen in algemene of universitaire ziekenhuizen: het aantal weerhouden zalen op 1 juli van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop het forfait betrekking heeft;
- verloskwartier en N-functie in algemene of universitaire ziekenhuizen: het aantal verlossingen tijdens het tweede jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop het forfait betrekking heeft; en
- bunker in algemene of universitaire ziekenhuizen, voor zover het lineaire versnellers betreft: het aantal lineaire versnellers, zoals bekend bij het agentschap Zorg en Gezondheid, tijdens het tweede jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop het forfait betrekking heeft. De lineaire versnellers worden toegerekend aan de ziekenhuizen die beschikken over een erkenning voor die versnellers. In geval van een associatie van ziekenhuizen kunnen de lineaire versnellers binnen de associatie worden toegerekend aan een van de ziekenhuizen van de associatie, dat beschikt over een erkenning voor lineaire versnellers²⁷⁰.

De forfaits per bed, plaats of eenheid worden tevens verhoogd met een (in functie van de evolutie van het algemene rentepeil aanpasbare) forfaitaire intrestvergoeding van 10%²⁷¹ ter dekking van de intrestlasten (art. 10 Subsidiebesluit).

Ook wat het instandhoudingsforfait betreft, had de Raad van State vraagtekens bij de pertinentie van de onderdelen die in aanmerking worden genomen voor het instandhoudingsforfait en de bedragen die daaraan worden verbonden.²⁷²

Het instandhoudingsforfait wordt jaarlijks en automatisch (d.w.z. zonder specifieke aanvraagprocedure) aan een ziekenhuis toegekend en is de som van de geïndexeerde en met de forfaitaire intrestvergoeding verhoogde forfaits per bed, plaats of eenheid. Het instandhoudingsforfait wordt evenwel aangepast in functie van de wijziging van de bedden, plaatsen of eenheden van het ziekenhuis (art. 11 Subsidiebesluit).

De berekening van het jaarlijkse instandhoudingsforfait wordt door het VIPA bezorgd aan de exploitant van het ziekenhuis. Tegen deze berekening kan bezwaar aangetekend worden binnen 30 dagen na de ontvangst van de berekening. Indien er geen bezwaar wordt ingediend, wordt de aanvrager van rechtswege vermoed akkoord te gaan met de berekening van het instandhoudingsforfait (art. 28 Procedurebesluit).

269 Het aantal verantwoorde plaatsen dagziekenhuis per algemeen of universitair ziekenhuis wordt berekend volgens de formule weergegeven in voetnoot 201.

270 Voor de berekening van het instandhoudingsforfait voor het jaar 2017 wordt het aantal lineaire versnellers in aanmerking genomen tijdens het jaar 2016: artikel 9/1, §4 Subsidiebesluit.

271 Dit percentage werd bepaald op basis van de gewogen gemiddelde intrestvoeten en looptijden (1,5% voor leningen op 10 jaar en 2% voor leningen op 15 jaar): nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 7. De Raad van State had evenwel bedenkingen bij het toekennen van een intrestvergoeding: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

272 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

3.3.3 Correctie

Voor de ziekenhuizen met investeringslasten voor infrastructuur en medisch-technische diensten die gedekt worden door het KB BFM wordt voor de toekenning van het instandhoudingsforfait een correctie toegekend. Deze correctie gebeurt voor de bedragen die nog opgenomen zijn in het BFM en voor de VIPA-gebruikstoelagen die het ziekenhuis nog zou ontvangen. Het instandhoudingsforfait wordt bepaald door de som van de geïndexeerde forfaits per bed, plaats of eenheid en vervolgens verminderd met welbepaalde in het Subsidiebesluit opgenomen bedragen (bv. 33%²⁷³ van het bedrag voor de afschrijving van de lasten van opbouw, grote onderhoudswerken en herconditioneringswerken). Het verschil wordt verhoogd met een forfaitaire intrestvergoeding van 10%. Voor het UZ Gent werd een bijzondere regeling uitgewerkt *qua* bedragen die in mindering gebracht dienen te worden van de som van de forfaits per bed, plaats of eenheid.²⁷⁴ Het instandhoudingsforfait mag in elk geval niet lager zijn dan het bedrag (forfait) voor de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur voor de medische en niet-medische uitrusting, zoals bedoeld in het KB BFM (art. 12 Subsidiebesluit²⁷⁵).²⁷⁶ Ziekenhuizen ontvangen aldus concreet vanaf 1 januari 2017 geen forfait medisch, niet-medisch en rollend materieel meer via het BFM, maar wel een instandhoudingsforfait via het VIPA. Ingeval een ziekenhuis momenteel via het BFM op basis van reële afschrijvingen méér ontvangt dan het forfait,²⁷⁷ dan zal dit surplus verder via het BFM ontvangen worden.²⁷⁸

3.3.4 Toezicht en sancties

Het Procedurebesluit bevat enkele relevante controle- en sanctiebepalingen waaraan ook het instandhoudingsforfait onderhevig is. Zo is het tienjaarlijks toezicht op het vervullen van de verplichtingen voortvloeiend uit de basisziekenhuisopdracht van het ziekenhuis (art. 2, lid 3 Subsidiebesluit) ook van toepassing op het instandhoudingsforfait en omvat de eventuele afrekening die in het kader hiervan kan plaatsvinden ook het instandhoudingsforfait (art. 29). Hetzelfde geldt voor de hierbij aansluitende driejaarlijkse controle van de boekhouding van het ziekenhuis (art. 30) en voor de mogelijkheid om de investeringssubsidies, met inbegrip van het instandhoudingsforfait, terug te vorderen telkens daartoe aanleiding bestaat in het kader van de tienjaarlijkse of driejaarlijkse controle (art. 31, lid 1). De exploitant

273 De Raad van State stelde de vraag naar de verantwoording van dit percentage: advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3.

274 D.i. omdat het UZ Gent voorheen niet in aanmerking kwam voor VIPA-subsidies: nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 8.

275 Artikel 12 Subsidiebesluit werd gewijzigd bij artikel 7 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

276 Zie tevens artikel 9/1, §3 Subsidiebesluit, ingevoegd bij artikel 6 besluit van de Vlaamse regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

277 Zie artikel 29, §8 KB BFM, vervangen bij artikel 18, 2° Subsidiebesluit. Middels artikel 18 van het Subsidiebesluit worden verschillende onderdelen van artikel 29 KB BFM opgeheven of vervangen. In voormeld artikel 29 van het KB BFM wordt de berekeningswijze bepaald van de afschrijvingen van de medische en niet-medische uitrusting en het rollend materieel.

278 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, 10; omzendbrief aan de beheersinstanties van het ziekenhuis m.b.t. nieuw financieringssysteem infrastructuur ziekenhuizen.

van het ziekenhuis dient de nodige documenten, met inbegrip van de boekhouding, m.b.t. de verplichtingen voortvloeiend uit de basisziekenhuisopdracht, het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait ter beschikking te houden en op verzoek te bezorgen aan het VIPA (art. 32). De richtlijnen van het VIPA over de boekhoudkundige verwerking van de forfaits en de controle daarop, zijn ten slotte ook op het instandhoudingsforfait van toepassing.²⁷⁹

279 Boekhoudkundige verwerking instandhoudingsforfait en strategisch forfait, Controle in functie van VIPA & Vlaamse subsidieregeling, www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies#controle-staatssteun.

Hoofdstuk 3

Invloed van de Europese regelgeving

Auteurs: An Vijverman en Christophe Lemmens (advocaten-partners Dewallens & partners)

1 Synthese

Het Europees Stelsel voor de nationale en regionale rekeningen (ESR) en de gevolgen daarvan voor het opstellen van de overheidsrekeningen hebben duidelijk een belangrijke rol gespeeld bij de uitwerking van het nieuwe forfaitair subsidiesysteem. Het ESR (2010) is een internationaal compatibel boekhoudkundig raamwerk voor een systematische en uitvoerige beschrijving en beoordeling van een totale economie. De lidstaten moeten dit raamwerk gebruiken om hun nationale rekeningen op te stellen. Volgens dit raamwerk moeten investeringsbijdragen worden geregistreerd in de overheidsrekeningen op het moment dat de betaling verschuldigd is. Onder het vorige, alternatieve VIPA-financieringssysteem betekende deze regel volgens het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR) dat het volledige subsidiebedrag, ook al werd het verspreid in de tijd uitbetaald, meteen moest worden aangerekend op de begroting. Er werd namelijk van uitgegaan dat de ziekenhuizen onder dit systeem beschikten over een onvoorwaardelijke vordering voor een zeker bedrag. Onder het nieuw uitgewerkte forfaitair financieringssysteem hebben de ziekenhuizen daarentegen niet langer een onvoorwaardelijke vordering voor een zeker bedrag, maar wordt de vordering van de ziekenhuizen volgens het INR gekenmerkt door een voldoende voorwaardelijkheid, doordat de investeringsforfaits jaarlijks en voor onbepaalde duur worden toegekend en ze ook jaarlijks kunnen worden aangepast. Dit heeft belangrijke gevolgen op ESR-gebied, aangezien onder dit systeem enkel de jaarlijks uitbetaalde forfaits in de begroting moeten worden opgenomen.

Het verstrekken van investeringssubsidies doet daarnaast vragen rijzen vanuit het oogpunt van de staatssteunregels. Indien de voorwaarden om een maatregel als staatssteun aan te merken, worden toegepast op de subsidies verstrekt door het VIPA, dan blijkt dat deze subsidies wel degelijk als het verstrekken van staatssteun moeten worden beschouwd. De Vlaamse regering heeft dit zelf impliciet, maar zeker erkend door in artikel 2, lid 2 Subsidiebesluit op te nemen dat de subsidies worden verleend met inachtneming van het besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011 (DAEB-vrijstellingsbesluit). Een maatregel die onder dit besluit valt, maakt immers staatssteun uit, maar geniet een bijzonder regime: de steunmaatregel moet niet worden aangemeld bij de Europese Commissie en wordt verenigbaar met de interne markt geacht. De Raad van State heeft de voorwaarden van voormeld besluit uitvoerig onderzocht in verschillende adviezen en de Vlaamse regering heeft in navolging hiervan de tekst van de subsidiebesluiten herwerkt. Voornamelijk de voorwaarde dat er geen overcompensatie mag gebeuren (en dat een eventuele overcompensatie moet worden teruggevorderd), dient nauwlettend te worden opgevolgd. Bij het uitwerken van de parameters voor de compensatie dienen bijgevolg de openbaredienstverplichtingen/normen die op de ziekenhuizen rusten, centraal te staan, evenals de regel dat investeringskosten noodzakelijk moeten zijn voor de uitvoering van de dienst van algemeen economisch belang (DAEB).

Net zoals de Raad van State heeft opgemerkt, bestaat er een zeker spanningsveld tussen enerzijds de ESR-intentie van de Vlaamse regering en de gevolgen daarvan (forfaits die jaarlijks en voor onbepaalde duur worden toegekend en die jaarlijks aanpasbaar zijn) en anderzijds de toepassing van de staatssteunregels en het DAEB-vrijstellingsbesluit, op grond waarvan er o.a. geen overcompensatie mag gebeuren.

2 Europees stelsel voor nationale en regionale rekeningen (ESR)

2.1 Situering

In het advies van de Raad van State van 15 maart 2017 wordt bij de beschrijving van de strekking van het ontwerp van Subsidiebesluit opgemerkt dat o.m. om in overeenstemming te zijn met het ESR door de Vlaamse regering werd gekozen voor een jaarlijkse vergoeding die voor onbepaalde duur wordt toegekend, veeleer dan voor een eenmalige vergoeding, al dan niet gespreid over verscheidene jaren.²⁸⁰

Ook in het advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) van 12 mei 2017²⁸¹ is in dezelfde zin te lezen dat de Vlaamse regering middels de nieuwe subsidieregeling zoekt naar wegen om de grote investeringen in ziekenhuisinfrastructuur te laten passen in een begrotingsbeleid dat compatibel is met de ESR-regels, en dat de Vlaamse regering in het bijzonder wil vermijden dat de investering integraal in het ESR-vorderingssaldo moet worden geïntegreerd in het eerste jaar van de toekenning ervan. In andere documenten uitgaande van de Vlaamse overheid is dezelfde ESR-redenering terug te vinden.²⁸²

In voormeld advies van de Raad van State van 15 maart 2017 wordt, weliswaar in voetnoot, nog opgemerkt dat de gemachtigde van de Vlaamse regering heeft verklaard dat het nieuwe financieringsmodel niet (alleen) werd geïnstalleerd omwille van ESR-redenen. De gemachtigde verklaarde dat het rechtstreeks voorzien van investeringssubsidies in het verleden tot budgettaire ontsporing heeft geleid, aangezien ziekenhuizen vanuit de regelgeving werden gestimuleerd om bepaalde werken op te nemen die volledig door de overheid werden vergoed, ook al waren dit duurdere alternatieven of waren deze investeringen nog niet noodzakelijk.²⁸³

Uit deze adviezen, de verschillende nota's aan de leden van de Vlaamse regering en de door de gemachtigde van de Vlaamse regering afgelegde verklaringen blijkt in elk geval dat de toepassing van de ESR-regels een determinerende impact heeft gehad op de nieuwe subsidieregeling die door de Vlaamse regering tot stand werd gebracht door middel van het Subsidie- en Procedurebesluit. In wat volgt, wordt het belang van deze ESR-regels nader toegelicht.

2.2 Beschrijving van het ESR

2.2.1 Achtergrond

Overeenkomstig artikel 126 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) moeten de lidstaten buitensporige overheidstekorten vermijden.²⁸⁴ Op grond van het tweede lid van hetzelfde artikel ziet de Europese Commissie toe op de ontwikkeling van de begrotingssituatie en de omvang van de overheidsschuld in de lidstaten, teneinde aanzienlijke tekortkomingen vast te stellen.

280 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 3-4.

281 Advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) van 12 mei 2017 m.b.t. de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

282 Zie bv. de toelichting omtrent de verlaging van de ESR-impact inzake subsidiëring ziekenhuisinfrastructuur door de overstap naar een forfaitair subsidiesysteem; nota van het departement Financiën en Begroting m.b.t. de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur: vroeger en nu.

283 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 3-4, voetnoot 2.

284 Zie over het Europees budgettair en economisch beleid in het algemeen en de verschillende instrumenten die in het kader daarvan werden uitgewerkt: H. Matthijs, "Europese regelgeving en overheidsbegroting", NjW. 2012, 486-497.

Met name gaat de Europese Commissie op basis van de volgende twee criteria na of de hand wordt gehouden aan de begrotingsdiscipline: a) of de verhouding tussen het voorziene of feitelijke overheidstekort en het bruto binnenlands product (BBP) een bepaalde referentiewaarde (3%) overschrijdt en b) of de verhouding tussen de overheidsschuld en het BBP een bepaalde referentiewaarde (60%) overschrijdt.²⁸⁵

Op deze manier komt men tot de belangrijke begrippen ‘vorderingensaldo’ en ‘schuldgraad of schuldsaldo’ om de begrotingssituatie van een lidstaat te beoordelen. Het vorderingensaldo is hierbij gelijk aan het jaarlijkse begrotingsresultaat (overschot of tekort) van alle overheden binnen een lidstaat uitgedrukt in een percentage van het BBP, waarbij het overheidstekort conform het voorgaande maximaal 3% van het BBP mag bedragen. Het schuldsaldo is dan weer de uitdrukking van de totale overheidsschuld in een percentage van het BBP, waarbij de overheidsschuld maximaal 60% van het BBP mag bedragen.²⁸⁶

Door middel van Richtlijn 2011/85/EU van 8 november 2011 tot vaststelling van voorschriften voor de begrotingskaders van de lidstaten, worden in uitvoering van artikel 126, lid 14 VWEU gedetailleerde voorschriften vastgesteld voor de kenmerken van de begrotingskaders van de lidstaten. Deze voorschriften worden noodzakelijk geacht om te waarborgen dat de lidstaten de verplichting naleven om buitensporige overheidstekorten te vermijden.²⁸⁷ Op grond van artikel 3, lid 1 van voormelde richtlijn dienen de lidstaten over een stelsel voor overheidsboekhouding te beschikken dat volledig en coherent alle subsectoren van de overheid bestrijkt en dat de informatie bevat die nodig is voor het genereren van transactiegegevens in het kader van ESR 95²⁸⁸. De beschikbaarheid en kwaliteit van ESR 95-gegevens worden van essentieel belang geacht voor de uitoefening van het begrotingstoezicht.²⁸⁹

Intussen werd ESR 95, waarvan sprake, vervangen door ESR 2010. Het ESR 2010 neemt weliswaar de grondslagen en algemene principes van het ESR 95 over, maar bevat een aantal wijzingen om beter te beantwoorden aan de nieuwe economische omgeving en aan de veranderingen die de economieën hebben ondergaan.²⁹⁰ Het ESR 2010 werd opgenomen in de Europese Verordening 549/2013 van 21 mei 2013 betreffende het Europees systeem van nationale en regionale rekeningen in de Europese Unie (EU)²⁹¹. De nieuwe ESR-regels moesten voor het eerst worden toegepast op de gegevens die met ingang van 1 september 2014 door de lidstaten moesten worden ingediend.²⁹²

285 Artikel 1 protocol nr. 12 betreffende de procedure bij buitensporige tekorten, Pb.C. 26 oktober 2012, afl. 326, 279. Zie voorts de verordening (EG) nr. 479/2009 van de Raad van 25 mei 2009 betreffende de toepassing van het aan het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap gehechte Protocol betreffende de procedure bij buitensporige tekorten, Pb.L. 10 juni 2009, afl. 145, p. 1.

286 Bv. H. Matthijs, “Europese regelgeving en overheidsbegroting”, *NjW*. 2012, 495, voetnoot 95; J. Debievre, “De impact van het Europees Stelsel der Rekeningen 1995 op het inzetten van autonome gemeentebedrijven voor vastgoedinvesteringen en het verband met het leerstuk der inbesteding bij overheidsopdrachten”, *T.Gem.* 2009, 87, voetnoot 13.

287 Artikel 1 richtlijn 2011/85/EU van de Raad van 8 november 2011 tot vaststelling van voorschriften voor de begrotingskaders van de lidstaten, Pb.L. 23 november 2011, afl. 306, p. 41.

288 Verordening (EG) Nr. 2223/96 van de Raad van 25 juni 1996 inzake het Europees systeem van nationale en regionale rekeningen in de Gemeenschap, Pb.L. 30 november 1996, afl. 310, p. 1.

289 Inleidende considerans 7 richtlijn 2011/85/EU van de Raad van 8 november 2011 tot vaststelling van voorschriften voor de begrotingskaders van de lidstaten, Pb.L. 23 november 2011, afl. 306, p. 41.

290 Zie hierover: Eurostat, *Manual on the changes between ESA 95 and ESA 2010*, 2014, 79 p.; Eurostat, *Manual on government deficit and debt. Implementation of ESA 2010*, 2016, 443 p.

291 Pb.L. 26 juni 2013, afl. 174, p. 1.

292 Artikel 5, lid 1 verordening 549/2013 van 21 mei 2013 betreffende het Europees systeem van nationale en regionale rekeningen in de Europese Unie, Pb.L. 26 juni 2013, afl. 174, p. 1.

Het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR)²⁹³ is in België belast met het opstellen van de nationale rekeningen in het kader van het ESR. Het INR is een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid, die, in samenwerking met de Nationale Bank van België (NBB), het Federaal Planbureau en de Algemene Directie Statistiek (Statbel), verantwoordelijk is voor de opmaak van economische statistieken, analyses en vooruitzichten, o.a. dus de nationale rekeningen.²⁹⁴

Het ESR 2010 verplicht de lidstaten niet om ook voor de eigen begrotingsbehoeften de rekeningen overeenkomstig het ESR 2010 op te stellen.²⁹⁵ Het ESR blijkt evenwel toch een belangrijke rol te spelen voor het begrotingssysteem in België. Het begrotingssysteem in België is gebaseerd op verschillende regelgevende teksten, waarin ook de voormelde Richtlijn 2011/85/EU van 8 november 2011 werd geïmplementeerd.²⁹⁶ In het kader hiervan kan worden gewezen op het KB van 10 november 2009 tot vaststelling van het boekhoudplan van toepassing op de federale Staat en op de gemeenschappen, de gewesten en de gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.²⁹⁷ In het verslag aan de Koning bij het voormelde KB is te lezen dat het uitgewerkte boekhoudkundig systeem werd geïnspireerd op dezelfde ESR-regels. Zo ook was in artikel 51 Vlaams Decreet van 8 juli 2011 houdende regeling van de begroting, de boekhouding, de toekenning van subsidies en de controle op de aanwending ervan, en de controle door het Rekenhof,²⁹⁸ bepaald dat uiterlijk op 15 april volgend op het boekjaar waarop de gegevens betrekking hebben, een geconsolideerde rekening wordt opgesteld overeenkomstig het ESR voor alle Vlaamse rechtspersonen die ondergebracht worden onder de sectorale code 13.12, rubriek “deelstaatoverheid” van het ESR (*cf. infra*). Tot deze sector behoort o.m. het VIPA.²⁹⁹ Nu bepaalt artikel 44, lid 1 van de Vlaamse Codex Overheidsfinanciën dat de Vlaamse regering de rekeningen van de entiteiten van de Vlaamse deelstaatoverheid consolideert tot een geconsolideerde rekening, d.i. de geconsolideerde rekening van de Vlaamse deelstaatoverheid die conform de ESR-verordening is opgesteld³⁰⁰.

2.2.2 Doel

In de inleidende consideransen bij de Europese Verordening 549/2013 wordt verduidelijkt dat de beleidsvorming in de EU en het toezicht op de economieën van de lidstaten en op de economische en monetaire Unie (EMU) vergelijkbare, actuele en betrouwbare informatie vereisen over de structuur van de economie en de ontwikkeling van de economische situatie in iedere lidstaat of regio. Er is nood aan economische rekeningen als basisinstrument voor de analyse van de economische situatie van een lidstaat of regio. Deze rekeningen moeten worden opgesteld op basis van dezelfde, niet voor verschillende uitleg vatbare, beginselen, en de verstrekte informatie moet zo nauwkeurig, volledig en tijdig mogelijk zijn om

293 inr-icn.fgov.be.

294 Artikelen 107 en 108 wet van 21 december 1994 houdende sociale en diverse bepalingen, BS 23 december 1994.

295 Artikel 1, lid 4 verordening 549/2013 van 21 mei 2013 betreffende het Europees systeem van nationale en regionale rekeningen in de Europese Unie, Pb.L. 26 juni 2013, afl. 174, p. 1.

296 Wet van 22 mei 2003 houdende organisatie van de begroting en van de comptabiliteit van de federale Staat, BS 3 juli 2003; wet van 16 mei 2003 tot vaststelling van de algemene bepalingen die gelden voor de begrotingen, de controle op de subsidies en voor de boekhouding van de gemeenschappen en de gewesten, alsook voor de organisatie van de controle door het Rekenhof, BS 25 juni 2003.

297 BS 11 december 2009.

298 BS 5 augustus 2011, opgeheven bij artikel 183, 2° decreet van 29 maart 2019 houdende de Vlaamse Codex Overheidsfinanciën, BS 29 mei 2019.

299 Zie de lijst van publieke eenheden op de website van het INR (<https://inr-icn.fgov.be/nl/publicatie/nationale-en-regionale-rekeningen>).

300 Artikel 2, 8° en 10° decreet van 29 maart 2019 houdende de Vlaamse Codex Overheidsfinanciën, BS 29 mei 2019.

een maximale transparantie in alle sectoren te waarborgen.³⁰¹ Het ESR is de Europese versie van het Stelsel van Nationale Rekeningen (SNR) dat opgesteld is onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de Verenigde Naties, het IMF, de Wereldbank, de OESO en de Europese Commissie.³⁰²

De voormelde verordening bevat de methoden m.b.t. de gemeenschappelijke normen, definities, classificaties en registratieregels die moeten worden gebruikt voor de opstelling van rekeningen, tabellen en resultaten. Bijlage B bevat een programma waarin de termijnen zijn vastgelegd waarbinnen de lidstaten de rekeningen en tabellen bij de Commissie (Eurostat) moeten indienen.³⁰³

Het ESR 2010 wordt in Bijlage A omschreven als een internationaal compatibel boekhoudkundig raamwerk voor een systematische en uitvoerige beschrijving van een totale economie (een regio, land of groep van landen), de elementen waaruit deze economie is opgebouwd en haar betrekkingen met andere totale economieën (1.01). Het ESR-kader kan worden gebruikt voor analyse en beoordeling van de structuur van een totale economie, specifieke delen of aspecten van een economie, de ontwikkeling van een economie in de loop van de tijd en van een totale economie in vergelijking met andere economieën (1.18). De cijfers uit het ESR-kader spelen een belangrijke rol bij de vorming van en het toezicht op het sociale en economische beleid van de EU en haar lidstaten (1.19). De kenmerken van het ESR bestaan erin dat de rekeningen: a) internationaal compatibel zijn, b) geharmoniseerd zijn met andere systemen voor sociale economische statistieken, c) onderling samenhangend zijn, d) operationeel zijn, wat betekent dat zij in de praktijk kunnen worden gemeten, e) afwijken van de meeste administratieve begrippen, f) duurzaam en onveranderlijk zijn gedurende een lange periode, g) gericht zijn op het beschrijven van het economische proces in monetaire en gemakkelijk waarneembare grootheden en h) in verschillende situaties en voor verschillende doeleinden bruikbaar zijn (1.20).

2.2.3 Sectorkwalificatie

Volgens het ESR dient er een indeling naar sector te gebeuren. Door deze presentatie naar sector worden veel belangrijke meetwaarden voor economisch- en begrotingsbeleid aangereikt. Er worden sectorrekeningen gecreëerd door institutionele eenheden³⁰⁴ in 5 binnenlandse institutionele sectoren onder te brengen, zodat transacties en saldi van de rekeningen naar (sub)sector kunnen worden gepresenteerd. Deze sectoren zijn: a) niet-financiële vennootschappen³⁰⁵, b) financiële instellingen³⁰⁶, c)

301 Inleidende consideransen 1 en 3.

302 Inleidende consideransen 6 en 7; Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. ESR 2010. Het nieuwe referentiekader voor de nationale rekeningen, 2014, 7.

303 Artikel 1, lid 2 verordening 549/2013 van 21 mei 2013 betreffende het Europees systeem van nationale en regionale rekeningen in de Europese Unie, Pb.L. 26 juni 2013, afl. 174, p. 1.

304 Institutionele eenheden zijn economische entiteiten die zelfstandig goederen en activa kunnen bezitten, verplichtingen kunnen aangaan en economische activiteiten en transacties met andere eenheden kunnen verrichten (1.57). Zie ook 2.01. en 2.12.

305 De sector niet-financiële vennootschappen (S.11) bestaat uit institutionele eenheden met eigen rechtspersoonlijkheid die marktproducent zijn en van wie de hoofdactiviteit bestaat in de productie van goederen en niet-financiële diensten (2.45).

306 De sector financiële instellingen (S.12) bestaat uit institutionele eenheden met eigen rechtspersoonlijkheid die marktproducent zijn en van wie de hoofdactiviteit bestaat in de productie van financiële diensten (2.55).

overheid³⁰⁷, d) huishoudens³⁰⁸ en e) instellingen zonder winstoogmerk (izw's) ten behoeve van huishoudens³⁰⁹. Deze sectoren vormen samen de totale binnenlandse economie, waarbij er nog een verdere onderverdeling is in subsectoren. De sector overheid is bv. opgedeeld in 4 subsectoren (2.113): a) centrale overheid (S.1311)³¹⁰, b) deelstaatoverheid (S.1312)³¹¹, c) lagere overheid (S.1313)³¹² en d) socialezekerheidsfondsen (S.1314)³¹³. Daarnaast is er nog een zesde institutionele sector, die van het buitenland³¹⁴, waarin de transacties worden weergegeven tussen niet-ingezeten eenheden met de binnenlandse sectoren (1.34, 1.57 en 2.31 e.v.).

De indeling in sectoren gebeurt a.d.h.v. het type producent en de hoofdactiviteit, het al dan niet bestaan van zeggenschap van de overheid en het al dan niet zijn van marktproducent (2.33 en 2.34). Zeggenschap wordt gedefinieerd als de bevoegdheid om het algemene beleid of programma van een institutionele eenheid te bepalen (1.36). De overheid heeft zeggenschap over een onderneming op grond van een speciale wet, besluit of verordening waarbij de overheid wordt gemachtigd het ondernemingsbeleid te bepalen. Het bestaan van speciale regelgeving is een indicator wijzend op zeggenschap (2.38). Voor instellingen zonder winstoogmerk met eigen rechtspersoonlijkheid wordt o.a. rekening gehouden met de mate van financiering (2.39). Een enkele indicator kan hierbij reeds volstaan om zeggenschap aan te nemen (2.38 en 2.39). De publieke sector bestaat uit alle in de economie ingezeten institutionele eenheden waarover de overheid zeggenschap heeft. De particuliere sector bestaat uit de overige ingezeten eenheden (1.35).

-
- 307 De sector overheid (S.13) bestaat uit institutionele eenheden die niet-marktproducenten zijn waarvan de output voor individueel of collectief verbruik is bestemd, en die worden gefinancierd uit verplichte betalingen door eenheden die tot andere sectoren behoren, en institutionele eenheden die zich in hoofdzaak bezighouden met de herverdeling van het nationale inkomen en vermogen (2.111). Het gaat bv. om instellingen zonder winstoogmerk met eigen rechtspersoonlijkheid die niet-marktproducent zijn en waarover de overheid zeggenschap heeft (2.112, c)).
- 308 De sector huishoudens (S.14) bestaat uit personen of groepen van personen in hun hoedanigheid van consument en personen of groepen van personen die als ondernemer goederen en al dan niet financiële diensten voor de markt produceren (marktproducenten), voor zover de goederen en diensten niet worden geproduceerd door afzonderlijke entiteiten die als quasi vennootschap worden aangemerkt. Deze sector omvat ook personen of groepen van personen die als producent uitsluitend voor eigen finaal gebruik goederen en niet-financiële diensten voortbrengen (2.118).
- 309 De sector instellingen zonder winstoogmerk (izw's) ten behoeve van huishoudens (S.15) bestaat uit izw's met rechtspersoonlijkheid die werken ten behoeve van huishoudens en die particuliere niet-marktproducent zijn. De voornaamste middelen van deze instellingen zijn vrijwillige bijdragen, in geld of in natura, van huishoudens in hun hoedanigheid van consument, betalingen door de overheid en inkomen uit vermogen (2.129).
- 310 De subsector centrale overheid omvat alle bestuursinstellingen van de staat en andere centrale organen waarvan de bevoegdheid zich gewoonlijk over het gehele economische gebied uitstrekt, met uitzondering van socialezekerheidsfondsen (2.114).
- 311 De subsector deelstaatoverheid (S.1312) bestaat uit die typen van bestuursinstellingen die afzonderlijke institutionele eenheden zijn en die bepaalde overheidsfuncties, met uitzondering van het beheer van sociale zekerheidsfondsen, uitoefenen op een lager niveau dan de centrale overheid en op een hoger niveau dan de institutionele eenheden van de lagere overheid (2.115).
- 312 De subsector lagere overheid (S.1313) omvat de instellingen van openbaar bestuur waarvan de bevoegdheid zich slechts tot een lokaal gedeelte van het economische gebied uitstrekt, met uitzondering van de plaatselijke instellingen van socialezekerheidsfondsen (2.116).
- 313 De subsector socialezekerheidsfondsen (S.1314) omvat de institutionele eenheden op centraal, deelstaat- en lokaal niveau waarvan de hoofdactiviteit bestaat in het verstrekken van sociale uitkeringen en die aan bepaalde criteria voldoen (2.117).
- 314 Onder de sector buitenland (S.2) wordt een groep eenheden verstaan die niet worden gekenmerkt door hun functie of inkomensbron. Het omvat niet-ingezeten eenheden, voor zover deze transacties plegen met ingezeten institutionele eenheden of andere economische banden hebben met ingezeten eenheden. De buitenlandrekeningen geven een overzicht van de economische betrekkingen tussen de nationale economie en het buitenland. De instellingen van de EU en internationale organisaties behoren ook hiertoe (2.131).

Het al dan niet zijn van marktproducent en het onderscheid tussen markt- en niet-marktactiviteiten is van groot belang voor de sectorindeling. Een entiteit in handen van de overheid die een marktgerichte vennootschap blijkt te zijn, wordt in de sector vennootschappen ingedeeld en niet in de sector overheid. Op die manier maken de tekorten en schulden van de vennootschap geen deel uit van het tekort en de schuld van de overheid (1.34). Overheidsproducenten die marktproducent zijn, worden dan ingedeeld in de sector van de niet-financiële vennootschappen. Overheidsproducenten die geen marktproducent zijn, worden dan weer ingedeeld in de sector overheid (3.37). Voor het onderscheid tussen markt en niet-markt en bijgevolg, voor entiteiten van de publieke sector, de indeling ervan in de sector overheid of in de sector vennootschappen, wordt een activiteit als marktactiviteit beschouwd wanneer de desbetreffende goederen en diensten onder de volgende voorwaarden worden verhandeld: 1) verkopers streven naar winstmaximalisatie op lange termijn en verkopen daartoe vrijwillig op de markt goederen en diensten aan wie bereid is de gevraagde prijs te betalen, 2) kopers streven, rekening houdend met hun schaarse middelen, naar nutsmaximalisatie door zich bij hun aankopen te laten leiden door de vraag welke producten tegen de aangeboden prijs het best aan hun behoeften voldoen en 3) van een effectieve markt is sprake wanneer verkopers en kopers toegang tot en informatie over de markt hebben (1.37).

Instellingen zonder winstoogmerk met eigen rechtspersoonlijkheid worden ingedeeld in de sector van de niet-financiële vennootschappen (S.11) indien zij marktproducent zijn en hun hoofdfunctie bestaat in de productie van goederen en niet-financiële diensten. Zij worden ingedeeld in de sector overheid (S.13) indien zij geen marktproducent zijn, maar overheidsproducent zijn waarover de overheid zeggenschap heeft. Zij worden ten slotte ingedeeld in de sector instellingen zonder winstoogmerk t.b.v. huishoudens (S.15) indien zij particulier producent zijn (2.140).

Wat de classificatie van de Belgische ziekenhuizen in een van de vermelde sectoren betreft, heeft Eurostat het INR per brief van 5 april 2016³¹⁵ laten weten dat het van mening is dat de Belgische ziekenhuizen moeten worden ingedeeld in de sector van de overheid (S.13) en dus niet langer in de sector van de niet-financiële vennootschappen (S.11), zoals voorheen het geval was onder het ESR 95³¹⁶. Eurostat was hierbij van oordeel dat de ziekenhuizen onder de controle van de overheid staan. Hiervoor wordt verwezen naar de bepalingen van de Ziekenhuiswet –o.a. de erkennings- en programmatienormen, prijsbepalingen en de publieke financiering van de werking en infrastructuur van de ziekenhuizen–, waaruit blijkt dat de ziekenhuissector sterk gereguleerd is. De ziekenhuizen hebben hierdoor volgens Eurostat geen beslissingsautonomie m.b.t. hun basisfuncties, omdat de toestemming van de overheid nodig is voor alle belangrijke beslissingen. Ook over de marktgerichtheid van de ziekenhuizen heeft Eurostat twijfels en er is volgens Eurostat evenmin een echte mededinging met private ziekenhuizen³¹⁷. Deze herkwalificatie houdt in dat de tekorten en schulden van de ziekenhuizen worden beschouwd als tekorten en schulden van de overheid, maar Eurostat verwacht door deze herkwalificatie geen relevante impact op het overheidstekort. Ook het INR zou volgens deze brief van Eurostat hebben erkend dat de ziekenhuizen behoren tot de overheidssector indien de ESR-voorwaarden strikt worden geïnterpreteerd.

315 Ref. Ares(2016)1603550 – 05/04/2016. Voor een algemene toelichting bij de sectorclassificatie van ziekenhuizen: Eurostat, Manual on government deficit and debt. Implementation of ESA 2010, 2016, 34-36.

316 Bv. Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. Rekeningen van de overheid 2014, 2015, 110. Zie ook de classificatie in de lijst van publieke eenheden op de website van het INR (<https://inr-icn.fgov.be/nl/publicatie/nationale-en-regionale-rekeningen>).

317 Volgens Eurostat zijn alle Belgische ziekenhuizen, zowel die in publieke als die in private handen, in het kader van het ESR (20.309) te beschouwen als ‘publieke ziekenhuizen’ en zijn er in België geen private ziekenhuizen in de zin van het ESR.

Het INR heeft weliswaar bezwaar aangetekend tegen de classificatie van ‘vrij georganiseerde instellingen’ als instellingen die tot de sector overheid behoren en heeft de classificatie verder besproken met Eurostat. Indien de ziekenhuizen toch zouden moeten worden ingedeeld in de sector van de overheid, dan zou het INR er bovendien voor kiezen om de ziekenhuizen in te delen in de subsector van de sociale zekerheid.³¹⁸

Bij de bekendmaking van de nationale rekeningen 2015 is in het verslag van het INR te lezen dat Eurostat een voorbehoud heeft gemaakt t.a.v. de sectorclassificatie van de ziekenhuizen. De sectorclassificatie van de ziekenhuizen werd echter niet gewijzigd door het INR. De potentiële impact van een herkwalificatie zou hoe dan ook beperkt zijn (een toename van de overheidsschuld met minder dan 0,3% BBP).³¹⁹ Hetzelfde is te lezen in het verslag bij de nationale rekeningen 2016.³²⁰ In het verslag bij de nationale rekeningen 2017 wordt evenwel gemeld dat Eurostat in april 2018 heeft aangekondigd dat het geen voorbehoud meer zou maken m.b.t. de kwaliteit van de door België meegedeelde gegevens over de sectorale classificatie van ziekenhuizen in afwachting van de resultaten van lopende raadplegingen op EU-niveau.³²¹

2.2.4 Subsidies en bijdragen

Subsidies worden gedefinieerd als betalingen ‘om niet’ die door de overheid of de instellingen van de EU worden gedaan aan ingezeten producenten (4.30). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen productgebonden en niet-productgebonden subsidies (4.32). Investeringsbijdragen worden daarentegen niet als subsidies aangemerkt (4.38, c)).

Investeringsbijdragen (D.92) omvatten kapitaaloverdrachten in geld of in natura van de overheid of het buitenland aan andere ingezeten of niet-ingezeten institutionele eenheden ter volledige of gedeeltelijke financiering van de aankoop van vaste activa (4.152). Ze omvatten zowel eenmalige betalingen voor de financiering van investeringen in dezelfde periode, als in de tijd gespreide betalingen die betrekking hebben op investeringen die in een vorige periode hebben plaatsgevonden. Het deel van de jaarlijkse betalingen van de overheid aan ondernemingen dat betrekking heeft op de aflossing van schulden die de ondernemingen zijn aangegaan voor de uitvoering van investeringsprojecten van de overheid, worden behandeld als investeringsbijdragen (4.155). Tot de investeringsbijdragen behoren geen door de overheid toegekende rentesubsidies. Het overnemen van een gedeelte van de rentelast door de overheid vormt een inkomensverdelingstransactie. Wanneer een bijdrage echter terzelfdertijd betrekking heeft op de financiering van de aflossing van de aangegane schuld en op de betaling van de rente op het geleende kapitaal en het niet mogelijk is om beide elementen te scheiden, dan wordt de totale bijdrage geregistreerd als investeringsbijdrage (4.156). Investeringsbijdragen in geld worden geregistreerd op het moment dat de betaling verschuldigd is. Investeringsbijdragen in natura worden geregistreerd op het moment dat de eigendom van de activa wordt overgedragen (4.162).

318 Toelichting omtrent de verlaging van de ESR-impact inzake subsidiëring ziekenhuisinfrastructuur door de overstap naar een forfaitair subsidiesysteem.

319 Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. Rekeningen van de overheid 2015, 2016, 3.

320 Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. Rekeningen van de overheid 2016, 2017, 3.

321 Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. Rekeningen van de overheid 2017, 2018, 3.

2.3 Gevolgen voor investeringssubsidies

2.3.1 Alternatieve VIPA-financiering

De investeringssubsidies die werden toegekend onder het subsidiesysteem zoals dat bestond vóór de zesde staatshervorming werden door het INR sinds 2014, en het ESR 2010, beschouwd als onvoorwaardelijke investeringsbijdragen. De ziekenhuizen hadden onder dit vorige systeem t.o.v. de overheid een onvoorwaardelijke vordering voor een zeker bedrag. De alternatieve financiering door het VIPA was namelijk economisch te herleiden tot het in de tijd spreiden van de klassieke investeringssubsidie die in één keer wordt uitbetaald. Zowel voor de overheid als voor de ziekenhuizen was het, ondanks de gespreide betaling, in feite bij voorbaat duidelijk welke subsidie voor een bepaalde investering zou worden betaald resp. ontvangen. Volgens het INR was het dan ook zo dat het volledige bedrag aan in de toekomst te betalen subsidies ESR-matig in één keer op de begroting diende te worden aangerekend op het moment dat de overheid zich voor het eerst engageerde.³²² Vóór 2014 nam het INR aan dat enkel de jaarlijkse investeringssubsidies een invloed hadden op het vorderingensaldo van de Vlaamse Gemeenschap.³²³

Het standpunt van het INR luidt sinds 2014 meer bepaald als volgt:³²⁴

“In het ESR moeten investeringsbijdragen worden geboekt op het ogenblik waarop de verplichting tot betaling ontstaat. Voor de meeste investeringsbijdragen valt dit ogenblik samen met de verwezenlijking van het onderliggende investeringsproject.

In België geeft een reeks situaties aanleiding tot het gebruik van voorwaardelijke investeringsbijdragen, die een deel van de schuldaflossing dekte van de partij die de investering deed. Het peil van de investeringsbijdragen op jaarbasis kan afhankelijk zijn van een parameter als de bezettingsgraad van de activa. Het voorwaardelijk karakter van deze bijdragen is als argument gebruikt om de registratie ervan in de overheidsrekeningen te spreiden in de tijd. Daarbij moet worden opgemerkt dat het voorwaardelijk karakter bijzonder zwak is in de bij het INR bekende gevallen. Een geringe voorwaardelijkheid stemt in de economische realiteit de facto overeen met een verplichting tot betaling door de overheid zodra de onderliggende investering is gerealiseerd, wat betekent dat de volledige investeringsbijdrage (ongerekend rentesubsidie) dan moet worden geregistreerd, met een negatieve invloed op het financieringssaldo en de registratie van een overgenomen schuld. De nadien door de overheid verrichte jaarlijkse betalingen worden dan gesplitst tussen afschrijving van de geboekte schuld en rentebetalingen. De vermindering van de jaarlijkse betaling als gevolg van het niet-ervuld zijn van sommige voorwaarden voor de verlening, moet worden geboekt als een door de overheid te innen kapitaaloverdracht tijdens het boekjaar waarin de vermindering wordt vastgesteld.

Opdat het al dan niet vervuld zijn van verschillende criteria in verband met het gebruik van de activa een rol speelt voor het moment waarop deze bijdragen worden geboekt, dienen de voorwaarden zeer strikt te

322 Toelichting omtrent de verlaging van de ESR-impact inzake subsidiëring ziekenhuisinfrastructuur door de overstap naar een forfaitair subsidiesysteem; nota van het departement Financiën en Begroting m.b.t. de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur: vroeger en nu, p. 7; advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) van 12 mei 2017 m.b.t. de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen; Vr. en antw. Vlaams Parlement, 13 juni 2016, vr. nr. 306 P. Van Rompuy.

323 Advies van het INR van 20 april 2010 m.b.t. de alternatieve investeringssubsidies voor de zorgsector door het VIPA.

324 Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. ESR 2010. Het nieuwe referentiekader voor de nationale rekeningen, 2014, 49. Zie ook: Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. Rekeningen van de overheid 2013, 2014, 115; Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR), Nationale rekeningen. Rekeningen van de overheid 2014, 2015, 110.

worden geformuleerd. Als duidelijk blijkt dat de overheid meer dan 50 % van de schuldendienst voor haar rekening neemt, lijkt het economisch correcter de schuld bij de overheid te boeken op het ogenblik waarop het recht voor het eerst wordt vastgesteld. Daarenboven moet worden opgemerkt dat indien deze bijdragen gekoppeld zijn aan de verstrekking van garanties, betoogd kan worden dat, zelfs als de verlening van investeringsbijdragen in hoge mate voorwaardelijk is, een gedeelte van de schuld kan worden gedragen door de overheid, aangezien andere interventies dan productgebonden subsidies worden toegekend.

De dossiers die door deze verandering worden beïnvloed, zijn de financiering van de infrastructuur van de sociale sector door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) van de Vlaamse Gemeenschap, alsook de delen A1 en A3 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen ten laste van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)."

2.3.2 Betalingen door de federale overheid conform de Bijzondere Financieringswet

Sinds de zesde staatshervorming moeten de investeringssubsidies die worden uitbetaald door de federale overheid met toepassing van de Bijzondere Financieringswet³²⁵ ook worden opgenomen in de rekeningen van de Vlaamse overheid. Volgens het INR treedt de federale overheid hierbij immers enkel op als 'technische operator' om betalingen uit te voeren voor rekening van de gemeenschappen. De Vlaamse overheid dient dan ook te worden beschouwd als de werkelijke principaal van de transacties. Dit betekent volgens het INR dat de ontvangsten en uitgaven die de operatoren verrichten voor rekening van de deelgebieden dienen te worden geregistreerd op transactiebasis onder de correcte economische codes uitsluitend in de rekeningen van de deelgebieden zelf en niet in de rekeningen van de operatoren. In de overheidsrekeningen wordt het voor de hele periode te betalen bedrag (exclusief interest gedeelte) in zijn geheel aangerekend op het ogenblik dat de bijdrage verschuldigd wordt; dit is in vele gevallen ook het eerste jaar van de tussenkomst.³²⁶

2.3.3 Forfaitaire financiering

2.3.3.1 Investeringsforfaits

De Vlaamse Gemeenschap heeft op 18 november 2016 advies gevraagd aan het INR m.b.t. de aanrekening in de overheidsrekeningen van een nieuw financieringsmodel voor de ziekenhuizen d.m.v. de toekenning van een instandhoudingsforfait en een strategisch forfait.

Het INR heeft vervolgens de kenmerken van de ontworpen forfaitaire financieringsregeling onderzocht en op 16 januari 2017 een advies uitgebracht. Volgens het INR moeten de investeringsforfaits worden beschouwd als 'investeringsbijdragen' en investeringsbijdragen moeten in de regel worden geregistreerd wanneer de 'betalingsverplichting' ontstaat en de bedragen 'zeker' zijn, ongeacht het betalingschema daarvan. Het INR komt vervolgens evenwel tot de conclusie dat de forfaitaire financiering ESR-neutraal is, d.w.z. dat de subsidiëring neutraal is voor de schuldpositie van de Vlaamse overheid. Het INR baseert zich hiervoor op de vaststellingen dat de forfaits jaarlijks en voor onbepaalde duur worden toegekend en dat de

325 Artikel 47/9, §4 bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, BS 17 januari 1989.

326 Advies van het INR van 22 juni 2015 m.b.t. de aanrekening van de financiering van de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen. Zie bijlage A, hoofdstuk 1, punt 1.78 verordening 549/2013 van 21 mei 2013 betreffende het Europees systeem van nationale en regionale rekeningen in de Europese Unie, Pb.L. 26 juni 2013, afl. 174, p. 1.

bedragen van de forfaits ook jaarlijks kunnen worden aangepast door de Vlaamse regering. Daardoor ontstaat er volgens het INR in ESR-termen een ‘voldoende voorwaardenlijkheden’ van de vorderingen van de ziekenhuizen t.o.v. de Vlaamse overheid of ‘geen onvoorwaardelijke betalingsverplichting’ t.a.v. de ziekenhuizen voor de Vlaamse overheid. De betalingen kunnen dan over de verschillende jaren worden gespreid en dienen in de overheidsrekeningen pas te worden geregistreerd op het ogenblik dat zij officieel vaststaan voor elke periode of jaar.

Het INR verwoordt het voorgaande als volgt:

“In het beschreven systeem voor de ziekenhuizen kan de regelgever (in casu de Vlaamse Regering) te allen tijde de bedragen wijzigen en worden de forfaits toegekend voor een onbepaalde duur, waardoor in ESR-termen geen onvoorwaardelijke betalingsverplichting ontstaat voor de tegemoetkoming in de investeringen van de ziekenhuizen, zelfs wanneer de instap in het zorgstrategisch forfait gekoppeld is aan een investering, waarvan het totale bedrag met zekerheid vaststaat. Met andere woorden, het feit dat de Vlaamse Regering de jaarlijkse betalingen elk jaar goedkeurt, kan wijzigen en zelfs kan stopzetten genereert een voldoende voorwaardenlijkheden zodat de betalingen over de jaren gespreid kunnen worden en zij in de overheidsrekeningen dienen te worden geregistreerd op het moment dat zij officieel vaststaan voor elke periode (jaar).

Zowel het instandhoudingsforfait als het zorgstrategisch forfait omvatten interestvergoedingen waarvan de Vlaamse Regering de hoogte in de loop van de jaren kan aanpassen, rekening houdend met de evolutie van de rentevoeten.

Het overnemen van een gedeelte van de rentelast door de overheid vormt een inkomensverdelingstransactie (met name een niet-productgebonden subsidie D.39) ook al hebben zij de stimulering van investeringen ten doel (ESR 4.156 en ESR 4.37). Subsidies (D.3) worden geregistreerd op het moment waarop de transactie of de gebeurtenis (productieproces, verkoop, invoer enz.) die aanleiding geeft tot de subsidie, plaatsvindt (ESR 4.39). In het geval van interestsubsidies is dus het verlopen van de interest waarvoor de overheid tegemoetkomt tijdens de beschouwde periode (jaar), wat een jaarlijkse registratie in de overheidsrekeningen impliceert.

Wanneer een bijdrage echter terzelfder tijd betrekking heeft op de financiering van de aflossing van de aangegane schuld en op de betaling van de rente op het geleende kapitaal en het niet mogelijk is beide elementen te scheiden, wordt de totale bijdrage geregistreerd als investeringsbijdrage (ESR 4.156 en ESR 4.37).”

In de verschillende nota’s aan de leden van de Vlaamse regering wordt hieruit afgeleid dat de ESR-weerslag van de forfaitregeling gelijk is aan de budgettaire weerslag zoals berekend door de Vlaamse regering.³²⁷ Enkel de jaarlijks uitbetaalde forfaits zullen ESR-matig worden aangerekend.³²⁸ Of m.a.w. de ESR-kosten en de kaskosten zijn volgens het departement Financiën en Begroting van de Vlaamse overheid aan elkaar

327 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het voorontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Principiële goedkeuring voor advies Raad van State, p. 10; bisnota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het voorontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Tweede principiële goedkeuring voor advies Raad van State, p. 13; nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, p. 13.

328 Toelichting omtrent de verlaging van de ESR-impact inzake subsidiëring ziekenhuisinfrastructuur door de overstap naar een forfaitair subsidiesysteem.

gelijk, wat de budgettaire opvolgbaarheid en transparantie inzake de financieringsbehoeften ten goede komt.³²⁹

De Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) heeft in zijn advies van 12 mei 2017³³⁰ geadviseerd dat het werken met forfaits aanvaardbaar is als hiermee het beoogde ESR-effect verzekerd is. Indien dit niet het geval zou zijn, dan adviseerde de SARWGG om het bestaande (lees: het vorige) financieringssysteem te behouden en te optimaliseren. De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) adviseerde in dezelfde zin in een advies van 9 mei 2017.³³¹

2.3.3.2 Investeringswaarborgen

In voetnoot 3 van het voormelde advies van het INR van 16 januari 2017 merkt het INR nog op dat het verlenen van ‘overheidsgaranties of –waarborgen’ aan de ziekenhuizen daarentegen niet als ESR-neutraal kan worden beschouwd, omdat de ziekenhuizen tevens in sterke mate (in)direct worden gefinancierd door de verschillende overheden. Het verlenen van garanties zou met zich meebrengen dat het gegarandeerde deel van de schulden op de balans van de Vlaamse overheid zou moeten worden ingeschreven:

“Het toekennen van overheidsgaranties aan de ziekenhuizen die in sterke mate (in)direct worden gefinancierd door de diverse Belgische overheden en waarvoor er sterke indicaties zijn dat deze eenheden zonder deze tussenkomsten niet zelf kunnen instaan voor de terugbetaling van hun schuld, maakt dat het gegarandeerde deel van deze schuld op de balans van de overheid dient te worden geregistreerd. Het is immers zo dat enkel door de verstrekte tussenkomsten wordt voorkomen dat de garantie wordt ingeroepen. De schuldovername gebeurt volledig volgens de algemene bepalingen in hoofdstuk VII.4.2.1.1 van de MGDD³³² dat bepaalt dat de tegenboeking van de schuldovername geregistreerd wordt als een kapitaaltransfer D.99 van de overheid aan, in dit geval, de ziekenhuizen.

Het toekennen van garanties aan de betrokken ziekenhuizen zal bijgevolg zowel een impact hebben op de schuld als op het vorderingensaldo van de Vlaamse Gemeenschap, ongeacht in welk stadium dat dit gebeurt.”

Het is op basis van dit advies en de ESR-gevolgen van het verlenen van waarborgen dat de Vlaamse regering heeft besloten om door het VIPA geen waarborgen meer te verlenen aan de ziekenhuizen.³³³ In de huidige subsidieregeling is dan ook niet voorzien in de mogelijkheid om investeringswaarborgen toe te kennen. Dit was wel het geval in de VIPA-regeling zoals die vóór de zesde staatshervorming van kracht was (*cf. supra*).

329 Nota van het departement Financiën en Begroting m.b.t. de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur: vroeger en nu, p. 7.

330 Advies van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) van 12 mei 2017 m.b.t. de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

331 Advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) van 9 mei 2017.

332 Manual on Government Deficit and Debt (MGDD).

333 Zie de referenties in voetnoot 48.

2.4 Boekhoudkundige verwerking door de ziekenhuizen

De ziekenhuizen die investeringssubsidies ontvangen vanwege het VIPA zijn gehouden aan de boekhoudkundige regels en verplichtingen opgenomen in de artikelen 83 t.e.m. 85 Ziekenhuiswet³³⁴ en de in uitvoering daarvan genomen besluiten³³⁵.

Op grond van artikel 30, lid 2 Procedurebesluit moeten bovendien, met behoud van de toepassing van artikel 83 t.e.m. 85 Ziekenhuiswet, de inkomsten en kosten m.b.t. investeringen in infrastructuur noodzakelijk voor de uitvoering van de verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht van het erkende ziekenhuis 'transparant afgezonderd worden in de boekhouding' van het ziekenhuis.

Ten slotte kan nog worden gewezen op het advies van de Commissie van Boekhoudkundige normen (CBN)³³⁶ van 13 maart 2019 m.b.t. de boekhoudkundige verwerking van het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait.³³⁷ In dit advies neemt de CBN het standpunt in dat de boeking van de forfaits slechts kan plaatsvinden op het ogenblik dat het bedrag van de forfaits wordt vastgelegd. Bij de goedkeuring van het masterplan kan er geen sprake zijn van het boeken van een vordering op het VIPA wegens het ontbreken van enige vaste verbintenis vanwege de subsidiërende overheid. Daarnaast is de CBN van oordeel dat de forfaits niet als een kapitaalsubsidie kunnen worden geboekt, aangezien deze subsidies worden toegekend voor de jaarlijkse werking van het ziekenhuis en voor de dekking van de kosten die dit met zich meebrengt. De subsidies worden volgens de CBN niet toegekend met het oog op het verwerven van investeringsgoederen, maar beogen een compensatie voor de kosten die verband houden met de uitvoering van de verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht van het erkende ziekenhuis overeenkomstig de toepasselijke federale en gemeenschapsregelgeving (art. 2 Subsidiebesluit). De CBN stelt daarom voor om, op het ogenblik dat het bedrag van de forfaits wordt vastgelegd, de forfaits te boeken op de 'rekening 737 Exploitatiesubsidies'.

Inmiddels werd in de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen (MARZ) in de klasse 7 'opbrengsten', meer bepaald de 'andere bedrijfsopbrengsten', een nieuwe rekening 741

334 Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008

335 KB van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, BS 1 september 1987; KB van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen, BS 29 juni 2007. In artikel 1 van voormeld KB van 19 juni 2007 wordt bepaald dat, onverminderd de toepassing van andere bijzondere wettelijke of reglementaire bepalingen, boek 3 van het KB van 29 april 2019 tot uitvoering van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen (BS 30 april 2019) van toepassing is op de ziekenhuizen.

336 www.cbn-cnc.be/nl/adviezen/ziekenhuisfinanciering-de-boekhoudkundige-verwerking-van-het-instandhoudingsforfait-en-0.

337 Zie ook m.b.t. het alternatief subsidiëringssysteem van 2006: CBN-advies 2009/3 van 11 februari 2009 - Boekhoudkundige verwerking van kapitaalsubsidies waarvan de toekenning en/of de uitbetaling over verschillende jaren wordt gespreid.

gecreëerd voor de ‘forfaitaire financiering van de infrastructuur door de deelstaat’.³³⁸ Ook heeft het VIPA richtlijnen uitgebracht over de boekhoudkundige verwerking van de forfaits en de controle daarop.³³⁹

3 Staatssteun

3.1 Infrastructuursubsidies als staatssteun

3.1.1 Principieel verbod en voorwaarden van staatssteun

De artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU)³⁴⁰ zetten de regels uiteen die bij het toekennen van staatssteun moeten worden gevolgd. De inachtneming van die regels waarborgt dat de mededinging niet door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties wordt vervalst of dreigt te worden vervalst.³⁴¹

Op grond van artikel 107, lid 1 VWEU zijn steunmaatregelen van de staten of in welke vorm ook met staatsmiddelen bekostigd, die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties vervalsen of dreigen te vervalsen, onverenigbaar met de interne markt, voor zover deze steun het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt.

Volgens de vaste rechtspraak van het Europees Hof van Justitie³⁴² maakt een maatregel staatssteun uit in de zin van artikel 107, lid 1 VWEU wanneer de volgende voorwaarden cumulatief³⁴³ zijn vervuld: in de eerste plaats moet het gaan om een maatregel van de staat of met staatsmiddelen bekostigd; in de tweede plaats moet deze maatregel het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig kunnen beïnvloeden; in de derde plaats moet de maatregel de begunstigde een voordeel verschaffen, en in de vierde plaats moet hij de mededinging vervalsen of dreigen te vervalsen.

De beoordeling van deze voorwaarden dient te gebeuren aan de hand van de feitelijke en juridische omstandigheden van de zaak en van de context waarin de betrokken maatregel werd genomen.³⁴⁴

338 Bijlage 1 bij het KB van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, BS 1 september 1987, hersteld bij artikel 2, 7° KB van 29 juli 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, BS 9 augustus 2019. Zie ook het eerdere advies in die zin van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 november 2018 betreffende de wijziging van de besluiten betreffende het minimum gestandaardiseerd boekhoudkundig plan van de ziekenhuizen en de jaarrekeningen, nr. FRZV/D/485-3, 7-8.

339 Boekhoudkundige verwerking instandhoudingsforfait en strategisch forfait, Controle in functie van VIPA & Vlaamse subsidieregelgeving, www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies#controle-staatssteun.

340 Pb.C. 26 oktober 2012, afl. 326, 47.

341 GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.11.2.

342 Bv. HvJ 10 juni 2010, C-140/09, Fallimento Traghetti del Mediterraneo, ro. 31; HvJ 29 maart 2012, C-417/10, 3M Italia, ro. 37; HvJ 8 mei 2013, C-197/11 en C-203/11, Libert e.a., ro. 74; HvJ 21 december 2016, C-76/15, Vervloet e.a., ro. 89. Zie ook GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.13.1.1. en B.13.1.3.

343 M. Peeters en V. Dehaeck, “Art. 107 VWEU”, in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 19; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 82.

344 P. De Bandt en J. Dewispelaere, “Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico’s? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie”, RW 2017-18, 46.

Indien niet voldaan is aan al deze voorwaarden, dan is er geen sprake van staatssteun.³⁴⁵ Het moet wel worden gezegd dat deze voorwaarden in de rechtspraak van het Hof van Justitie, zoals hierna ook zal blijken, doorgaans zeer ruim worden geïnterpreteerd,³⁴⁶ zodat er relatief snel sprake zal zijn van staatssteun.

In wat volgt, worden de vermelde voorwaarden verder toegelicht en wordt vervolgens telkens nagegaan of de infrastructuursubsidies toegekend door het VIPA al dan niet beantwoorden aan deze voorwaarden.

3.1.2 Eerste voorwaarde: maatregel van de staat of met staatsmiddelen bekostigd

Het lidstatelijk karakter van steunmaatregelen wordt beoordeeld aan de hand van twee cumulatieve voorwaarden: enerzijds moeten de steunmaatregelen aan de staat kunnen worden toegerekend en anderzijds moeten de maatregelen een extra last voor de staat betekenen. Deze voorwaarden worden vaak samen behandeld, omdat zij beide betrekking hebben op de publieke herkomst van de betrokken maatregel.³⁴⁷

Het moet hierbij niet noodzakelijk gaan om een rechtstreekse transfer van overheidsmiddelen. Het volstaat dat de voordelen zijdelings met staatsmiddelen worden bekostigd of een extra last voor de staat met zich brengen.³⁴⁸ Niet alleen steun die rechtstreeks wordt verleend door de overheid komt in aanmerking, maar ook steun afkomstig van publiekrechtelijke of privaatrechtelijke beheersorganen ingesteld of aangewezen door de overheid om de maatregel waarmee een voordeel wordt verleend, te beheren.³⁴⁹ Anders zou de overheid de regels m.b.t. staatssteun kunnen omzeilen door een autonome instantie op te richten die belast is met de verdeling van steun.³⁵⁰ Indien een ondergeschikt of aangesteld orgaan de steun toekent, dan dient dit orgaan wel onder de controle van de lidstaat te staan opdat de beslissing aan de lidstaat kan worden toegerekend.³⁵¹ Staatsmiddelen omvatten alzo alle overheidsmiddelen, ook de middelen van lichamen binnen de staat (gedecentraliseerd, federatief, regionaal of andere).³⁵²

345 M. Peeters en V. Dehaeck, "Art. 107 VWEU", in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 19.

346 A. Coates en M. Peeters, "Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg", in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 167.

347 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip "staatssteun" in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 38, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; M. Peeters en V. Dehaeck, "Art. 107 VWEU", in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 19-23.

348 P. De Bandt en J. Dewispelaere, "Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico's? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie", *RW* 2017-18, 47.

349 HvJ 30 januari 1985, nr. 290/83, Commissie t. Frankrijk, ro. 14; A. Coates en M. Peeters, "Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg", in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 168.

350 HvJ 16 mei 2002, C-482/99, Stardust Marine, ro. 23.

351 HvJ 18 mei 2017, C-150/16, Fondul Proprietatea SA, ro. 20.

352 HvJ 14 oktober 1987, C-248/84, Duitsland t. Europese Commissie, ro. 17; mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip "staatssteun" in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 39 e.v., Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 128, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68; T. Bruyninckx, "Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht", *NjW* 2016, 607; F. Louckx, "Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang", in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet

Het behoort tot de kerntaken van het VIPA om, ‘binnen de gespecificeerde machtigingen vermeld in het begrotingsdecreet’, de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen ten laste te nemen.³⁵³ Het VIPA wordt hoofdzakelijk gefinancierd door middel van dotaties.³⁵⁴ In artikel 2 Procedurebesluit is voorts bepaald dat het VIPA ‘binnen de beschikbare begrotingskredieten’ een strategisch forfait en instandhoudingsforfait kan toekennen. De financiering van investeringen door het VIPA impliceert bijgevolg een extra financiële last voor de Vlaamse Gemeenschap. Rekening houdend met het feit dat alle overheidsmiddelen als staatsmiddelen worden beschouwd, ook de middelen afkomstig van regionale of lokale overheden, dienen de subsidies uitgekeerd door het VIPA op basis hiervan te worden gekwalificeerd als een steunmaatregel bekostigd met overheidsmiddelen.³⁵⁵

Het VIPA werd weliswaar omgevormd tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid³⁵⁶ en heeft een operationele autonomie, maar is nog steeds onderworpen aan het gezag van de Vlaamse regering³⁵⁷. Het is de Vlaamse regering die de werking en het beheer van het VIPA bepaalt.³⁵⁸ Het hoofd van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is belast met de algemene leiding, de werking, het beheer en de vertegenwoordiging van het VIPA.³⁵⁹

Het systeem van de toekenning van infrastructuursubsidies door het VIPA wordt bovendien ingesteld en vorm gegeven door de Vlaamse regering door middel van het Subsidie- en Procedurebesluit. Om in aanmerking te komen voor een strategisch forfait bv. dient de aanvrager overeenkomstig artikel 7, lid 1

(eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's*, Brugge, die Keure, 2007, 367-368.

- 353 Artikelen 5 en 6, lid 1, 1°/1 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.
- 354 Artikel 13, §1, 1° decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.
- 355 F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's*, Brugge, die Keure, 2007, 369-370; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 268.
- 356 Artikel 3, lid 1 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.
- 357 Artikel III.4, §1 Bestuursdecreet, BS 19 december 2018. De Vlaamse regering kan bovendien een afwijking toestaan op het principe van de operationele autonomie: artikel 3, lid 2 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.
- 358 Artikel 11 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.
- 359 Artikelen 3, lid 2 en 11 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006; artikel 1 besluit van de Vlaamse Regering van 18 juli 2008 tot regeling van de algemene leiding, de werking, het beheer en de vertegenwoordiging van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, BS 30 oktober 2008.

Procedurebesluit te beschikken over een door de minister goedgekeurd masterplan en over een akkoord strategisch forfait, eveneens van de minister. Finaal zal het aldus aan de minister zijn om telkens te beslissen over de toekenning van een strategisch forfait en zal het VIPA die beslissing enkel voorbereiden en uitvoeren.

Het VIPA kan dan ook worden beschouwd als een orgaan dat werd opgericht en aangewezen door de Vlaamse overheid om investeringssubsidies toe te kennen en dat nog steeds onder de controle of het gezag van die overheid staat, zodat het VIPA in feite optreedt als het financieringsinstrument van de Vlaamse overheid en de subsidies toegekend door het VIPA ook kunnen worden toegerekend aan de staat. De rechtspositie van het VIPA en de invloed van de Vlaamse regering ondersteunen de conclusie dat het gaat om een maatregel bekostigd met staatsmiddelen.³⁶⁰

3.1.3 Tweede en vierde voorwaarde: ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer tussen de lidstaten en vervalsing van de mededinging

De tweede en vierde voorwaarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en worden doorgaans gezamenlijk beoordeeld.³⁶¹

De invulling van beide voorwaarden gebeurt ook hier doorgaans vrij ruim.³⁶² Er moet geenszins sprake zijn van een werkelijke beïnvloeding van het handelsverkeer of een werkelijke vervalsing van de mededinging.³⁶³ Een ‘potentiële’ invloed van een maatregel op de concurrentiepositie van de ondernemingen in de betrokken sector volstaat reeds.³⁶⁴ Het eventuele feit dat het steunbedrag gering is of de steunontvanger een lokale entiteit is, sluit niet *ipso facto* uit dat de mededinging wordt verstoord of dreigt te worden vervalst.³⁶⁵ Opdat er sprake zou zijn van een vervalsing van de mededinging is het

360 F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 370-373.

361 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 186, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 380; M. Peeters en V. Dehaeck, “Art. 107 VWEU”, in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 46.

362 P. De Bandt en J. Dewispelaere, “Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico’s? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie”, RW 2017-18, 48; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 82.

363 HvJ 15 december 2005, nr. C-148/04, Unicredito Italiano, ro. 54; HvJ 10 januari 2006, nr. C-222/04, Cassa di Risparmio di Firenze e.a., ro. 140; HvJ 8 mei 2013, C-197/11 en C-203/11, Libert e.a., ro. 76; T. Bruyninckx, “Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht”, NjW 2016, 607-608.

364 M. Peeters en V. Dehaeck, “Art. 107 VWEU”, in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 44-46 (de invloed moet wel aannemelijk zijn en niet louter hypothetisch). Zie ook besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 135-136, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68.

365 HvJ 24 juli 2003, C-280/00, Altmark Trans GmbH, ro. 81. De de-minimisregelingen (cfr. infra) nuanceren dit echter: A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 169.

voldoende dat een voordeel wordt verleend aan een onderneming die met andere ondernemingen concurreert op markten die voor concurrentie openstaan.³⁶⁶ Het feit dat een bepaalde activiteit een lokaal of regionaal karakter heeft, sluit evenmin *a priori* uit dat het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig wordt beïnvloed.³⁶⁷ Een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer tussen de lidstaten bestaat wanneer de concurrentiepositie van een onderneming wordt versterkt ten opzichte van andere concurrerende ondernemingen in het handelsverkeer door deze onderneming een economisch voordeel te geven dat zij anders bij de normale bedrijfsuitoefening niet zou hebben gekregen.³⁶⁸

De voorwaarde van de ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer tussen de lidstaten voegt wel een grensoverschrijdend element toe.³⁶⁹ Het is in dat verband evenwel niet noodzakelijk dat de begunstigde onderneming zelf aan het intracommunautaire of grensoverschrijdend handelsverkeer deelneemt. Immers, wanneer een lidstaat steun toekent aan een onderneming, kan de binnenlandse activiteit in stand blijven of stijgen, met als gevolg dat de kansen van in andere lidstaten gevestigde ondernemingen om in die lidstaat op de markt te komen, afnemen. Bovendien kan de versterking van een onderneming die voordien niet deelnam aan het intracommunautaire handelsverkeer, haar in een situatie brengen waardoor zij de markt van een andere lidstaat kan betreden.³⁷⁰

De Europese Commissie kwam in het verleden weliswaar in verschillende specifieke aangelegenheden tot het besluit dat overheidssteun het handelsverkeer tussen de lidstaten niet ongunstig kon beïnvloeden. Het ging hierbij ook om ziekenhuizen die de gebruikelijke medische diensten, en soms zelfs meer gespecialiseerde diensten, voor een uitsluitend of hoofdzakelijk lokale bevolking aanboden en die waarschijnlijk geen klanten of investeringen uit andere lidstaten aantrokken. De steun die deze ziekenhuizen ontvingen, werd bijgevolg niet als staatssteun aangemerkt. In dezelfde zin is de Europese Commissie van oordeel dat het weinig waarschijnlijk is dat het bouwen van lokale zorgvoorzieningen die

366 M. Peeters en V. Dehaeck, "Art. 107 VWEU", in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 44.

367 HvJ 24 juli 2003, C-280/00, Altmark Trans GmbH, ro. 77-78; mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 39, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4.

368 HvJ 17 september 1980, nr. 730/79, Philip Morris, ro. 11; HvJ 14 januari 2015, C-518/13, Eventech, ro. 65-69; mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip "staatssteun" in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 187 e.v., Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; F. Louckx, "Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang", in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's*, Brugge, die Keure, 2007, 379-383.

369 M. Peeters en V. Dehaeck, "Art. 107 VWEU", in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 46-47.

370 HvJ 15 december 2005, nr. C-148/04, Unicredito Italiano, ro. 58; HvJ 10 januari 2006, nr. C-222/04, Cassa di Risparmio di Firenze e.a., ro. 143; HvJ 8 mei 2013, C-197/11 en C-203/11, Libert e.a., ro. 78; HvJ 14 januari 2015, C-518/13, Eventech, ro. 67; mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip "staatssteun" in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 191, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 38, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4; besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 134, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68; F. Louckx, "Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang", in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's*, Brugge, die Keure, 2007, 382.

hoofdzakelijk lokale gebruikers bedienen en waarvan de effecten op grensoverschrijdende investeringen marginaal zijn, het handelsverkeer ongunstig beïnvloeden.³⁷¹

Het zou echter verkeerd zijn om zomaar uit de voormelde besluiten van de Commissie af te leiden dat de subsidies toegekend door het VIPA aan de Vlaamse ziekenhuizen ook zuiver lokale steun uitmaken zonder beïnvloeding van het handelsverkeer tussen de lidstaten en aldus buiten de toepassing van de staatssteunregels zouden vallen, zelfs rekening houdend met het feit dat de gesubsidieerde investeringen moeten passen binnen de ‘programmatie’. Het staat namelijk vast dat de hier bedoelde voorwaarden in de rechtspraak van het Hof van Justitie zeer soepel worden geïnterpreteerd, zodat een (potentiële) ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer of vervalsing van de mededinging al snel wordt aangenomen.³⁷² Zelfs wanneer een ziekenhuis zelf niet deelneemt aan het interstatelijk handelsverkeer, dan nog zal haar binnenlandse positie door het ontvangen van investeringssubsidies worden verstrekt in die zin dat ze in stand kan blijven of stijgen.³⁷³ De besluiten van de Commissie waarin het zuiver lokaal karakter van een maatregel wel werd aanvaard, hadden telkenmale betrekking op specifieke maatregelen van een veeleer beperkte financiële omvang, terwijl het VIPA subsidies toekent aan alle erkende Vlaamse ziekenhuizen, en dit zelfs voor onbepaalde duur, en de totale omvang van de toegekende subsidies aanzienlijk zal zijn.

Bovendien is er wel degelijk meer en meer sprake van grensoverschrijdende gezondheidszorg en patiëntenmobiliteit, zodat een beïnvloeding van het interstatelijk handelsverkeer bij het toekennen van subsidies aan een Vlaams ziekenhuis sneller zal worden aangenomen. Deze ontwikkelingen hebben bv. geleid tot het aannemen van een Europese richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.³⁷⁴ Hierbij aansluitend is het zo dat de gezondheidszorg in België tot de top van de gezondheidszorg in Europa behoort,³⁷⁵ waardoor buitenlandse patiënten hier kunnen worden aangetrokken en een beïnvloeding van het interstatelijk handelsverkeer dichterbij komt.

Zo heeft de Europese Commissie n.a.v. de financiering van de Brusselse IRIS-ziekenhuizen recent geoordeeld dat de sector van de gezondheidszorg in het algemeen en de door de ziekenhuizen verstrekte intramurale gezondheidszorg in het bijzonder onder het handelsverkeer binnen de Unie vallen en dat dit handelsverkeer ongunstig kan worden beïnvloed.³⁷⁶

371 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 197, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1, met de verwijzingen in voetnoot 288 naar de besluiten die de Commissie in het verleden in die zin heeft genomen en ro. 210; mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 40, met de verwijzingen in voetnoot 2, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4.

372 A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 223-224.

373 F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 383-387; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 268.

374 Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, Pb.L. 4 april 2011, afl. 88, 45.

375 Health Consumer Powerhouse, *Euro health consumer index 2018, 2019*, 90 p.

376 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 139, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68.

De Commissie voegde eraan toe dat er tussen ziekenhuizen en andere gezondheidszorgverstrekkers en -voorzieningen bovendien een zekere mate van mededinging bestaat, zodat ook de mededinging kan worden vervalst.³⁷⁷

De subsidies die door het VIPA worden toegekend, kunnen bijgevolg het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloeden en de mededinging vervalsen, zodat voldaan is aan de tweede en vierde voorwaarden om staatssteun aan te nemen.

3.1.4 Derde voorwaarde: verschaffen van een voordeel

De derde en laatst te bespreken voorwaarde houdt in dat de steunmaatregel een ‘voordeel’ moet verschaffen aan ‘bepaalde ondernemingen of bepaalde producties’.

Het toekennen van steun aan een entiteit kan in de eerste plaats slechts worden aangemerkt als staatssteun, voor zover deze entiteit een ‘onderneming’ is.³⁷⁸ Het begrip ‘onderneming’ wordt hierbij op een functionele wijze ingevuld als elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd³⁷⁹. Onder economische activiteit wordt iedere activiteit verstaan bestaande in het aanbieden van goederen of diensten op een bepaalde markt.³⁸⁰ Een activiteit zal haar economisch karakter niet verliezen door de loutere vaststelling dat geen winstoogmerk wordt nagestreefd.³⁸¹ Evenmin is de privaat- of publiekrechtelijke aard van de gesteunde entiteit van belang om een bepaalde activiteit al dan niet als economisch te kwalificeren, noch de rentabiliteit van de activiteit.³⁸² Het loutere gegeven dat openbardienstverplichtingen (*cf. infra*) gepaard gaan met de uitoefening van een activiteit en dat deze activiteit daarmee minder concurrerend is dan een vergelijkbare activiteit van andere ondernemingen die niet door dezelfde verplichtingen gebonden zijn, is ten slotte ook geen beletsel om die activiteit als economische activiteit te beschouwen.³⁸³

377 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 132, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68.

378 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 107, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68.

379 HvJ 23 april 1991, nr. C-41/90, Hoefner en Elser, ro. 21; HvJ, 23 maart 2006, C-237/04, Enirisorse SpA, ro. 28; T. Bruyninckx, “Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht”, *NjW* 2016, 607.

380 HvJ, 1 juli 2008, C-49/07, Motoe, ro. 22.

381 M. Peeters en V. Dehaeck, “Art. 107 VWEU”, in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 23, 25 en 26. Bv. HvJ 16 november 1995, C-244/94, Fédération française des sociétés d’assurance, ro. 21.

382 HvJ 19 december 2012, C-288/11, Mitteldeutsche Flughafen AG en Flughafen Leipzig-Halle GmbH t. Europese Commissie, ro. 50; mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 7-12, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 9 en 11, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4; A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 171-172 en 220.

383 HvJ, 25 oktober 2001, C-475/99, Ambulanz Glöckner, ro. 21; GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.13.1.2.; D. Fornaciari, S. Callens en W. Devroe, “Mededinging in de gezondheidszorg”, *NjW* 2009, 51; F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 303-305 en 366-367.

Wat een economische activiteit is, is onderhevig aan evolutie en kan dus veranderen.³⁸⁴ Zo werd de overheidsfinanciering van infrastructuurvoorzieningen aanvankelijk geacht niet onder de staatssteunregels te vallen, omdat de bouw en de exploitatie ervan als algemene maatregelen van het overheidsbeleid werden gezien en niet als een economische activiteit.³⁸⁵ Later werd evenwel geoordeeld dat het al dan niet economische karakter van de latere exploitatie van de infrastructuur ook het al dan niet economische karakter van de infrastructuur zelf bepaalt.³⁸⁶ De financiering van infrastructuur zal dan ook onder de staatssteunregels vallen, voor zover daarmee kosten worden gedekt die met de uitoefening van economische activiteiten verband houden.³⁸⁷

Gelet op het voorgaande dienen ziekenhuizen als ondernemingen te worden beschouwd, aangezien zij op duurzame wijze een economische activiteit nastreven en op zelfstandige wijze en tegen betaling producten en/of diensten aanbieden op de markt. Het feit dat zij geen winstoogmerk voorstellen en/of subsidies krijgen, doet hieraan geen afbreuk.³⁸⁸ Ziekenhuizen worden overigens ook als ‘ondernemingen’ beschouwd in de zin van het Belgische Wetboek Economisch Recht.³⁸⁹

Het Hof van Justitie³⁹⁰ en de Europese Commissie³⁹¹ oordeelden al in dezelfde zin: ziekenhuizen bieden hun diensten aan tegen betaling, hetzij rechtstreeks door patiënten, hetzij door hun verzekering en er speelt een zekere mate van concurrentie tussen ziekenhuizen wat het aanbieden van zorgdiensten betreft, zodat ziekenhuizen een economische activiteit uitoefenen.

Opdat een maatregel als staatssteun zou kunnen worden beschouwd, dient er bovendien sprake te zijn van een zekere selectiviteit van de maatregel. Er moet een voordeel worden toegekend aan bepaalde

384 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 13, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 12, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4.

385 P. De Bandt en J. Dewispelaere, “Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico’s? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie”, RW 2017-18, 48-49.

386 HvJ 19 december 2012, C-288/11, Mitteldeutsche Flughafen AG en Flughafen Leipzig-Halle GmbH t. Europese Commissie, ro. 44.

387 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 201 e.v., Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1.

388 S. Callens, “Ziekenhuizen en mededinging(srecht)”, T.Ge. 2010-11, 215; D. Fornaciari, S. Callens en W. Devroe, “Mededinging in de gezondheidszorg”, NJW 2009, 52; D. Fornaciari, De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt, Brugge, die Keure, 2011, 121-122; verslag T. Merckx-Van Goey en S. Claes van 6 februari 2008 m.b.t. de gedachteswisseling over de studie ‘Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang’, Parl.St. Vlaams Parlement 2007-08, nr. 1538/1, 6 (uiteenzetting van F. Louckx); F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s, Brugge, die Keure, 2007, p. 303 e.v.; A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?, Brugge, die Keure, 2011, 220-221.

389 Artikel I.1, lid 1, 1°, b Wetboek Economisch Recht (iedere rechtspersoon is een onderneming).

390 HvJ 12 juli 2001, C-157/99, Smits en Peerbooms, ro. 53-58.

391 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 108, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68; mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 26, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 24, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4.

ondernemingen, categorieën van ondernemingen of bepaalde economische sectoren.³⁹² Het zal geen verrassing zijn dat ook deze voorwaarde ruim wordt geïnterpreteerd. Bij het toekennen van een subsidie of een ander voordeel aan een bepaalde onderneming of sector, en niet aan andere ondernemingen of sectoren, zal er reeds sprake zijn van een selectieve steunmaatregel.³⁹³ Het feit dat een groot aantal ondernemingen van de maatregel kan genieten, neemt niet weg dat er sprake kan zijn van selectiviteit.³⁹⁴ Het feit dat de steun niet voor een of meer bijzondere en vooraf aangewezen begunstigen is bedoeld, maar met toepassing van een aantal objectieve criteria en binnen een vooraf bepaald globaal budget aan een onbepaald aantal begunstigen kan worden verleend die niet tevoren zijn geïndividualiseerd, volstaat evenmin om het selectieve karakter van de maatregel te ontkennen.³⁹⁵

Ook in dit verband heeft de Europese Commissie reeds geoordeeld dat de financiering toegekend aan de Brusselse IRIS-ziekenhuizen, met uitsluiting van andere gezondheidszorgverleners en marktdeelnemers die tot andere activiteitensectoren behoren, een maatregel is met een selectief karakter.³⁹⁶

Hetzelfde geldt dan ook logischerwijze voor het toekennen van subsidies/forfaits aan ‘erkende ziekenhuizen’ (art. 2 Subsidiebesluit en art. 2 Procedurebesluit), met uitsluiting van alle andere verstrekkers van gezondheidszorg en marktdeelnemers in andere sectoren.³⁹⁷

Vervolgens dienen de subsidies die aan de ziekenhuizen worden toegekend, nog te worden beschouwd als het verschaffen van een voordeel. Het begrip ‘voordeel’ komt een ruime betekenis toe. In dat verband heeft het Hof van Justitie in herinnering gebracht dat het begrip ‘steun’ niet alleen positieve prestaties, zoals met name subsidies, leningen of deelnames in het kapitaal van ondernemingen, omvat, maar ook maatregelen die, in verschillende vormen, de lasten verlichten die *normaliter* op het budget van een onderneming drukken en daardoor –zonder nog subsidies in de strikte zin van het woord te zijn– van gelijke aard zijn en tot identieke gevolgen leiden als de vermelde positieve prestaties.³⁹⁸ Ook het verlenen van ‘garanties’

392 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 117, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1.

393 P. De Bandt en J. Dewispelaere, “Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico’s? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie”, RW 2017-18, 47; M. Peeters en V. Dehaeck, “Art. 107 VWEU”, in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2018, 30.

394 A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?, Brugge, die Keure, 2011, 168.

395 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 118, Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1.

396 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 127, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68. Zie ook: beslissing van de Europese Commissie van 27 februari 2002 - steunmaatregel nr. N 543/2001, Fiscale afschrijving voor ziekenhuizen.

397 F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuieren en V. Vervliet (eds.), Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s, Brugge, die Keure, 2007, 378-380; D. Fornaciari, De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt, Brugge, die Keure, 2011, 268.

398 HvJ, 8 mei 2003, C-328/99, Italië t. Commissie, ro. 35; GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.13.1.3.; T. Bruyninckx, “Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht”, NjW 2016, 608; M. Peeters en V. Dehaeck, “Art. 107 VWEU”, in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer, Mechelen, Kluwer, 2018, 24 en 35; F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuieren en V. Vervliet (eds.), Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s, Brugge, die Keure, 2007, 373-374.

zonder dat daarvoor een marktconforme prijs wordt betaald, kan als een voordeel worden beschouwd.³⁹⁹ Als algemene vuistregel geldt dat er sprake is van staatssteun in geval van maatregelen die, in welke vorm ook, ondernemingen rechtstreeks of indirect kunnen bevoordelen of die moeten worden beschouwd als een economisch voordeel dat de begunstigde onderneming onder normale marktvoorwaarden niet zou hebben verkregen.⁴⁰⁰ Van een voordeel is geen sprake indien de overheid bij het toekennen van een vergoeding voor het leveren van een bepaalde prestatie heeft gehandeld zoals een ‘normale’ marktdeelnemer in een markteconomie in vergelijkbare omstandigheden had gedaan.⁴⁰¹

Ondanks het feit dat de door het VIPA toegekende subsidies beperkt zijn en onderhevig zijn aan voorwaarden, staat daartegenover geen adequate economisch waardeerbare tegenprestatie van de ziekenhuizen. Het toekennen van subsidies houdt in ieder geval een lastenverlichting in voor de ziekenhuizen, en dus een begunstiging. Een normale marktdeelnemer in een markteconomie zou geen subsidies toekennen zonder economische tegenprestatie.⁴⁰²

3.1.5 Conclusie: de investeringsforfaits verleend door het VIPA zijn staatssteun

Uit de bovenstaande analyse volgt dat de investeringsforfaits die door het VIPA worden verleend aan erkende ziekenhuizen overeenkomstig de Subsidie- en Procedurebesluiten van de Vlaamse regering voldoen aan alle voorwaarden van artikel 107, lid 1 VWEU en daarmee staatssteun uitmaken, d.w.z. dat ze in beginsel onverenigbaar zijn met de interne markt. Ook in het verleden werd in de literatuur overigens reeds vastgesteld dat de betoelaging door het VIPA, zoals dat vóór de zesde staatshervorming gebeurde, onder de ruime invulling van het begrip ‘staatssteun’ valt.⁴⁰³

399 Mededeling 2008/C 155/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de artikelen 87 en 88 van het EG-Verdrag op staatssteun in de vorm van garanties, Pb.C. 20 juni 2008, afl. 155, 10.

400 HvJ 30 maart 2006, C-451/03, Servizi Ausiliari Dottori Commercialisti Srl, ro. 59; HvJ 8 mei 2013, C-197/11 en C-203/11, Libert e.a., ro. 83; HvJ 11 juli 1996, C-39/94, Syndicat français de l'Express international (SFEI) e.a., ro. 60; T. Bruyninckx, “Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht”, NjW 2016, 609.

401 Mededeling 2016/C 262/01 van de Commissie betreffende het begrip “staatssteun” in de zin van artikel 107, lid 1, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, ro. 66 e.v., Pb.C. 19 juli 2016, afl. 262, 1; mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 31-32, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4; P. De Bandt en J. Dewispelaere, “Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico’s? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie”, RW 2017-18, 46-47; M. Peeters en V. Dehaeck, “Art. 107 VWEU”, in R. Steennot, J. Stuyck, H. Vanhees, E. Wymeersch en G. Straetmans (eds.), *Handels- en economisch recht. Commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*, Mechelen, Kluwer, 2018, 24 en 38 e.v.; F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuieren en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 374-376; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 81.

402 F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuieren en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 376-378.

403 F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuieren en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 376, 384 en 388-389; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 256 en 268. Zie ook het verslag T. Merckx-Van Goey en S. Claes van 6 februari 2008 m.b.t. de gedachtewisseling over de studie ‘Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang’, Parl.St. Vlaams Parlement 2007-08, nr. 1538/1, 7-8 (uiteenzetting van F. Louckx); S. Callens, M. Coëffé en L. Van Leuven, “Mededinging, overheidsopdrachten en gezondheidszorg”, in S. Callens en J. Peers (eds.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia, 2015, 698-699.

De Raad van State heeft in zijn advies van 15 maart 2017 over het ontwerp van Subsidiebesluit in dezelfde zin vastgesteld dat de ontworpen regeling het toekennen van subsidies aan ziekenhuizen behelst, die kunnen worden beschouwd als staatssteun. Aan de hand van het Subsidiebesluit wordt er immers een voordeel bekostigd met overheidsmiddelen toegekend aan ziekenhuizen. De gesubsidieerde ziekenhuizen kunnen zich bovendien richten tot buitenlandse patiënten, zodat de toegekende subsidies het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloeden en de mededinging verstoren. De Raad van State wees er hierbij op dat het geenszins noodzakelijk is dat er sprake is van een werkelijke beïnvloeding van het handelsverkeer en vervalsing van de mededinging, maar dat de mogelijkheid daartoe volstaat. Wanneer de betrokken steunmaatregel de positie van bepaalde ondernemingen in het intracommunautaire handelsverkeer versterkt t.o.v. andere concurrerende ondernemingen, moet worden aangenomen dat het handelsverkeer door de maatregel wordt beïnvloed.⁴⁰⁴

De Vlaamse regering erkende ten slotte zelf ook impliciet, maar zeker dat de subsidieregeling principieel moet worden beschouwd als staatssteun. In het voormelde advies van de Raad van State⁴⁰⁵ is immers te lezen dat de gemachtigde van de Vlaamse regering heeft verklaard dat een beroep wordt gedaan op het besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011 betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen⁴⁰⁶ (DAEB-vrijstellingsbesluit) om te verklaren waarom de ontworpen regeling niet werd aangemeld bij de Europese Commissie. In artikel 2, lid 2 Subsidiebesluit is bovendien te lezen dat de subsidies worden verleend met inachtneming van hetzelfde DAEB-vrijstellingsbesluit.⁴⁰⁷ Zoals hierna nog verder zal worden toegelicht, is de financiering die wordt toegekend met toepassing van het voormelde DAEB-vrijstellingsbesluit precies als staatssteun aan te merken, die dan weliswaar, mits inachtneming van de voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit, als verenigbaar met de interne markt wordt beschouwd en is vrijgesteld van aanmelding bij de Europese Commissie.

3.2 DAEB-vrijstellingsbesluit

3.2.1 Staatssteun moet in principe worden aangemeld bij de Europese Commissie

Overeenkomstig artikel 108, lid 3 VWEU dient de Europese Commissie, als de centrale staatssteunautoriteit⁴⁰⁸, tijdig op de hoogte te worden gebracht van elk voornemen tot invoering of wijziging van steunmaatregelen, zodat de Commissie de maatregel kan onderzoeken en al dan niet akkoord kan gaan met de tenuitvoerlegging ervan. Zolang de maatregel wordt onderzocht door de Commissie geldt een opschortingsverplichting en mag de betrokken maatregel niet ten uitvoer worden gelegd.⁴⁰⁹

404 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 6-7.

405 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 7.

406 Pb.L. 11 januari 2012, afl. 7, 3.

407 Zie ook artikel 108, lid 2 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008, op grond waarvan in de mededeling van het ziekenhuisbudget aan de beheerder van het ziekenhuis eveneens uitdrukkelijk melding moet worden gemaakt van het DAEB-vrijstellingsbesluit.

408 T. Bruyninckx, "Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht", NjW 2016, 608.

409 GwH 7 november 2013, nr. 145/2013, B.6.1. Zie voor de procedurebepalingen dienaangaande: verordening (EU) 2015/1589 van de Raad van 13 juli 2015 tot vaststelling van nadere bepalingen voor de toepassing van artikel 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, Pb.L. 24 september 2015, afl. 248, 9.

De Raad van State wees er in zijn advies van 15 maart 2017 op dat aan de voormelde aanmeldingsplicht enkel kan worden ontkomen indien een beroep kan worden gedaan op een vrijstellingsgrond. De bijzondere regeling die geldt voor beperkte steun aan ondernemingen ten behoeve van een zogenaamde ‘dienst van algemeen economisch belang (DAEB)’ –waartoe het verstrekken van gezondheidszorg behoort (cf. *infra*)– die wordt geacht niet-marktversturend en geen staatssteun te zijn (d.i. de zogenaamde ‘de-minimissteun’), kan hier volgens de Raad van State in elk geval niet worden ingeroepen om aan de aanmeldingsplicht te ontkomen. De bedragen die volgens het Subsidiebesluit aan de ziekenhuizen worden toegekend onder de vorm van strategische forfaits en instandhoudingsforfaits zullen namelijk het drempelbedrag voorzien in de Europese Verordening nr. 360/2012⁴¹⁰ om als dergelijke beperkte steun te worden gekwalificeerd (nl. 500.000 euro over een periode van drie belastingjaren), in veruit de meeste van de betrokken gevallen overstijgen.⁴¹¹ Bovendien mag de-minimissteun niet worden gecumuleerd met compensaties voor dezelfde dienst van algemeen economisch belang, ongeacht of deze staatssteun vormt of niet,⁴¹² terwijl ziekenhuizen niet alleen infrastructuursubsidies ontvangen, maar ook andere steunmaatregelen (bv. BFM via de federale overheid).

Zoals hierboven reeds werd vermeld, werd namens de Vlaamse regering een beroep gedaan op het DAEB-vrijstellingsbesluit om de niet-aanmelding van de ontworpen subsidieregeling bij de Europese Commissie te rechtvaardigen. Dit is van belang, omdat het inroepen van een vrijstellingsgrond en het niet aanmelden van een maatregel bij de Europese Commissie tijdsverlies en kosten vermijdt.⁴¹³

De Raad van State ging in zijn advies van 15 maart 2017, en ook nog in navolgende adviezen, dan ook uitvoerig na of de ontworpen regeling beantwoordt aan de materiële en formele voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit en of dus de niet-aanmelding bij de Europese Commissie gerechtvaardigd was.⁴¹⁴ Dit is dan weer van belang, omdat de Raad van State er in zijn advies op wees dat er een draconische sanctie dreigt in geval van de onterechte niet-aanmelding van de subsidieregeling bij de Europese Commissie. Niet-aangemelde staatssteun is namelijk onrechtmatig/onwettig, zelfs indien de betrokken maatregel als zodanig verenigbaar zou zijn met het recht van de EU indien ze correct werd aangemeld,⁴¹⁵ en die onwettigheid moet door elke rechter, desnoods ambtshalve, worden opgeworpen⁴¹⁶. De steun moet in dit geval in principe worden terugbetaald door de begunstigde (met intrest). De begunstigten van de steun kunnen zich niet beroepen op een gewekt vertrouwen om te ontsnappen aan de terugbetaling van de steun

410 Verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen, Pb.L. 26 april 2012, afl. 114, 8.

411 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 7. Zie ook in die zin: F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 384-385.

412 Inleidende considerans 15 en artikel 2, lid 8 verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen, Pb.L. 26 april 2012, afl. 114, 8.

413 T. Bruyninckx, “Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht”, *NjW* 2016, 606.

414 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 7.

415 HvJ 8 december 2011, C-275/10, *Residex Capital IV*, ro. 28, met verwijzing naar arresten van 21 november 1991, *Fédération nationale du commerce extérieur des produits alimentaires en Syndicat national des négociants et transformateurs de saumon*, C-354/90, ro. 17 en 27 oktober 2005, *Distribution Casino France e.a.*, C-266/04-C-270/04, C-276/04 en C-321/04-C-325/04, ro. 30; GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.12.3.2.

416 HvJ 18 juli 2007, C-119/05, *Lucchini*, ro. 61.

(met intrest).⁴¹⁷ Deze terugvordering is niet bedoeld als een sanctie, maar is slechts een maatregel tot herstel van de markt.⁴¹⁸

In dit verband kan de Europese Commissie een onderzoek instellen, mogelijks op klacht van een belanghebbende. Onrechtmatige staatssteun kan door belanghebbenden ook worden aangevochten voor de nationale rechter.⁴¹⁹ Artikel 108, lid 3, laatste zin VWEU heeft directe werking. De nationale rechter zal alle nuttige maatregelen treffen om de rechten van derden te vrijwaren, zoals de terugvordering, het nemen van voorlopige maatregelen (bv. opschorting van tenuitvoerlegging) en het toekennen van een schadevergoeding.⁴²⁰

3.2.2 DAEB

DAEB zijn diensten van economische aard waarvoor de lidstaten in het algemeen belang de naleving van specifieke openbaredienstverplichtingen opleggen. Openbaredienstverplichtingen zijn verplichtingen die de onderneming, indien zij haar eigen commerciële belang in aanmerking zou nemen en zonder compensatie, niet of niet in dezelfde mate, noch onder dezelfde voorwaarden inzake kwaliteit, veiligheid, betaalbaarheid, gelijke behandeling of algemene toegang, op zich zou nemen. DAEB zijn m.a.w. diensten waarin het marktmechanisme mogelijks niet in voldoende mate of op een bepaalde wijze voorziet⁴²¹ en waarvan de lidstaten van mening zijn dat ze moeten worden verleend, zelfs wanneer deze dienstverlening onvoldoende rendabel is⁴²². Het Hof van Justitie heeft verduidelijkt dat DAEB diensten zijn die specifieke kenmerken hebben en die daardoor verschillend zijn van andere economische activiteiten.⁴²³

417 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 15. Zie voorts HvJ 20 maart 1997, C-24/95, Alcan, ro. 41. Zie ook N. DE VOS, "De rol van het Europese en het Belgische vertrouwensbeginsel bij de terugvordering van Europese subsidies en staatssteun", RW 2012-13, 130-131; K. LENAERTS en P. VAN NUFFEL, *European Union Law*, Londen, Sweet & Maxwell, 2011, 377; P. De Bandt en J. Dewispelaere, "Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico's? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie", RW 2017-18, 46, 50 en 54-58.

418 T. Bruyninckx, "Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht", NjW 2016, 613-614.

419 GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.12.3.3. Zie voorts: mededeling 2009/C 85/01 van de Commissie over de handhaving van de staatssteunregels door de nationale rechterlijke instanties, Pb.C. 9 april 2009, afl. 85, 1.

420 T. Bruyninckx, "Overheidsopdrachten en EU-staatssteunrecht", NjW 2016, 608 en 614; P. De Bandt en J. Dewispelaere, "Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico's? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie", RW 2017-18, 53-56.

421 Mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 47, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4; L. Hancher en S.J.H. Evans, "Altmark als katalysator: het Commissiepakket met alle antwoorden rond staatssteun en diensten van algemeen economisch belang?", NTER 2006, 153; F. Louckx, "Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang", in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's*, Brugge, die Keure, 2007, 393-395; A. Coates en M. Peeters, "Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg", in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 175 en 184; P. De Bandt en J. Dewispelaere, "Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico's? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie", RW 2017-18, 51; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 219.

422 D. Fornaciari, "Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg", RW 2011-12, 126.

423 Bv. HvJ 10 december 1991, C-179/90, *Merci Convenzionali porto di Genova SpA*, ro. 27.

De uitoefening van DAEB binnen de EU wordt essentieel geacht.⁴²⁴ Artikel 14 VWEU wordt gezien als een soort van grondwettelijke verankering van het concept DAEB.⁴²⁵ In dit artikel wordt gestipuleerd dat, gezien de plaats die DAEB in de gemeenschappelijke waarden van de Unie innemen en de rol die DAEB vervullen bij het bevorderen van de sociale en de territoriale samenhang, de Unie en de lidstaten er zorg voor moeten dragen dat deze diensten functioneren op basis van beginselen en voorwaarden die hen in staat stellen om hun taken te vervullen.

In het protocol nr. 26 betreffende de diensten van algemeen belang wensten de verdragsluitende partijen het belang van dergelijke diensten te benadrukken. In dit protocol werden de essentiële rol en de ruime discretionaire bevoegdheid van de nationale, regionale en lokale autoriteiten om DAEB⁴²⁶ te verrichten, te doen verrichten en te organiseren op een manier die zoveel mogelijk in overeenstemming is met de behoeften van de gebruikers, als een gedeelde waarde van de Unie beschouwd. Het garanderen van een hoog niveau van kwaliteit, veiligheid en betaalbaarheid, gelijke behandeling en de bevordering van de algemene toegang en van de rechten van de gebruiker, wordt eveneens als een gedeelde waarde van de Unie gezien.⁴²⁷

Ook in artikel 106, lid 2 VWEU wordt het belang van DAEB onderstreept, doordat daarin wordt bepaald dat de ondernemingen belast met het beheer van DAEB zijn onderworpen aan de mededingingsregels, 'voor zover de toepassing daarvan de vervulling, in feite of in rechte, van de hun toevertrouwde bijzondere taak niet verhindert'. De ontwikkeling van het handelsverkeer mag niet worden beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Unie.

Artikel 36 Handvest Grondrechten EU waarborgt ten slotte uitdrukkelijk het recht op toegang tot DAEB.

De Europese Commissie heeft in een mededeling m.b.t. de compensatie van DAEB benadrukt dat bij gebreke aan specifieke regels de lidstaten over een ruime beoordelingsmarge beschikken bij het omschrijven van een bepaalde dienst als DAEB en bij het verlenen van compensatie aan de dienstverrichter.⁴²⁸ Tevens staat het de lidstaten vrij om te bepalen hoe hun DAEB dienen te worden georganiseerd en gefinancierd. De rol van de Europese Commissie is hierbij beperkt tot het beoordelen of de lidstaat een 'kennelijke' fout heeft gemaakt bij het omschrijven van de dienst als DAEB en tot de beoordeling van de met de DAEB gemoeide staatssteun. De Europese Commissie voegde er nog aan toe dat

424 A. Coates en M. Peeters, "Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg", in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 174.

425 D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 77.

426 In de zin van artikel 14 VWEU.

427 Protocol nr. 26 betreffende de diensten van algemeen belang, Pb.C. 9 mei 2008, afl. 115, 308.

428 Zie ook: HvJ 8 mei 2013, C-197/11 en C-203/11, Libert e.a., ro. 98; Gerecht 7 november 2012, nr. T-137/10, CBI t. Europese Commissie, ro. 99 en 107; D. Fornaciari, "Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg", RW 2011-12, 127 en 129; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 79 en 227; L. HANCHER en W. SAUTER, "Steunmaatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?", NTER 2010, 331; L. Hancher en S.J.H. Evans, "Altmark als katalysator: het Commissiepakket met alle antwoorden rond staatssteun en diensten van algemeen economisch belang?", NTER 2006, 153 en 157, voetnoot 27; F. Louckx, "Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang", in A. Van Regenmortel, H. Verschueren en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's*, Brugge, die Keure, 2007, 395-399; A. Coates en M. Peeters, "Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg", in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 176, 183 en 185.

diensten, willen ze als DAEB worden aangemerkt, gericht moeten zijn op burgers of in het belang van de samenleving als een geheel moeten zijn.⁴²⁹

3.2.3 Arrest Altmark van het Hof van Justitie en implicaties

3.2.3.1 Altmark-voorwaarden

In het arrest Altmark van het Hof van Justitie⁴³⁰ werden de voorwaarden omschreven waaraan moet zijn voldaan om de financiering van DAEB niet als het toekennen van een werkelijk financieel ‘voordeel’ te beschouwen, maar wel als ‘compensatie’ voor het uitvoeren van openbaredienstverplichtingen, zodat deze financiering niet tot gevolg heeft dat de begunstigde ondernemingen, in vergelijking met ondernemingen die met hen concurreren, in een gunstigere mededingingspositie worden geplaatst. Indien aan deze zogenaamde ‘Altmark-voorwaarden’ voldaan is, is er m.a.w. geen sprake van staatssteun vanwege het ontbreken van een ‘voordeel’ (*cf. supra*).

Er moet volgens het arrest Altmark voldaan zijn aan vier voorwaarden opdat de overheidsmaatregel niet wordt beschouwd als een voordeel ten gunste van de beoogde onderneming, maar als een compensatie voor de openbaredienstverplichtingen die zij op zich neemt:⁴³¹

- in de eerste plaats moet de begunstigde onderneming daadwerkelijk belast zijn met de uitvoering van openbaredienstverplichtingen en moeten die verplichtingen duidelijk omschreven zijn;
- in de tweede plaats moeten de parameters op basis waarvan de compensatie zal worden berekend, vooraf op objectieve en doorzichtige wijze worden vastgesteld, om te vermijden dat de compensatie een economisch voordeel bevat waardoor de begunstigde onderneming ten opzichte van concurrerende ondernemingen kan worden bevoordeeld;
- in de derde plaats mag de compensatie niet hoger zijn dan nodig is om de kosten van de uitvoering van de openbaredienstverplichtingen, rekening houdend met de opbrengsten alsmede met een redelijke winst uit de uitvoering van die verplichtingen, geheel of gedeeltelijk te dekken;
- in de vierde plaats, wanneer de met de uitvoering van openbaredienstverplichtingen te belasten onderneming niet is geselecteerd in het kader van een openbare aanbesteding - waarbij de kandidaat kan worden geselecteerd die deze diensten tegen de laagste kosten voor de gemeenschap kan leveren- moet de noodzakelijke compensatie worden vastgesteld op basis van de kosten die een gemiddelde, goed beheerde onderneming zou hebben moeten maken om deze verplichtingen na te komen, rekening houdend met de opbrengsten en een redelijke winst uit de nakoming van deze verplichtingen.

Deze voorwaarden worden wel streng toegepast,⁴³² waarbij de vierde voorwaarde m.b.t. de gemiddelde, goed beheerde onderneming vaak het moeilijkst is om aan te voldoen,⁴³³ zodat de kwalificatie van een

429 Mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 2, 46 en 50, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4; besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 153, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68.

430 HvJ 24 juli 2003, C-280/00, Altmark Trans GmbH.

431 HvJ 24 juli 2003, C-280/00, Altmark Trans GmbH; GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.20.2.

432 L. Hancher en S.J.H. Evans, “Altmark als katalysator: het Commissiepakket met alle antwoorden rond staatssteun en diensten van algemeen economisch belang?”, NTER 2006, 153-155 en 158-159.

433 A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?, Brugge, die Keure, 2011, 188 en 191.

bepaalde steunmaatregel als een ‘compensatie’ i.p.v. een ‘voordeel’ allesbehalve evident is. De begrippen ‘redelijke winst’ en ‘kosten van een gemiddelde, goed beheerde onderneming’ zijn evenwel vatbaar voor interpretatie.⁴³⁴ Het Hof van Justitie zal de nationale rechtbanken hiervoor enige appreciatiemarge moeten gunnen.⁴³⁵

3.2.3.2 *Altmark-pakket en stappenplan*

In navolging van het Altmark-arrest heeft de Europese Commissie in 2005 het zogenaamde ‘Altmark-pakket’ aangenomen voor DAEB.⁴³⁶ Dit pakket werd in 2012 nog geactualiseerd.⁴³⁷ De combinatie van het Altmark-arrest van het Hof van Justitie en het Altmark-pakket van de Europese Commissie heeft tot gevolg dat er bij de financiering van DAEB klassiek het volgende stappenplan wordt gehanteerd:⁴³⁸

- in de eerste plaats moet worden nagegaan of de Altmark-voorwaarden zijn vervuld.⁴³⁹ Indien dit het geval is, dan is er geen sprake van het toekennen van een niet-marktconform voordeel en dus evenmin van staatssteun, maar wel van een compensatie voor het uitvoeren van

434 F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuieren en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 415-416.

435 T. Snels, “Hof van Justitie 24 juli 2003”, RW 2004-05, 1476.

436 Beschikking 2005/842 van de Commissie van 28 november 2005 betreffende de toepassing van artikel 86, lid 2, van het EG-Verdrag op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst die aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen wordt toegekend, Pb.L. 29 november 2005, afl. 312, 67; communautaire kaderregeling inzake staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, Pb.C. 29 november 2005, afl. 297, 4; richtlijn 2005/81/EG van de Commissie van 28 november 2005 tot wijziging van Richtlijn 80/723/EEG betreffende de doorzichtigheid in de financiële betrekkingen tussen lidstaten en openbare bedrijven en de financiële doorzichtigheid binnen bepaalde ondernemingen, Pb.L. 29 november 2005, afl. 312, 47 (d.i. nu Richtlijn 2006/111/EG van de Commissie van 16 november 2006 betreffende de doorzichtigheid in de financiële betrekkingen tussen lidstaten en openbare bedrijven en de financiële doorzichtigheid binnen bepaalde ondernemingen, Pb.L. 17 november 2006, afl. 318, 17).

437 Mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4; verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen, Pb.L. 26 april 2012, afl. 114, 8; besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011 betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen Pb.L. 11 januari 2012, afl. 7, 3; mededeling van de Commissie 2012/C 8/03 — EU-kaderregeling inzake staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 15.

438 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 148, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68; Gerecht 7 november 2012, nr. T-137/10, CBI t. Europese Commissie, ro. 81; L. Hancher en S.J.H. Evans, “Altmark als katalysator: het Commissiepakket met alle antwoorden rond staatssteun en diensten van algemeen economisch belang?”, NTER 2006, 155-158; L. Hancher en W. Sauter, “Steu maatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?”, NTER 2010, 332; F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuieren en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 417, 420 en 422-423; A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarktning van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 189-190; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 257-260.

439 HvJ 24 juli 2003, C-280/00, Altmark Trans GmbH.

openbardienstverplichtingen. Aangezien er geen sprake is van staatssteun, moet de compensatiemaatregel niet worden aangemeld bij de Europese Commissie;

- indien niet is voldaan aan de Altmark-voorwaarden, dan is er sprake van staatssteun. Voor zover is voldaan aan de voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit⁴⁴⁰ wordt de steunmaatregel toch verenigbaar geacht met de interne markt en moet de maatregel niet worden aangemeld bij de Europese Commissie;
- indien niet is voldaan aan de Altmark-voorwaarden en ook niet aan de voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit, dan moet de steunmaatregel worden aangemeld bij de Europese Commissie en kan de maatregel alsnog als verenigbaar met de interne markt worden gekwalificeerd, voor zover is voldaan aan de voorwaarden van de DAEB-kaderregeling⁴⁴¹.

In feite wordt dit stappenplan nog voorafgegaan door het nazicht of geen beroep kan worden gedaan op de hierboven reeds aangehaalde de-minimisregeling. Indien de toegekende steun lager is dan het voorziene plafond (nl. 500.000 euro over een periode van drie belastingjaren), dan wordt ervan uit gegaan dat de betrokken maatregel niet voldoet aan alle voorwaarden van artikel 107, lid 1 VWEU en hoeft de maatregel niet te worden aangemeld overeenkomstig artikel 108, lid 3 VWEU.⁴⁴² Het hier vermelde stappenplan dient dan evenmin te worden gevolgd.

3.2.3.3 *Implicaties voor de forfaitaire subsidieregeling*

De vaststelling dat de Vlaamse regering het DAEB-vrijstellingsbesluit inroept, betekent aldus noodzakelijkerwijs dat niet voldaan is aan de de-minimisregeling en evenmin aan de Altmark-voorwaarden, en bijgevolg dat de toekenning van infrastructuursubsidies neerkomt op het verlenen van staatssteun.

Indien alleen al naar de vierde Altmark-voorwaarde m.b.t. de gemiddelde, goed beheerde onderneming wordt gekeken, moet inderdaad worden vastgesteld dat er bij het toekennen van subsidies door het VIPA geen rekening wordt gehouden met enige doelmatigheidsoverwegingen. Bij het toekennen van de subsidies wordt immers geen rekening gehouden met hoe efficiënt het ziekenhuis werkt bij de uitoefening van de DAEB. De subsidieregeling voldoet dan ook niet aan de Altmark-voorwaarden en maakt staatssteun uit (*cf. supra*).⁴⁴³ Eerder kwam de Europese Commissie tot dezelfde conclusie m.b.t. de financiering die werd toegekend aan de Brusselse IRIS-ziekenhuizen.⁴⁴⁴

De voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit worden hierna toegelicht en toegepast op de subsidieregeling, rekening houdend met de opmerkingen van de Raad van State.

440 Besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011 betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen Pb.L. 11 januari 2012, afl. 7, 3.

441 Mededeling van de Commissie 2012/C 8/03 — EU-kaderregeling inzake staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 15.

442 Inleidende considerans 1 verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen, Pb.L. 26 april 2012, afl. 114, 8.

443 D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 270.

444 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 124, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68.

3.2.4 Belasting met het beheer van een DAEB en compensatie

3.2.4.1 *Inhoud van de openbardienstverplichtingen*

3.2.4.1.1. Woord en wederwoord van de Raad van State en de Vlaamse regering

De Raad van State had in zijn advies van 15 maart 2017 nogal wat opmerkingen aangaande de conformiteit van de voorgelegde ontwerpregeling van het Subsidiebesluit met artikel 4 DAEB-vrijstellingsbesluit.

Volgens artikel 4 DAEB-vrijstellingsbesluit moet de onderneming met het beheer van een DAEB worden belast door middel van één of meer besluiten, waarvan de vorm door elke lidstaat kan worden bepaald. Dit besluit dient de volgende vermeldingen te bevatten: (a) de inhoud en de duur van de openbardienstverplichtingen; (b) de betrokken onderneming en, in voorkomend geval, het betrokken grondgebied; (c) de aard van alle uitsluitende of bijzondere rechten die aan de onderneming door het toewijzende overheidsorgaan zijn verleend; (d) een beschrijving van het compensatiemechanisme en de parameters voor berekening, monitoring en herziening van de compensatie; (e) de regelingen om eventuele overcompensatie te vermijden en terug te vorderen; en (f) een verwijzing naar het DAEB-vrijstellingsbesluit.

In de eerste plaats was het volgens de Raad van State niet duidelijk wat de precieze openbardienstverplichting is die aan de ziekenhuizen in kwestie wordt opgelegd. Minstens wat betreft het strategisch forfait zijn het immers de ziekenhuizen zelf die een subsidie kunnen aanvragen voor de door hen geplande investeringen. Het was volgens de Raad van State op zich niet ondenkbaar dat uit een combinatie van de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen en hun onderdelen, met inbegrip van de bouwtechnische voorschriften, enerzijds, en de zorgstrategische planning, anderzijds, een zekere omschrijving valt af te leiden van een openbardienstverplichting. De Raad van State wees er in dit verband echter op dat de zorgstrategische planning nog niet werd vastgesteld, terwijl op basis van de ontworpen regeling in afwachting daarvan toch al strategische forfaits kunnen worden toegekend in sommige gevallen. Bovendien was het voor de Raad van State niet duidelijk in welke mate verplichtingen worden gefinancierd die de betrokken ziekenhuizen ook zonder overheidssteun zouden nakomen.⁴⁴⁵

Namens de Vlaamse regering werd gesteld dat er geen twijfel over kan bestaan dat ziekenhuizen daadwerkelijk belast zijn met de uitvoering van een DAEB en openbardienstverplichtingen. In artikel 2, lid 1 Ziekenhuiswet⁴⁴⁶ worden namelijk de basiskennmerken omschreven waaraan een ziekenhuis moet voldoen. Ziekenhuizen worden hierin gedefinieerd als instellingen voor gezondheidszorg waar op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heilkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen worden verstrekt, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren. In artikel 2, lid 2 Ziekenhuiswet wordt hieraan uitdrukkelijk toegevoegd dat ziekenhuizen een opdracht van algemeen belang vervullen.⁴⁴⁷

445 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 8.

446 Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008.

447 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 10.

Artikel 2, lid 2 Ziekenhuiswet werd precies ingevoegd bij Wet van 27 december 2006⁴⁴⁸ om te voldoen aan het DAEB-vrijstellingsbesluit. Met deze wijziging werd het gegeven bevestigd dat de ziekenhuizen door de overheid worden belast met het aanbieden van zorg, 'niettegenstaande het voor iedereen duidelijk is dat de ziekenhuizen belast zijn met een verantwoordelijkheid voor het beheer van een dienst van algemeen economisch belang'⁴⁴⁹. De ziekenhuizen organiseren een betaalbaar, toereikend, evenwichtig en permanent aanbod van kwaliteitszorg waarop de burger recht heeft.⁴⁵⁰ Ook toen maakte de Raad van State evenwel de bemerking of de loutere vermelding in de Ziekenhuiswet dat ziekenhuizen een opdracht van algemeen belang verrichten wel voldoende is om onder het toepassingsbied van het DAEB-vrijstellingsbesluit te vallen.⁴⁵¹ Ook in de literatuur is dezelfde kritische kanttekening te lezen.⁴⁵² Tijdens de parlementaire voorbereiding van de Wet van 27 december 2006 werd toen evenwel geantwoord dat wel degelijk voldaan is aan de voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit middels de van kracht zijnde officiële besluiten. Er werd hierbij verwezen naar de erkenningsbesluiten van de gemeenschappen op basis van de geldende erkenningsnormen waarin de verplichtingen van de ziekenhuizen worden beschreven en waarin wordt vermeld aan welk ziekenhuis de erkenning wordt verleend en voor welke periode. Voorts werd verwezen naar de Ziekenhuiswet, waarin bepaald is op welke wijze ziekenhuizen zich dienen te organiseren en welke zorgen zij moeten aanbieden, en het KB BFM, dat de voorwaarden en regels bevat voor de vaststelling van het budget van de ziekenhuizen. Op regelmatige tijdstippen worden inspecties uitgevoerd, zo werd hieraan nog toegevoegd.⁴⁵³

De Vlaamse regering verwees, in reactie op de opmerkingen van de Raad van State in het kader van de conformiteit van de ontworpen subsidieregeling voor ziekenhuisinfrastructuur met de vereisten van het DAEB-vrijstellingsbesluit, eveneens naar de erkennings- en programmatienormen en de beslissingen die in het kader daarvan worden genomen. De erkenningsnormen bepalen de noodzakelijke medische, medisch-technische en logistieke omkadering en bestaan hoofdzakelijk uit functionele, architecturale en personeelsnormen.⁴⁵⁴ Ze zijn erop gericht om een minimaal kwaliteitsniveau te garanderen waaraan de openbare dienstverlening van een ziekenhuis moet voldoen. Alleen ziekenhuizen die passen in de programmatie en die erkend zijn, komen voor subsidiëring in aanmerking.⁴⁵⁵

De Raad van State reageerde hierop echter dat het probleem niet zozeer het feit is dat ziekenhuizen als een dienst van algemeen economisch belang kunnen worden beschouwd, –want dat staat dus vast– maar wel

448 Wet van 27 december 2006 houdende diverse bepalingen, BS 28 december 2006.

449 Wetsontwerp van 21 november 2006 houdende diverse bepalingen, Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 2760/001, 153.

450 Wetsontwerp van 21 november 2006 houdende diverse bepalingen, Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 2760/001, 153.

451 Advies van de Raad van State van 6, 7 en 8 november 2006, nr. 41.594/1/2/3/4, p. 133.

452 F. Louckx, "Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang", in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's*, Brugge, die Keure, 2007, 417, 423-424; D. Fornaciari, "Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg", RW 2011-12, 131; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, 236; L. Hancher en W. Sauter, "Steunmaatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?", NTER 2010, 332.

453 Wetsontwerp van 21 november 2006 houdende diverse bepalingen, Parl.St. Kamer 2006-07, nr. 2760/001, 153-154.

454 Zie bv. het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, BS 7 november 1964; KB van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, BS 21 februari 1989.

Mogelijkheid tot aanvullende programmatie- en erkenningsnormen: artikelen 28 en 29 Vlaams decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, BS 6 april 2009.

455 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 10.

de precieze omschrijving van de openbardienstverplichtingen die daarmee gepaard gaan⁴⁵⁶. De verwijzing naar de programmatie en de erkenningsnormen was beslist zinvol volgens de Raad van State, maar dit werd als dusdanig niet tot uitdrukking gebracht in de tekst van de toen voorgelegde ontwerperegeling van het Subsidiebesluit. Het is hierbij volgens de Raad van State in het licht van het DAEB-vrijstellingsbesluit relevant of de subsidiëring enkel bedoeld is om te voldoen aan de erkenningsnormen dan wel of ermee een hogere kwaliteitsstandaard wordt nagestreefd. Bovendien kan niet uitgesloten worden dat ziekenhuizen hun infrastructuur ook gebruiken of ter beschikking stellen voor taken die niet behoren tot de openbardienstverplichting (bv. cafetaria of een dagblad- of bloemenwinkel) of bepaalde diensten ten behoeve van andere zorginstellingen. Gelet op artikel 4, a) DAEB-vrijstellingsbesluit moet de openbardienstverplichting nauwkeurig worden omschreven.⁴⁵⁷

In de navolgende bisnota aan de leden van de Vlaamse regering werd daarom verduidelijkt dat de investeringssubsidies worden verleend als compensatie voor de kosten die verband houden met investeringen in infrastructuur noodzakelijk voor de uitvoering van de verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht van het erkende ziekenhuis met naleving van de toepasselijke federale en gemeenschapsregelgeving. Er werd opnieuw verwezen naar artikel 2 Ziekenhuiswet, de programmatie en de erkenningsnormen. De verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht kunnen volgens de Vlaamse regering worden beschouwd als openbardienstverplichtingen. Daarnaast wees de Vlaamse regering erop dat ziekenhuizen ook moeten voldoen aan het Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003,⁴⁵⁸ op grond waarvan ziekenhuizen verplicht zijn om aan iedere gebruiker een verantwoorde en kwaliteitsvolle zorg te verstrekken en om een kwaliteitsbeleid te voeren. Aldus werden de openbardienstverplichtingen volgens de Vlaamse regering duidelijk omschreven.⁴⁵⁹

Het feit dat de Vlaamse regering bijkomend verwees naar de regelgeving i.v.m. kwaliteit op grond waarvan concrete verplichtingen worden opgelegd aan de ziekenhuizen, is van groot belang. In het reeds aangehaalde protocol m.b.t. diensten van algemeen belang worden immers 'een hoog niveau van kwaliteit, veiligheid en betaalbaarheid, gelijke behandeling en de bevordering van de algemene toegang en van de rechten van de gebruiker' aangemerkt als een gedeelde waarde van de Unie.⁴⁶⁰ Naast de voormelde

456 Zie ook: L. Hancher en W. Sauter, "Steuemaatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?", NTER 2010, 331 en 333-334; F. Louckx, "Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang", in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema's, Brugge, die Keure, 2007, 397-401; verslag T. Merckx-Van Goey en S. Claes van 6 februari 2008 m.b.t. de gedachteswisseling over de studie 'Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang', Parl.St. Vlaams Parlement 2007-08, nr. 1538/1, 9-10 (uiteenzetting van F. Louckx).

457 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 13.

458 Vlaamse decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, BS 10 november 2003; besluit van de Vlaamse regering van 14 mei 2004 houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de algemene, revalidatie- en universitaire ziekenhuizen, BS 30 juli 2004; besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006 houdende de uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg, BS 23 februari 2006.

459 Bisnota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het voorontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Tweede principiële goedkeuring voor advies Raad van State, pp. 5-6 en 15.

460 Protocol nr. 26 betreffende de diensten van algemeen belang, Pb.C. 9 mei 2008, afl. 115, 308.

Vlaamse kwaliteitsregeling kan wat dit betreft overigens nog worden opgemerkt dat er ook federale regelgeving is die een kwaliteitstoetsing voorschrijft.⁴⁶¹

In zijn advies van 10 juli 2017 maakte de Raad van State evenwel bijkomende opmerkingen i.v.m. de omschrijving van de openbardienstverplichting. Hoewel de Vlaamse regering met de bisnota in belangrijke mate tegemoet was gekomen aan de opmerkingen van de Raad van State en de omschrijving van de inhoud van de openbardienstverplichting vrij volledig was m.b.t. de identificatie van het relevante juridische kader, achtte de Raad van State het toch raadzaam om de openbardienstverplichting inhoudelijk nog verder te omschrijven teneinde de onderliggende doelstelling van de maatregel weer te geven en expliciet te verantwoorden waarom het gebruik van publieke middelen noodzakelijk is. Er moet volgens de Raad van State worden aangetoond dat investeringen in infrastructuur zonder overheidsinterventie niet gebeuren, minstens niet in de beoogde omvang, omdat de kosten ervan niet kunnen worden verhaald op de patiënt zonder de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang te brengen. Deze opmerking klemde volgens de Raad van State des te meer, nu de verwijzing naar het juridisch kader in grote mate ook geldt voor erkende ziekenhuizen die niet in aanmerking komen voor infrastructuursubsidies, zodat dit juridisch kader onvoldoende de werkelijke inhoud van de openbardienstverplichting afdekt.⁴⁶²

Daarbij aansluitend merkte de Raad van State op dat uit het Procedurebesluit blijkt dat niet alle ziekenhuizen in aanmerking komen voor een strategisch forfait en dat daarvoor hoe dan ook een aanvraag moet worden ingediend. Dit gegeven maakte het voor de Raad van State minder evident om aan te nemen dat de subsidies worden verleend als compensaties van de verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht van het erkende ziekenhuis. Indien er ziekenhuizen zijn die de openbardienstverplichtingen kunnen nakomen zonder subsidies, bv. door de bekostiging van investeringen met eigen middelen en de doorrekening daarvan aan de patiënten, rijst de vraag of de subsidies werkelijk een noodzakelijke compensatie zijn van een openbardienstverplichting. De Raad van State stelde daarom voor om in artikel 2 Subsidiebesluit te verduidelijken dat de openbardienstverplichting niet enkel slaat op het naleven van kwaliteitsnormen, maar dat in de eerste plaats een betaalbare gezondheidszorg wordt beoogd die voor iedereen toegankelijk is. Zo zou beter tot uiting komen dat de omstandigheid dat sommige ziekenhuizen hun investeringen zonder subsidies kunnen bekostigen, geen afbreuk doet aan de ruime discretionaire bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap als regionale autoriteit om DAEB te organiseren op een manier die zo veel mogelijk in overeenstemming is met de behoeften van de gebruikers, rekening houdend met een hoog niveau van kwaliteit, veiligheid en betaalbaarheid, gelijke behandeling en bevordering van de algemene toegang en rechten van de gebruiker⁴⁶³. De Raad van State adviseerde finaal dan ook om de volgende zinsnede toe te voegen aan artikel 2 Subsidiebesluit: “, teneinde de toegang te waarborgen tot een kwalitatief hoogstaande en

461 Artikelen 20 en 25 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008; KB van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen, BS 25 maart 1999; KB van 27 april 2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen, BS 4 juni 2007.

462 Advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.651/3, pp. 4-5 (de Raad van State stelde tevens vast dat er niet wordt verwezen naar de zorgstrategische planning, terwijl die nochtans cruciaal is om een strategisch forfait te verkrijgen. Voor de Raad van State was de verwijzing in artikel 2 Subsidiebesluit naar het Vlaams decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (BS 6 april 2009) daarentegen voldoende, aangezien dit een impliciete, maar voldoende duidelijke verwijzing inhoudt naar de zorgstrategische planning. De rechtsgrond ervoor wordt immers geboden door artikel 29 Decreet van 20 maart 2009).

463 In overeenstemming met: protocol nr. 26 betreffende de diensten van algemeen belang, Pb.C. 9 mei 2008, afl. 115, 308.

betaalbare gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is, waarbij de kosten grotendeels ten laste worden gelegd van collectieve voorzieningen.”⁴⁶⁴

In de daaropvolgende nota aan de leden van de Vlaamse regering werden de voormelde opmerkingen van de Raad van State toegepast en werd verduidelijkt dat de opgelegde verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht vooral een kwalitatief hoogstaande en betaalbare gezondheidszorg beogen die voor iedereen toegankelijk is.⁴⁶⁵ Artikel 2, lid 3 Subsidiebesluit luidt nu als volgt: *“Ze worden verleend als compensatie van de verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht van het erkende ziekenhuis conform de voorwaarden die zijn bepaald in de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, in het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, in hoofdstuk VI van het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en in de uitvoeringsbesluiten van die wettelijke en decretale regelingen, wat de kosten betreft die verband houden met investeringen in infrastructuur die noodzakelijk is voor de uitvoering van die verplichtingen, om de toegang te waarborgen tot een kwalitatief hoogstaande en betaalbare gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is, waarbij de kosten grotendeels ten laste worden gelegd van collectieve voorzieningen.”*

3.2.4.1.2. Besluit

Op basis van al het voorgaande en het proces van woord en wederwoord tussen de Raad van State en de Vlaamse regering moet derhalve worden geconcludeerd dat ziekenhuizen belast zijn met het vervullen van een DAEB en dat de daarbij horende openbaardienstverplichtingen voldoende duidelijk zijn omschreven en voortvloeien uit de combinatie van de Ziekenhuiswet met alle andere federale en Vlaamse regelgeving die op de ziekenhuizen van toepassing is. De belasting met het beheer van een DAEB moet volgens artikel 4 DAEB-vrijstellingsbesluit gebeuren door middel van ‘één of meer besluiten’ en kan bijgevolg voortvloeien uit meerdere besluiten tezamen⁴⁶⁶ of uit het geheel van de verplichtingen waaraan een onderneming moet voldoen⁴⁶⁷.

Ook in de rechtspraak en literatuur wordt er steevast op gewezen dat ziekenhuizen belast zijn met een DAEB.⁴⁶⁸ De overheid oefent hierbij toezicht uit op de universele dienstverlening, de continuïteit van de

464 Advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.651/3, pp. 5-6.

465 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, pp. 5-6 en 14-16.

466 Mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 52, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4.

467 D. Fornaciari, “Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg”, RW 2011-12, 129-130. Bv. HvJ 25 oktober 2001, C-475/99, Firma Ambulanz Glöckner, ro. 55; Gerecht 12 februari 2008, nr. T-289/03, BUPA t. Europese Commissie, ro. 182.

468 Bv. Gerecht 7 november 2012, nr. T-137/10, CBI t. Europese Commissie, ro. 85 e.v.; GwH 6 april 2011, nr. 50/2011, B.33.1; L. Hancher en W. Sauter, “Steunmaatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?”, NTER 2010, 326-327; F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschuere en V. Vervliet (eds.), Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s, Brugge, die Keure, 2007, 397; P. De Bandt en J. Dewispelaere, “Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico’s? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie”, RW 2017-18, 51 (ziekenzorg).

zorg⁴⁶⁹, de kwaliteit (*cf. infra*) en de betaalbaarheid⁴⁷⁰. Er is ook voorzien in gebruikers- en consumentenbescherming, zich weerspiegeld in bv. algemene, aanvullende en bijzondere erkenningsnormen.⁴⁷¹ D. FORNACIARI concludeert bv. op basis van de Ziekenhuiswet in combinatie met alle andere regelgeving die op ziekenhuizen van toepassing is dat ziekenhuizen wel degelijk belast zijn met een DAEB die erin bestaat een betaalbaar, toereikend, toegankelijk, evenwichtig en permanent aanbod van kwaliteitszorg te organiseren.⁴⁷²

Ook de Europese Commissie heeft in het besluit m.b.t. de financiering van de Brusselse IRIS-ziekenhuizen bevestigd dat de economische activiteiten van een ziekenhuis kunnen worden aangemerkt als een DAEB⁴⁷³ en dat ziekenhuizen door de Ziekenhuiswet worden belast met een ‘basisziekenhuisopdracht’. Met verwijzing naar artikel 2 Ziekenhuiswet en de erkennings- en programmatienormen bestaat er volgens de Europese Commissie geen twijfel over de duidelijkheid van de basisziekenhuisopdracht zoals die is omschreven in de Ziekenhuiswet.⁴⁷⁴

De vermelde regelgeving en de verplichtingen die daaruit voor de ziekenhuizen voortvloeien, worden nu bovendien uitdrukkelijk beschreven in artikel 2, lid 3 Subsidiebesluit, samen met de term ‘basisziekenhuisopdracht’ zoals die wordt gehanteerd door de Europese Commissie en de vermelding van de doelstelling van de subsidieregeling om voor iedereen een kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg

469 Bv. bepalingen m.b.t. medische permanentie: artikel 2 KB van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen, BS 21 februari 1989; artikelen 9 en 10 KB van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” moet voldoen om erkend te worden, BS 19 juni 1998.

470 Bv. verbod op het aanrekenen van ereloossupplementen voor patiënten die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers en in sommige gevallen zelfs in een individuele kamer: artikelen 97 en 152 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008. Bv. verbod om een financiële vergoeding ten aanzien van de patiënt te vragen voor de tussenkomsten, diensten en verstrekkingen van zorgen waarvan de kosten op forfaitaire wijze door het BFM worden gedekt: artikel 104 gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008; Cass. 8 december 2014, T.Gez. 2016-17, 161, noot J. Buelens; Cass. 13 januari 2014, T.Gez. 2014-15, 219, noot K. Cierkens, B. Rousseau en C. Stengel; Cass. 24 januari 2005, Arr.Cass. 2005, 195.

471 A. Coates en M. Peeters, “Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg”, in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 177, 221-222 en 226.

472 D. Fornaciari, “Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg”, RW 2011-12, 131-135; D. Fornaciari, *De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt*, Brugge, die Keure, 2011, p. 235 e.v. Contra: F. Louckx, “Gezondheidszorg tussen interne markt en algemeen belang”, in A. Van Regenmortel, H. Verschueren en V. Vervliet (eds.), *Sociale zekerheid in het Europa van de markt en de burgers: enkele actuele thema’s*, Brugge, die Keure, 2007, 422-425 (de actuele juridische omkadering van de ziekenhuisactiviteiten volstaat volgens deze auteur niet voor de conformiteit van de betoelaging van infrastructuurinvesteringen op grond van de Ziekenhuiswet met de vereisten van het DAEB-vrijstellingsbesluit. Deze studie dateert echter van vóór de zesde staatshervorming).

473 Zie ook de inleidende considerans 11 en artikel 2, lid 1, b) besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011 betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen Pb.L. 11 januari 2012, afl. 7, 3.

474 Besluit (EU) 2016/2327 van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864 — 2014/C (ex 2009/NN54) die door België ten uitvoer is gelegd — Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk, ro. 154, 164 en 166, Pb.L. 22 december 2016, afl. 351, 68. Kritisch m.b.t. de eerdere beschikking van de Commissie in dit dossier van 28 oktober 2009 (Pb.C. 24 maart 2010, afl. 74, 1): L. Hancher en W. Sauter, “Steenmaatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?”, NTER 2010, 331 en 333-334.

te waarborgen. Het VIPA heeft overigens precies als missie om initiatieven te ontwikkelen en in financiering te voorzien voor een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare infrastructuur voor de zorg- en dienstverlening in het kader van de persoonsgebonden aangelegenheden.⁴⁷⁵ Hiermee voldoet de subsidieregeling aan de opmerkingen van de Raad van State en aan hetgeen m.b.t. de omschrijving of de inhoud van de openbardienstverplichtingen wordt vereist door artikel 4, a) DAEB-vrijstellingsbesluit.

3.2.4.2 *Duur van de openbardienstverplichtingen*

3.2.4.2.1. *Woord en wederwoord van de Raad van State en de Vlaamse regering*

In zijn advies van 15 maart 2017 merkte de Raad van State in de tweede plaats op dat de strategische forfaits en instandhoudingsforfaits niet in de tijd beperkt zijn, zodat de duur van de openbardienstverplichting niet duidelijk tot uitdrukking kan worden gebracht. Het onbeperkt zijn in de tijd van de forfaits is bovendien in strijd met artikel 2, lid 2 DAEB-vrijstellingsbesluit op grond waarvan de periode waarvoor de onderneming met het beheer van een dienst van algemeen economisch belang wordt belast in principe niet langer mag zijn dan 10 jaar. Wanneer deze periode langer is dan 10 jaar is vereist dat van de dienstverrichter een aanzienlijke investering wordt geleverd die overeenkomstig algemeen aanvaarde boekhoudkundige beginselen over een langere periode moet worden afgeschreven. Voor zover deze laatste uitzondering toepassing zou kunnen vinden, werd volgens de Raad van State alvast niet voorzien in een subsidieduur die overeenstemt met die langere afschrijvingstermijn.⁴⁷⁶

De Vlaamse regering antwoordde hierop dat het niet blijkt dat de periode waarvoor een onderneming kan worden belast met het beheer van een DAEB noodzakelijk beperkt moet zijn tot de afschrijvingstermijn van de gerealiseerde aanzienlijke investeringen. Hierbij werd verwezen naar de inleidende considerans 12 van het DAEB-vrijstellingsbesluit, waarin in het kader van de noodzaak van aanzienlijke investeringen het voorbeeld van de sector van de sociale huisvesting wordt gegeven.⁴⁷⁷

De Raad van State erkende daarop dat inderdaad niet kan worden afgeleid dat de looptijd van de subsidiëring noodzakelijk moet worden beperkt tot de afschrijvingstermijn van de betrokken investeringen. Artikel 2, lid 2 DAEB-vrijstellingsbesluit vereist daarentegen een aanzienlijke investering die over een langere periode moet worden afgeschreven wanneer de onderneming langer dan 10 jaar belast is met het beheer van een DAEB. Aan die voorwaarde moet ook effectief voldaan zijn. Er kan weliswaar een langere afschrijvingstermijn worden aangenomen voor investeringen die door het strategisch forfait worden vergoed, maar het blijkt volgens de Raad van State niet dat de vergoeding dan in de tijd wordt beperkt overeenkomstig die afschrijvingstermijn.⁴⁷⁸

Meer in het algemeen hinkt de ontwerpregeling m.b.t. het strategisch forfait volgens de Raad van State op twee gedachten. Enerzijds wil de Vlaamse regering in elk geval gedurende de afschrijvingstermijn van investeringen, ook op lange termijn, in subsidies voorzien. Anderzijds poogt de Vlaamse regering te ontkomen aan de gevolgen die het ESR verbindt aan een initiële vastlegging van een vergoeding voor die investeringen (zelfs als die vergoeding over een bepaalde periode wordt gespreid), door de subsidies te

475 Artikel 4 decreet van 2 juni 2006 tot omvorming van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden tot een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid, en tot wijziging van het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, BS 24 augustus 2006.

476 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 8.

477 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 11.

478 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 14.

concipiëren als jaarlijkse subsidies, waarvan de voorwaarden jaarlijks door de Vlaamse regering zouden kunnen worden herzien. Dat laatste impliceert echter ook dat de openbardienstverplichting jaarlijks opnieuw wordt gedefinieerd en dat er eigenlijk geen zekerheid kan worden geboden over de vergoeding van de investeringen. De dubbelzinnigheid omtrent de duur van de openbardienstverplichtingen die daardoor wordt veroorzaakt, is op zichzelf al strijdig met hetgeen wordt vereist door artikel 4, a) DAEB-vrijstellingsbesluit.⁴⁷⁹

Namens de Vlaamse regering werd vervolgens gewezen op artikel 29 Procedurebesluit, waarin is bepaald dat de investeringssubsidies worden toegekend zolang het ziekenhuis belast is met de hierboven besproken openbardienstverplichtingen en dat er minstens elke 10 jaar vanaf de eerste toekenning van de investeringssubsidies een grondige controle plaatsvindt om na te gaan of het ziekenhuis nog voldoet aan alle voorwaarden m.b.t. de openbardienstverplichtingen. Deze controle zal uitmonden in een uitdrukkelijk standpunt van de overheid. Indien het ziekenhuis voldoet aan alle voorwaarden, dan wordt het ziekenhuis verder belast met de openbardienstverplichtingen voor een nieuwe periode van maximaal 10 jaar. Indien aan deze voorwaarden daarentegen niet voldaan werd door het ziekenhuis, dan is het ziekenhuis niet langer belast met de openbardienstverplichtingen, worden de subsidies niet verder uitgekeerd en zal er een afrekening gebeuren van de ontvangen investeringssubsidies.⁴⁸⁰

De Raad van State nam pas daarna kennis van de relevante bepalingen van het Procedurebesluit en was in zijn advies van 10 juli 2017 van oordeel dat de eerder aangehaalde dubbelzinnigheid hiermee grotendeels werd weggewerkt. Niettemin wees de Raad van State erop dat er nog steeds geen maximumtermijn wordt bepaald voor de belasting met een DAEB en dat de ontwerpregeling in twee opzichten tekort schiet. Enerzijds moet voortdurend worden opgevolgd of voldaan is aan de voorwaarden vervat in artikel 2, lid 2 DAEB-vrijstellingsbesluit, zodat op voorhand niet kan worden bepaald dat de opvolging ‘minstens elke 10 jaar gebeurt’. Anderzijds moet niet zozeer worden nagegaan of de ziekenhuizen nog steeds aan de voorwaarden m.b.t. de openbardienstverplichtingen voldoen, maar wel of de vervulling van die openbardienstverplichtingen nog steeds dezelfde compensatie (omvang subsidies) vereist.⁴⁸¹

In de daaropvolgende nota aan de leden van de Vlaamse regering werd verduidelijkt dat het precies de bedoeling is om de periode waarmee het ziekenhuis met een DAEB wordt belast in de tijd te beperken tot maximaal 10 jaar en dat er dan, afhankelijk van het voldaan zijn van de openbardienstverplichtingen, een beslissing wordt genomen om het ziekenhuis al dan niet verder te belasten met de DAEB. Indien er niet voldaan is aan de openbardienstverplichtingen en het ziekenhuis er niet verder mee wordt belast, dan zullen de investeringssubsidies die niet voor de openbardienstverplichtingen zijn aangewend, in het kader van de afrekening worden teruggevorderd. Daarnaast werd gewezen op de procedureregels opgenomen in de artikelen 30 en 31 Procedurebesluit om overcompensatie te vermijden en desgevallend terug te vorderen, en het regelmatig toezicht dat in het kader daarvan gebeurt (*cf. infra*).⁴⁸²

479 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 14.

480 Bisnota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het voorontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Tweede principiële goedkeuring voor advies Raad van State, pp. 15-16.

481 Advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.651/3, pp. 6-7.

482 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, p. 16.

3.2.4.2.2. Besluit

Doordat het de bedoeling is om ziekenhuizen in beginsel slechts te belasten met de openbaredienstverplichtingen gedurende een periode van 10 jaar, is voldaan aan de eerste zin van artikel 2, lid 2 DAEB-vrijstellingsbesluit, op grond waarvan voormeld besluit enkel van toepassing is, voor zover de belasting met een DAEB niet langer is dan 10 jaar. Ook is voldaan aan de tweede zin van artikel 2, lid 2 DAEB-vrijstellingsbesluit, op grond waarvan de belasting met een DAEB gedurende een periode langer dan 10 jaar enkel toegestaan is, voor zover een aanzienlijke investering wordt geleverd die over een langere periode moet worden afgeschreven. In dit verband kan niet worden ontkend dat het aanbieden van diensten in de gezondheidssector, mede door voortschrijdende inzichten, ontwikkelingen en veranderende erkennings- en kwaliteitsnormering, in de regel gepaard gaat met opeenvolgende en aanzienlijke investeringen.⁴⁸³ De controlemechanismen voorzien in artikel 29 e.v. Procedurebesluit zijn er bovendien op gericht om voortdurend –waarbij er in alle redelijkheid bepaalde minimumtermijnen voor het uitvoeren van controles worden opgelegd– na te gaan of de vereisten van het DAEB-vrijstellingsbesluit zijn vervuld, ook *qua* compensatieomvang. Er is dan ook voldaan aan de artikelen 2, lid 2 en 4, a) DAEB-vrijstellingsbesluit, met dien verstande dat de voorziene controles daadwerkelijk moeten worden uitgevoerd en desgevallend gepaard gaan met de nodige consequenties.

3.2.4.3 Betrokken onderneming

Volgens artikel 4, b) DAEB-vrijstellingsbesluit moet bij de belasting van een onderneming met het beheer van een DAEB de betrokken onderneming worden vermeld en in voorkomend geval het betrokken grondgebied.

Namens de Vlaamse regering werd hierop geantwoord dat in de beslissingen tot toekenning van financiering de identificatiegegevens van het betrokken ziekenhuis expliciet worden vermeld en dat de programmatie waarin een ziekenhuis moet passen, wordt bepaald in functie van de behoeften van de bevolking.⁴⁸⁴

In samenhang gezien met de vaststelling dat enkel erkende ziekenhuizen die passen binnen de programmatie in aanmerking komen voor de investeringssubsidies, is hiermee voldaan aan artikel 4, b) DAEB-vrijstellingsbesluit.

3.2.4.4 Compensatiemechanisme

3.2.4.4.1. Woord en wederwoord van de Raad van State en de Vlaamse regering

Voorts wees de Raad van State er in zijn advies van 15 maart 2017 op dat het compensatiemechanisme overeenkomstig artikel 4, d) DAEB-vrijstellingsbesluit moet worden beschreven, met inbegrip van de parameters voor de berekening, monitoring en herziening van de compensatie. De parameters waren volgens de Raad van State als zodanig wel duidelijk bepaald, weliswaar met enkele bedenkingen verderop in het advies, maar de vaststelling van de waarden van de gekozen parameters was op een ondoorzichtige of arbitraire wijze vastgesteld. Zo was het voor de Raad van State onduidelijk op basis waarvan de bedragen in de bijlagen 1 en 2⁴⁸⁵ zijn vastgesteld. Ook merkte de Raad van State hierbij op dat de bedragen worden

483 Ook in die zin: A. Coates en M. Peeters, "Het Europees verbod op staatssteun: relevantie voor de sociale economie en de (gezondheids)zorg", in A. Van Regenmortel en A. Coates (eds.), *Vermarkting van de zorg: meer dan commercialisering alleen?*, Brugge, die Keure, 2011, 233.

484 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 11.

485 Zie Bijlage III en Bijlage IV

berekend op basis van een levenscyclus van 40 jaar, terwijl de rentevergoedingen zijn berekend op kortere leningstermijnen (10, 15 en 25 jaar) en de gebruikelijke afschrijvingstermijn voor gebouwen 33 jaar bedraagt.⁴⁸⁶

Daarenboven waren de parameters voor de monitoring en herziening van de compensatie volgens de Raad van State vrijwel onbestaande vanwege het ontbreken van formele instrumenten inzake monitoring die verder gaat dan de controle of de gesubsidieerde bedden, plaatsen of eenheden nog effectief worden gebruikt en –m.b.t. het strategisch forfait– of ze nog in de zorgstrategische planning passen. *Qua* herziening van de compensatie stelde de Raad van State vast dat het formeel wel mogelijk is om de bedragen van de forfaits aan te passen aan de evolutie van de werkelijke kosten voor de investeringen, maar het is m.b.t. het strategisch forfait onduidelijk of de investeringssubsidies wel kunnen worden gewijzigd voor lopende investeringen, nu het strategisch forfait ten dele de vergoeding inhoudt voor reeds gedane investeringen. Voor het instandhoudingsforfait achtte de Raad van State dit minder problematisch, aangezien dit forfait de kosten dekt voor onderhoud dat nu of binnenkort zal worden uitgevoerd. Een afstemming van het instandhoudingsforfait op de prijsevolutie van de onderhoudskosten hoeft bijgevolg geen gevolgen te hebben voor de investeringsbeslissingen uit het verleden.⁴⁸⁷

Namens de Vlaamse regering werd de berekening van de bedragen in de bijlagen 1 en 2⁴⁸⁸ vervolgens verduidelijkt met verwijzing naar het MB van 11 mei 2007⁴⁸⁹. Tevens werd verduidelijkt dat de investeringsforfaits jaarlijks worden toegekend en ook jaarlijks kunnen worden aangepast. Ten slotte werd aangegeven dat het MB van 11 mei 2007 slechts de startbasis vormt en er een studie zal worden uitgeschreven om alle gehanteerde parameters en bedragen extra te toetsen en te verfijnen.⁴⁹⁰ De studie waarvan sprake, is de huidige studie.

De Raad van State merkte daarna echter op dat het MB van 11 mei 2007 niet volstaat in het licht van artikel 4, d) DAEB-vrijstellingsbesluit en dat er in de ontworpen regeling niet eens werd verwezen naar dit MB van 11 mei 2007.⁴⁹¹

Daarop werd door de Vlaamse regering een bijlage 3 'Berekeningsmethodiek'⁴⁹² toegevoegd aan het ontwerp van Subsidiebesluit waarin de berekening van de investeringsforfaits wordt verduidelijkt en waarin expliciet melding wordt gemaakt van het MB van 11 mei 2007.⁴⁹³ In het daarna volgende advies van de Raad van State van 10 juli 2017 nam de Raad van State genoegen met deze berekeningswijze, weliswaar met enkele bedenkingen in het licht van een mogelijke overcompensatie (*cf. infra*).⁴⁹⁴

486 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 8.

487 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, p. 9.

488 Zie Bijlage III en Bijlage IV

489 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

490 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 11-12.

491 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 13-14.

492 Zie Bijlage V

493 Bisnota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het voorontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Tweede principiële goedkeuring voor advies Raad van State, pp. 5, 7 en 16; nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, pp. 5, 7 en 15.

494 Advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.651/3, pp. 4 en 6.

3.2.4.4.2. Besluit

De lidstaten hebben een ruime beoordelingsmarge bij de bepaling van de compensatie van de kosten m.b.t. een DAEB.⁴⁹⁵ De parameters moeten echter zo duidelijk worden omschreven dat elk misbruik wordt uitgesloten. De wijze van vaststelling van de compensatie moet objectief en transparant zijn.⁴⁹⁶ Dit betekent volgens de Europese Commissie evenwel niet dat de compensatie moet worden berekend a.d.h.v. een specifieke formule. Het moet enkel bij voorbaat duidelijk zijn hoe de compensatie zal worden vastgesteld.⁴⁹⁷

Gelet op het feit dat de berekening en de mogelijkheid tot aanpassing van de investeringsforfaits uitvoerig worden beschreven in de artikelen 6 t.e.m. 7 (m.b.t. het strategisch forfait) en de artikelen 9 t.e.m. 12 (m.b.t. het instandhoudingsforfait) van het Subsidiebesluit, in combinatie met de bijlagen⁴⁹⁸ hierbij en de controlebepalingen voorzien in het Procedurebesluit, moet worden aangenomen dat het compensatiemechanisme en de parameters voor de berekening, monitoring en herziening van de compensatie afdoende worden beschreven, zelfs a.d.h.v. verschillende formules in bijlage 3⁴⁹⁹, en dat daarmee voldaan is aan artikel 4, d) DAEB-vrijstellingsbesluit.⁵⁰⁰

3.2.4.5 Vermijden en terugvorderen van overcompensatie

3.2.4.5.1. Woord en wederwoord van de Raad van State en de Vlaamse regering

Volgens artikel 4, e) DAEB-vrijstellingsbesluit moeten de regelingen worden beschreven om een eventuele overcompensatie te vermijden en terug te vorderen.

Volgens artikel 5 DAEB-vrijstellingsbesluit mag het compensatiebedrag bovendien niet hoger zijn dan wat nodig is ter dekking van de nettokosten van de uitvoering van de openbardienstverplichtingen, met inbegrip van een redelijke winst⁵⁰¹. De nettokosten worden hierbij berekend als het verschil tussen de

495 L. Hancher en W. Sauter, "Steunmaatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?", NTER 2010, 331.

496 Gerecht 12 februari 2008, nr. T-289/03, BUPA t. Europese Commissie, ro. 214; Gerecht 7 november 2012, nr. T-137/10, CBI t. Europese Commissie, ro. 191-192.

497 Mededeling 2012/C 8/02 van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economisch belang verleende compensatie, ro. 55, Pb.C. 11 januari 2012, afl. 8, 4.

498 Zie Bijlage III en Bijlage IV

499 Zie Bijlage V

500 Zie ook reeds in die zin: D. Fornaciari, De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt, Brugge, die Keure, 2011, 269.

501 Onder 'redelijke winst' wordt verstaan het rendement op kapitaal dat zou worden verlangd door een gemiddelde onderneming die afweegt of zij de dienst van algemeen economisch belang al dan niet moet verrichten gedurende de hele periode waarvoor zij met het beheer van die dienst zou worden belast, rekening houdende met de omvang van het risico. Onder 'rendement op kapitaal' wordt verstaan de interne opbrengstvoet die de onderneming gedurende de periode waarvoor zij met het beheer van de betrokken dienst is belast, op haar geïnvesteerde kapitaal behaalt. De omvang van het risico is afhankelijk van de betrokken sector, het soort dienst en de kenmerken van de compensatie: artikel 5, lid 5 DAEB-vrijstellingsbesluit. Zie ook: L. Hancher en W. Sauter, "Steunmaatregelen voor ziekenhuizen en diensten van algemeen economisch belang: doelmatigheid niet vereist?", NTER 2010, 330-334, die kritisch zijn omwille van het ontbreken van doelmatigheidsoverwegingen, hetgeen DAEB-aanbieders perverse prikkels zou geven om de kosten te doen oplopen en de lidstaten van hun plicht ontslaat om ondoelmatige aanbieders te vervangen en de kosten te beheersen.

kosten en de inkomsten die gepaard gaan met het beheer van de DAEB.⁵⁰² Overeenkomstig artikel 5, lid 3, d) DAEB-vrijstellingsbesluit mogen de kosten m.b.t. investeringen, met name ten behoeve van 'infrastructuur', in aanmerking worden genomen wanneer deze 'voor het beheer van de DAEB noodzakelijk' zijn. De in aanmerking te nemen inkomsten omvatten dan weer alle met de DAEB behaalde inkomsten, ongeacht of deze inkomsten al dan niet als staatssteun kunnen worden aangemerkt.

Uit artikel 5, lid 1 DAEB-vrijstellingsbesluit blijkt een duidelijke link tussen de compensatie en de uitvoering van de openbaredienstverplichtingen, aangezien het compensatiebedrag niet hoger mag zijn dan hetgeen nodig is ter dekking van de nettokosten van de uitvoering van de openbaredienstverplichtingen, met inbegrip van een redelijke winst. Investeringskosten moeten bovendien volgens artikel 5, lid 3, d) DAEB-vrijstellingsbesluit noodzakelijk zijn voor het beheer van de DAEB en de bijhorende openbaredienstverplichtingen. Uit deze bepalingen volgt dan ook dat de compensatie van investeringen moet gebaseerd zijn op de voor ziekenhuizen geldende openbaredienstverplichtingen (erkenning-, kwaliteits- en bouwnormen). Indien er bijgevolg financiering zou worden gegeven aan ziekenhuizen voor bepaalde investeringen die niet worden opgelegd door de openbaredienstverplichtingen, rijst de vraag of deze financiering wel noodzakelijk is voor de uitoefening van de DAEB en dat is problematisch in het licht van het DAEB-vrijstellingsbesluit.⁵⁰³

Ook volgens het advies van de Raad van State van 15 maart 2017 kunnen de investeringskosten voor ziekenhuisinfrastructuur weliswaar worden ingepast in artikel 5, lid 3, d) DAEB-vrijstellingsbesluit, maar mogen conform deze bepaling enkel de investeringskosten in aanmerking worden genomen die 'noodzakelijk' zijn voor het beheer van de DAEB en mag de compensatie van deze kosten 'niet overmatig' zijn. In het kader van de omschrijving van de openbaredienstverplichtingen wees de Raad van State er bijkomend op dat het in het licht van het DAEB-vrijstellingsbesluit relevant is of de subsidiëring enkel bedoeld is om te voldoen aan de erkenningsnormen, dan wel of ermee een hogere kwaliteitsstandaard wordt nagestreefd.⁵⁰⁴

De Raad van State achtte het vervolgens onmogelijk om te beoordelen of er al dan niet sprake is van een compensatie die verder gaat dan een dekking van de nettokosten, aangezien er wordt gekozen voor een compensatie door middel van forfaits, zodat in beginsel geen rekening wordt gehouden met de werkelijke kosten van de ziekenhuizen.⁵⁰⁵ Bovendien wordt het strategisch forfait voor onbepaalde duur uitbetaald, zodat er ook nog een forfait kan worden toegekend lang nadat de investering is afgeschreven en de eventuele leningen zijn terugbetaald.⁵⁰⁶

De artikelen 5, lid 10 en 6 DAEB-vrijstellingsbesluit vereisen voorts dat de lidstaten ervoor moeten zorgen dat er geen overcompensatie gebeurt en dat de terugbetaling wordt geëist van alle ontvangen

502 Een alternatieve mogelijkheid om de nettokosten te berekenen bestaat in het nemen van het verschil tussen de nettokosten van de onderneming met de openbaredienstverplichting en de nettokosten of -winst van dezelfde onderneming zonder de openbaredienstverplichting: artikel 5, lid 2 DAEB-vrijstellingsbesluit.

503 Ook in die zin: D. Fornaciari, "Diensten van algemeen belang in de Belgische gezondheidszorg", RW 2011-12, 137; D. Fornaciari, De wisselwerking tussen het mededingingsrecht en het recht op kwaliteitsvolle zorg van de patiënt, Brugge, die Keure, 2011, 244-245 en 269-271.

504 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 9 en 13.

505 Zie wat dit betreft bv. ook GwH 7 november 2013, nr. 145/2013, B.5.2. (de omstandigheid dat de compensatie niet wordt berekend op basis van reële kosten bemoeilijkt de controle op overcompensatie). Zie ook Gerecht 7 november 2012, nr. T-137/10, CBI t. Europese Commissie, ro. 245 e.v., waarin in het licht van het vermijden van overcompensatie en de terugbetaling van overmatige compensatie eveneens twijfels werden geplaatst bij de aldaar in het geding zijnde financiering van de Brusselse IRIS-ziekenhuizen.

506 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 9 en 14-15.

overcompensatie vanwege de betrokken ondernemingen. De lidstaten moeten op verzoek van de Europese Commissie het nodige bewijsmateriaal overleggen en moeten regelmatige controles (laten) uitvoeren, minstens om de drie jaar gedurende de periode van belasting van de onderneming met een DAEB én aan het einde van deze periode. Indien er inderdaad overcompensatie is, moet deze overcompensatie niet alleen worden teruggevorderd, maar moeten ook de parameters voor het berekenen van de compensatie worden bijgewerkt. Wanneer de overcompensatie niet méér bedraagt dan 10% van het bedrag van de gemiddelde jaarcompensatie, dan mag deze overcompensatie naar de volgende periode worden overgedragen en op het voor deze volgende periode te betalen compensatiebedrag in mindering worden gebracht. De lidstaten moeten overeenkomstig artikel 8 DAEB-vrijstellingsbesluit gedurende de periode dat de onderneming met het beheer van de DAEB belast is en ten minste 10 jaar na afloop van deze periode, alle gegevens beschikbaar houden die noodzakelijk zijn om te beoordelen of de compensatie voldoet aan de voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit. Lidstaten moeten op schriftelijk verzoek van de Europese Commissie alle nodige gegevens verstrekken teneinde de conformiteit van de geldende compensatiemaatregelen met het DAEB-vrijstellingsbesluit na te gaan.

Volgens de Raad van State ontbraken in de voorgelegde ontwerpregeling van het Subsidiebesluit de nodige procedurele waarborgen om overcompensatie te vermijden en desgevallend terug te vorderen. Evenmin werd een verplichting opgelegd om de nodige bewijsstukken ter beschikking te houden van de Europese Commissie. De boekhoudkundige verplichtingen waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen,⁵⁰⁷ volstonden in dit opzicht niet volgens de Raad van State.⁵⁰⁸

Namens de Vlaamse regering werd vervolgens verwezen naar het MB van 11 mei 2007⁵⁰⁹, de bedragen die daaruit voortvloeien en de adviezen van de NRVZ die hebben gediend als basis daarvoor (*cf. supra*). Er wordt weliswaar een indexering toegepast, maar die indexering zal niet de kostenevolutie dekken m.b.t. het gebruik van specifieke technische installaties en IT-infrastructuur in de specifieke context van de ziekenhuizen. Deze vaststelling is volgens de Vlaamse regering belangrijk voor het vraagstuk naar een eventuele overcompensatie. De Vlaamse regering wees er vervolgens op dat de forfaits jaarlijks worden toegekend en ook kunnen worden aangepast, dat de intrestvergoeding kan worden aangepast en dat de voorgelegde regeling slechts de startbasis vormt, aangezien er een studie zal worden uitgeschreven om alle gehanteerde parameters en bedragen extra te toetsen en te verfijnen⁵¹⁰. Bijkomend werd namens de Vlaamse regering gewezen op de gescheiden boekhoudkundige verwerking van kosten en inkomsten, op de regelmatige controles die zullen worden uitgevoerd op de aanwending van de forfaits door de ziekenhuizen en dat, rekening houdend met een beperkte reservevorming voor toekomstige investeringen, bedragen van de forfaits die niet worden aangewend voor het doel waarvoor ze zijn verleend, zullen worden teruggevorderd.⁵¹¹

De Raad van State repliceerde hierop dat de gemaakte opmerkingen pertinent zijn, maar dan ook effectief moeten worden opgenomen in de subsidieregeling, zoals de nodige boekhoudkundige verplichtingen en controlemechanismen om op te treden bij overcompensatie, wat tot dusver nog niet het geval was. De

507 Artikel 83 e.v. gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008; KB van 19 juni 2007 betreffende de jaarrekeningen van de ziekenhuizen, BS 29 juni 2007.

508 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 9 en 10, voetnoot 13.

509 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

510 Het gaat om de huidige studie.

511 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 11-12.

verwijzing naar het MB van 11 mei 2007 volstond volgens de Raad van State in elk geval niet als waarborg ter zake in het licht van artikel 4, e) DAEB-vrijstellingsbesluit. Ook hier merkte de Raad van State op dat in de tekst van het Subsidiebesluit niet eens werd verwezen naar dit MB van 11 mei 2007.⁵¹²

Bovendien vervolgde de Raad van State dat niet valt in te zien hoe een reeds afgeschreven gebouw nog kan leiden tot 'kosten die voor het beheer van de DAEB worden gemaakt' in de zin van artikel 5, lid 3 DAEB-vrijstellingsbesluit. De gedachte dat de forfaitaire bedragen sowieso niet de volledige infrastructuurkosten dekken, overtuigt niet volgens de Raad van State. Ook de andere inkomstenbronnen van het ziekenhuis moeten immers in aanmerking worden genomen. Indien ziekenhuizen ook via andere inkomstenbronnen de infrastructuurkosten kunnen dragen (bv. federale financiering, facturering patiënten en hun verzekeraars en afdrachten op artsenhonoraria) kan niet worden uitgesloten dat een gedeeltelijke subsidiëring nog te hoog is, omdat het geheel van de relevante inkomsten hoger uitvalt dan de netto-kosten en een redelijke winst. Artikel 5, lid 4 DAEB-vrijstellingsbesluit stelt dat met alle inkomsten behaald met de DAEB rekening moet worden gehouden, ongeacht of deze inkomsten als staatssteun in de zin van artikel 107 WVEU worden aangemerkt.⁵¹³

In de daaropvolgende bisnota aan de leden van de Vlaamse regering werd vervolgens verwezen naar de verduidelijking van de berekeningsmethodiek van de forfaits in bijlage 3⁵¹⁴ bij het Subsidiebesluit en de bepalingen van het Procedurebesluit, waarvan de Raad van State nog geen kennis had kunnen nemen. In deze bisnota werd o.m. verduidelijkt dat de ziekenhuizen worden verplicht om een gescheiden boekhouding te voeren die het mogelijk maakt om jaarlijks na te gaan of de compensatie van de DAEB al dan niet hoger is dan de nettokosten voor de uitvoering van de dienst.⁵¹⁵ Tevens werd m.b.t. de problematiek van het financieren van projecten die al volledig zijn afgeschreven geantwoord dat dit probleem zich slechts na verloop van tijd zal voordoen en dat daaraan aandacht zal worden besteed in de (huidige) studie over de parameters.⁵¹⁶

De Raad van State stelde in zijn advies van 10 juli 2017 vast dat met deze bisnota, bijlage 3⁵¹⁷ bij het Subsidiebesluit m.b.t. de berekeningsmethodiek en de bepalingen van het Procedurebesluit grotendeels tegemoet werd gekomen aan de eerder gemaakte opmerkingen, zodat de marktconforme vaststelling van de parameters voor de compensatie en het vermijden van overcompensatie beter worden gewaarborgd. Volgens de Raad van State kon de ontwerpregeling er echter nog steeds toe leiden dat investeringsprojecten die al volledig zijn afgeschreven blijvend in aanmerking komen voor het volledige bedrag van het strategisch forfait. Een aanzet tot verantwoording zou volgens de Raad van State enerzijds zijn dat het wenselijk is om een zekere mate van prefinanciering en reserveopbouw te voorzien met het oog op toekomstige nieuwe investeringen. Anderzijds wordt het strategisch forfait gekoppeld aan een specifiek project binnen een goed te keuren masterplan, waarbij niet kan worden uitgesloten dat de

512 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 13-14.

513 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 10, 14 en 21. Zie bv. Gerecht 7 november 2012, nr. T-137/10, CBI t. Europese Commissie, ro. 280 (alle inkomsten van de DAEB (particuliere inkomsten en overheidsinkomsten, incl. BFM), alle lasten en alle compensaties).

514 Zie Bijlage V

515 Een gescheiden boekhouding is een instrument om overcompensatie te vermijden: R. HAFFNER, O. BATURA, K. VAN DEN BERGEN e.a., Study on the financing models for public services in the EU and their impact on competition, Europese Commissie, 2016, 91.

516 Bisnota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het voorontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Tweede principiële goedkeuring voor advies Raad van State, pp. 15-16.

517 Zie Bijlage V

voortgezette subsidies voor één project worden benut voor de financiering van andere projecten binnen dat masterplan. Er moet dan ook een verrekeningsmechanisme⁵¹⁸ komen, zodat het gedeelte van het nieuwe project dat wordt geprefinancierd met (een deel van) het strategisch forfait dat verder werd toegekend na de afschrijvingsperiode van het oude project, niet een tweede keer wordt gefinancierd via het strategisch forfait voor het nieuwe project. Er zal ook niet altijd een vervolgproject zijn, in welk geval ook geen prefinanciering nodig is. Ten slotte was de regeling m.b.t. de vereiste terugbetaling van ontvangen overcompensatie nog steeds niet sluitend volgens de Raad van State en werd een aantal juridisch-technische aanpassingen voorgesteld aan de bepalingen van het Procedurebesluit.⁵¹⁹

De Vlaamse regering heeft daarop bevestigd dat voortdurend zal worden nagegaan of voldaan is aan de voorwaarden van het DAEB-vrijstellingsbesluit en of de vervulling van de openbardienstverplichtingen nog steeds hetzelfde niveau van compensatie vereist. De Vlaamse regering verwees hiervoor, na de nodige juridisch-technische aanpassingen zoals voorgesteld door de Raad van State, naar:

- artikel 29 Procedurebesluit, op grond waarvan er minstens elke 10 jaar een controle zal plaatsvinden m.b.t. het voldoen aan de openbardienstverplichtingen en in het kader waarvan er desgevallend een afrekening en terugvordering zullen gebeuren (*cf. supra*);
- artikel 30 Procedurebesluit, op grond waarvan minstens elke 3 jaar en aansluitend op het zo-even vermelde tienjaarlijks toezicht een controle van de boekhouding zal gebeuren en wordt nagegaan of er geen overcompensatie is t.a.v. de openbardienstverplichtingen. De inkomsten en de kosten m.b.t. infrastructuurinvesteringen noodzakelijk voor de uitvoering van de openbardienstverplichtingen dienen volgens deze bepaling in de boekhouding transparant te worden afgezonderd. De documenten, inclusief de boekhouding, m.b.t. de openbardienstverplichtingen en de forfaits moeten volgens artikel 32 Procedurebesluit ter beschikking worden gehouden en op vraag worden bezorgd aan het VIPA; en
- artikel 31 Procedurebesluit, op grond waarvan de investeringssubsidies zullen worden teruggevorderd⁵²⁰ wanneer daartoe aanleiding bestaat in het kader van de hierboven vermelde tienjaarlijkse en driejaarlijkse controles en in de specifieke gevallen omschreven in deze bepaling.⁵²¹

Naar aanleiding van de wijziging van het Subsidie- en Procedurebesluit in 2018⁵²² kreeg de Raad van State nogmaals de gelegenheid om zich uit te spreken over de conformiteit van de subsidieregeling met de staatssteunregels. De Raad van State verwees voor deze analyse naar de eerder gegeven adviezen, maar

518 Bv. Gerecht 7 november 2012, nr. T-137/10, CBI t. Europese Commissie, ro. 282 (overcompensatie overgedragen naar de volgende periode).

519 Advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.651/3, pp. 6-7; advies van de Raad van State van 10 juli 2017, nr. 61.652/3, p. 8.

520 Dit gebeurt met toepassing van artikel 13 Wet van 16 mei 2003 tot vaststelling van de algemene bepalingen die gelden voor de begrotingen, de controle op de subsidies en voor de boekhouding van de gemeenschappen en de gewesten, alsook voor de organisatie van de controle door het Rekenhof, BS 5 juni 2003 ("Tot onmiddellijke terugbetaling van de subsidie is gehouden de begunstigde: 1° die de voorwaarden niet naleeft, waaronder de subsidie werd verleend; 2° die de subsidie niet aanwendt voor de doeleinden, waarvoor zij werd verleend; 3° die de in artikel 12 bedoelde controle verhindert. Blijft de begunstigde van de subsidie in gebreke de in artikel 11 bedoelde verantwoording te verstrekken, dan is hij gehouden tot terugbetaling ten belope van het deel dat niet werd verantwoord.").

521 Nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, p. 16.

522 Besluit van de Vlaamse Regering van 26 oktober 2018 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, BS 10 december 2018.

merkte toch nog uitdrukkelijk op dat er door de introductie van de notie van de ‘verantwoorde activiteit’ een aanzienlijke besparing wordt gerealiseerd en dus een vermindering van de staatssteun. De Raad van State vroeg zich bijgevolg af of de initiële ontwerpregeling dan toch geen hogere compensatie vormde dan wat nodig is voor de dekking van de nettokosten van de uitvoering van de openbaardienstverplichtingen, met inbegrip van een redelijke winst. De Raad van State kon daarover andermaal geen uitsluitsel geven en wees daarom op het belang van een zorgvuldige inschatting van de parameters voor de compensatie en voor het vermijden van overcompensatie.⁵²³

Namens de Vlaamse regering werd daarop nogmaals gemeld dat er een studie zal worden uitgevoerd m.b.t. de parameters die worden gehanteerd in het financieringssysteem.⁵²⁴ Het gaat, zoals vermeld, om de huidige studie.

3.2.4.5.2. Besluit

Het hierboven geschetste proces van woord en wederwoord tussen de Raad van State en de Vlaamse regering toont aan dat de combinatie van het Subsidiebesluit met het Procedurebesluit in beginsel voldoet aan de bepalingen van het DAEB-vrijstellingsbesluit. Volgens artikel 4, e) DAEB-vrijstellingsbesluit moeten de regelingen worden beschreven om overcompensatie te vermijden en terug te vorderen.

Wat het vermijden van overcompensatie betreft, wordt in het Subsidiebesluit gedetailleerd aangegeven hoe de forfaits worden berekend. Daarbij wordt, zoals gezegd, uitgegaan van het MB van 11 mei 2007⁵²⁵ waarin een globaal bouwkostplafond en een globaal bouwoppervlakteplafond worden gehanteerd. Deze manier van werken, maakt als zodanig reeds duidelijk dat niet alle kosten in aanmerking komen voor financiering door de overheid. Bovendien werd reeds gesignaleerd dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)⁵²⁶ in de twee adviezen die het MB van 11 mei 2007 mee gevormd hebben, heeft geadviseerd dat het aantal vierkante meter moet worden aangepast aan de behoeften en de realiteit. Het benodigde aantal vierkante meter wijzigt volgens de NRZV ook snel als gevolg van wijzingen in behandeling, dienstverlening, ziekenhuisconcept, ... zodat een gedetailleerde opsomming per dienst of functie snel achterhaald is. De NRZV stelde daarom voor om het aantal vierkante meter en de bouwplafonds per vierkante meter om de vijf jaar te actualiseren.⁵²⁷ Dit is niet gebeurd, aangezien de maximumbedragen uit het MB van 11 mei 2007 onveranderd zijn gebleven en werden overgenomen als vertrekpunt voor de berekening van de huidige investeringsforfaits. Er moet dan ook worden aangenomen dat de berekeningsbasis, die op zich al uitgaat van maxima, niet meer overeenstemt met de realiteit en de huidige noden. Samen met de wijziging van de berekening van de forfaits in 2018 en de introductie van de

523 Advies van de Raad van State van 24 augustus 2018, nr. 64.060/1/V, p. 6.

524 Nota aan de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en van het besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring, p. 5.

525 MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst, BS 6 juni 2007.

526 Dit is nu de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen: artikel 105 wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, BS 27 december 2016.

527 Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 9 november 2006 betreffende “Advies bouwkalender – herziening van de besluiten 1978”, nr. NRZV/D/SF/15-1; advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 februari 2007 betreffende “Advies van de NRZV omtrent de bouwkalender en de herziening van de ministeriële besluiten van 1978 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het KB van 13 december 1966”, nr. NRZV/D/SF/20-1.

‘verantwoorde activiteit’ is dit een belangrijk gegeven dat overcompensatie eerder onwaarschijnlijk maakt. Uit het voorgaande blijkt in elk geval dat de vaststelling van de compensatie voor infrastructuurinvesteringen ‘bescheiden’ gebeurt en dat de uitgewerkte subsidieregeling er zeker niet op gericht is om te overcompenseren. Tegelijk worden van de ziekenhuizen voortdurende en substantiële investeringen gevergd om de basisziekenhuisopdracht te kunnen blijven vervullen.

Bovendien worden de forfaits jaarlijks vastgesteld en kunnen ze aangepast worden, en werden er verschillende procedurebepalingen uitgewerkt om regelmatige controles te verrichten en om een eventuele overcompensatie, zo daar op termijn toch sprake van zou zijn (doordat de subsidies voor onbepaalde duur worden uitgekeerd), terug te vorderen. Ook hier geldt de overweging dat deze controles dan effectief moeten worden uitgevoerd en dat daaraan desgevallend de nodige consequenties worden gekoppeld.

Inmiddels werd in de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen (MARZ) in de klasse 7 ‘opbrengsten’, meer bepaald de ‘andere bedrijfsopbrengsten’, een nieuwe rekening 741 gecreëerd voor de ‘forfaitaire financiering van de infrastructuur door de deelstaat’.⁵²⁸ Tevens heeft het VIPA richtlijnen uitgebracht over de boekhoudkundige verwerking van de forfaits en de controle daarop, o.a. wat het vermijden van overcompensatie betreft en het eventueel terugvorderen daarvan. Met deze richtlijnen wordt een dubbele doelstelling nagestreefd: enerzijds een transparante boekhouding en een correct boekhoudkundig resultaat en anderzijds het verstrekken van essentiële informatie in functie van de controles op staatssteun en de reservebepalingen in functie van de algemene regels inzake subsidiëring. Zo wordt o.a. bepaald dat de ziekenhuizen jaarlijks een controlefiche moeten indienen om na te gaan of er al dan niet een batig saldo bestaat voor de beide forfaits samen. In voorkomend geval zal via een aanwendingplan moeten worden aangetoond hoe het batig saldo zal worden weggewerkt.⁵²⁹

3.2.4.6 Verwijzing naar het DAEB-vrijstellingsbesluit

Ten slotte wees de Raad van State er in zijn advies van 15 maart 2017 op dat in de tekst van de voorgelegde ontwerpregeling niet werd verwezen naar het DAEB-vrijstellingsbesluit, hoewel dit wel wordt vereist door artikel 4, f) DAEB-vrijstellingsbesluit, en dat ook niet is voorzien in een verwijzing naar datzelfde besluit bij de (jaarlijkse) toekenning van de forfaits.⁵³⁰

De verwijzing naar het DAEB-vrijstellingsbesluit kan niet worden beschouwd als een loutere formaliteit, aangezien de steunmaatregel door de niet-verwijzing naar voormeld besluit een onrechtmatig karakter verkrijgt.⁵³¹

528 Bijlage 1 bij het KB van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, BS 1 september 1987, hersteld bij artikel 2, 7° KB van 29 juli 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen, BS 9 augustus 2019. Zie ook het eerdere advies in die zin van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 november 2018 betreffende de wijziging van de besluiten betreffende het minimum gestandaardiseerd boekhoudkundig plan van de ziekenhuizen en de jaarrekeningen, nr. FRZV/D/485-3, 7-8.

529 Boekhoudkundige verwerking instandhoudingsforfait en strategisch forfait, Controle in functie van VIPA & Vlaamse subsidieregeling, www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies#controle-staatssteun.

530 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3, pp. 7 en 9.

531 Gerecht 6 april 2017, T-219/14, Regione autonoma della Sardegna t. Europese Commissie, ro. 161-167; P. De Bandt en J. Dewispelaere, “Wat is staatssteun, wanneer is steun onrechtmatig en wie draagt de risico’s? Een praktijkgerichte terreinverkenning aan de hand van de rechtspraak van het Hof van Justitie”, RW 2017-18, 51.

Ook deze opmerking van de Raad van State werd toegepast,⁵³² aangezien in artikel 2, lid 2 Subsidiebesluit nu wordt verwezen naar het DAEB-vrijstellingsbesluit: *“De subsidies worden verleend met inachtneming van het besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011 betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen.”*

3.2.5 Conclusie: de subsidieregeling voldoet aan het DAEB-vrijstellingsbesluit

De investeringsubsidies worden overeenkomstig artikel 2, lid 2 Subsidiebesluit verleend met toepassing van het DAEB-vrijstellingsbesluit. Dit betekent dat de subsidies staatssteun uitmaken, maar dat hiervoor een bijzondere regeling geldt, die erin bestaat dat de subsidieregeling vrijgesteld is van aanmelding bij de Europese Commissie en als verenigbaar met de interne markt wordt beschouwd.

De voorwaarden die moeten zijn vervuld om het DAEB-vrijstellingsbesluit te kunnen inroepen, werden op verschillende tijdstippen en in verschillende adviezen uitgebreid onderzocht door de Raad van State en dit heeft aanleiding gegeven tot een herwerking en verduidelijking van de initieel uitgewerkte subsidieregeling. Uit de voorbereiding van de subsidieregeling blijkt dat de Vlaamse regering de opmerkingen van de Raad van State ter harte heeft genomen en het nodige heeft gedaan om de subsidieregeling aan te scherpen teneinde in regel te zijn met het DAEB-vrijstellingsbesluit. De enige nog resterende bedenkingen van de Raad van State hebben betrekking op de mate van compensatie van de openbare dienstverplichtingen en het vermijden van overcompensatie. De Raad van State gaf hierbij wel telkenmale toe dat het niet in staat was om te stellen dat er effectief sprake is van overcompensatie. Om overcompensatie te vermijden en desgevallend terug te vorderen, werden bovendien de nodige regelingen uitgewerkt en een studie uitgeschreven m.b.t. de parameters van de subsidies. Het gaat zoals reeds vermeld om de huidige studie.

De staatssteunregels zijn vanzelfsprekend van belang voor deze parameterstudie, aangezien het gebruik van andere of nieuwe parameters evenmin tot overcompensatie mag leiden en de parameters een duidelijke link dienen te hebben met de voor de ziekenhuizen geldende erkennings-, kwaliteits- en bouwnormen. De compensatie is volgens artikel 5 DAEB-vrijstellingsbesluit namelijk onlosmakelijk verbonden met de openbare dienstverplichtingen van ziekenhuizen en investeringskosten mogen enkel in aanmerking worden genomen, voor zover ze ‘noodzakelijk’ zijn voor de uitvoering van de DAEB. In het eerste deel werd m.b.t. de zesde staatshervorming in dezelfde zin reeds opgemerkt dat het bepalen van erkenningsnormen een directe invloed heeft op de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur. Dit gegeven maakt dan dat de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur veeleer en *idealiter* moet worden gezien in een breder kader en dat het financieringsgegeven de noodzaak kan inhouden om de op ziekenhuizen van toepassing zijnde normen aan te passen, en ook omgekeerd, dat de wijziging van deze normen de noodzaak kan inhouden om het financieringssysteem te herbekijken.

532 Bisnota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het voorontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Tweede principiële goedkeuring voor advies Raad van State, pp. 5-6 en 15; nota aan de leden van de Vlaamse regering m.b.t. het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Definitieve goedkeuring na advies Raad van State, pp. 5-6 en 15.

DEEL III: PARAMETERS EN KOSTEN VOOR STRATEGISCH FORFAIT EN INSTANDHOUDINGSFORFAIT

Hoofdstuk 4

Parameters en eenheden

1 Algemene criteria

Zoals beschreven in Hoofdstuk 1, worden de forfaits in het huidige systeem berekend met een formule, waarin parameters, eenheden en kosten worden onderscheiden. We behouden deze benadering om de redenen die samengevat worden in sectie 1.1. Vervolgens (sectie 1.2) geven we een overzicht van enkele pragmatische overwegingen die mee onze keuze van parameters en eenheden hebben bepaald. Meer inhoudelijke criteria worden dan beschreven voor parameters en eenheden, respectievelijk in de secties 1.3 en 1.4. We beperken ons in eerste instantie tot een discussie van algemene principes, geïllustreerd met enkele eenvoudige voorbeelden. In de volgende secties van dit hoofdstuk zullen die algemene principes dan concreet worden toegepast.

1.1 Een samengestelde formule: parameters, eenheden, kosten

In het huidige systeem worden de investeringskosten die in aanmerking komen voor de bepaling van de forfaits uitgesplitst over verschillende parameters, die samenhangen met de verschillende ruimtelijke functies van het ziekenhuis. De parameter bepaalt dus het type ruimte. Per parameter worden de kosten uitgesplitst als

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

In deze uitdrukking worden ruimtebehoeften dus uitgedrukt in m² per eenheid en de maximaal toegelaten kost wordt per m² vastgelegd. Deze laatste kan vanzelfsprekend variëren over de verschillende parameters – een operatiekwartier heeft een grotere bouwkost dan een patiëntenkamer. In principe is deze uitsplitsing eenheden-ruimtebehoefte-kosten niet nodig en zou men ook gewoon kunnen werken met de kosten per parameter. De uitsplitsing heeft echter het grote voordeel dat de drie onderdelen apart kunnen worden geüpdatet.

Een theoretisch aantrekkelijk alternatief zou erin bestaan om een soort van *activity-based costing* uit te werken, waarbij vertrokken wordt van de zorgopdrachten⁵³³ van het ziekenhuis en per zorgopdracht gespecificeerd wordt welke infrastructuur daarvoor nodig is (bv. zorgopdracht Y zorgt voor X uren labo, X

533 Een zorgopdracht verwijst naar een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medisch apparaat, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma (Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft).

uren in het operatiekwartier). Het is echter moeilijk om zorgopdrachten voldoende nauwkeurig te definiëren en bovendien zijn de data in dit format niet beschikbaar.

Voor de algemene ziekenhuizen⁵³⁴ blijven we daarom bij de huidige benadering waarin parameters worden gedefinieerd op basis van de onderdelen (ruimtes) van het ziekenhuis. Ook voor de psychiatrische ziekenhuizen zullen we de opsplitsing eenheden-ruimtebehoefte-kosten behouden, maar om redenen die verder worden uiteengezet, zullen de parameters bepaald worden op basis van zorggroepen, eerder dan op basis van ruimtelijke onderdelen.

In tegenstelling tot het huidige systeem, zal het instandhoudingsforfait niet gewoon een afgeleide zijn van het strategisch forfait, maar berusten op onafhankelijke ramingen van kosten en ruimtebehoeften.

1.2 Pragmatische criteria voor de keuze van parameters en eenheden

De keuze van parameters en eenheden moet natuurlijk in de eerste plaats aan een reeks van inhoudelijke criteria voldoen. Daarnaast is het ook belangrijk dat de voorgestelde formule zo gemakkelijk mogelijk kan geïmplementeerd worden. We hebben daarom rekening gehouden met een reeks van pragmatische criteria:

- We willen aan de ziekenhuizen geen (of zo min mogelijk) extra rapporteringslast opleggen. Er wordt daarom zo veel mogelijk gebruik gemaakt van reeds gerapporteerde gegevens.
- Indien mogelijk, gebruiken we dezelfde parameters en eenheden voor het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait. Indien een parameter gefinancierd wordt bij een nieuwbouw, worden dus ook het onderhoud en de herinvestering van materieel gefinancierd.
- We houden het aantal parameters en eenheden beperkt. Dit verhoogt de transparantie voor het ziekenhuis en houdt de berekeningslast voor het VIPA binnen de perken. Het betekent ook dat de parameters niet onnodig vaak moeten aangepast worden. Indien men bijvoorbeeld voor elke ruimte in het ziekenhuis een aparte parameter zou opnemen, zouden wijzigingen in het zorglandschap die een verschillend gebruik van ruimtes impliceren, steeds invloed hebben op de forfaits. Aggregatie van ruimtes in één parameter vlakkt de wijzigingen binnen deze parameter uit.

1.3 Keuze van parameters: inhoudelijke criteria

We bekijken eerst de algemene en vervolgens de psychiatrische ziekenhuizen.

1.3.1 Algemene ziekenhuizen: functies⁵³⁵ binnen een ziekenhuis

Bij de algemene ziekenhuizen vertrekken we van de ziekenhuisfuncties. De belangrijkste overweging om parameters te onderscheiden is dat ze overeenkomen met belangrijke verschillen in ruimtebehoeften en/of in kosten. Tegelijkertijd willen we, zoals vermeld, het aantal parameters ook beperken.

Tegen de achtergrond van deze basisoverwegingen, zullen de volgende elementen een rol spelen in de motivering om een parameter al dan niet apart in de forfaits op te nemen:

534 Om redenen die verder zullen toegelicht worden in Hoofdstuk 11 omvatten de “algemene ziekenhuizen” in dit rapport niet de universitaire noch de revalidatieziekenhuizen.

535 De term “functie” verwijst naar een ruimtelijk onderdeel van een ziekenhuis.

- Hij weerspiegelt een qua infrastructuur kostenhomogene groep. Wanneer bijvoorbeeld de infrastructuurkosten van een functie niet gelijkaardig zijn aan de kosten van de andere functies die opgenomen zijn binnen dezelfde parameter, kan dit tot ongewenste over- of ondercompensatie voor die individuele functies leiden.
- Hij weerspiegelt infrastructuur die op basis van eenzelfde eenheid kan worden uitgedrukt. Zoals we verder zullen zien, kan het aantal verantwoorde bedden⁵³⁶ bijvoorbeeld een geschikte eenheid zijn voor de financiering van de infrastructuur van een verpleegeenheid, maar is het aantal bedden wellicht minder aangewezen als eenheid voor het laboratorium. Wanneer parameters moeilijk in dezelfde eenheid kunnen uitgedrukt worden, is het aangewezen om ze apart op te nemen.
- De keuze van de parameter leidt niet tot dubbelfinanciering. De infrastructuur wordt niet impliciet of expliciet via andere bronnen (bv. honoraria of forfaits) gefinancierd.
- De kosten voor de parameter kunnen (bij benadering) geïdentificeerd worden in de ingezamelde kostengegevens.
- In bepaalde gevallen kunnen ook overwegingen om bepaalde prikkels te geven, een rol spelen. Waar mogelijk zullen we aparte parameters definiëren voor infrastructuur waarin bij voorkeur door meerdere partijen van een samenwerkingsverband samen wordt geïnvesteerd. Zo kan bijvoorbeeld het apart opnemen van de parameter “centrale sterilisatieafdeling (CSA)” ervoor zorgen dat een gemeenschappelijke aanvraag van het strategisch forfait voor dit type infrastructuur eenvoudiger wordt. We gaan daar verder op in in sectie 2.2.1. We willen ook rekening houden met de toekomstige evolutie naar meer ambulantisering, gekoppeld aan een vermindering van het aantal bedden. Om daarvoor ruimte te creëren zullen we sommige ondersteunende diensten, die kunnen georganiseerd worden op het niveau van een aantal ziekenhuizen of van een netwerk, of die een essentiële rol blijven spelen in een omgeving met toenemende ambulantisering, als aparte parameters definiëren. We wijken dus af van de huidige praktijk, waarin deze diensten gekoppeld worden aan de evolutie van het beddenhuis.

1.3.2 Psychiatrische ziekenhuizen: zorggroepen

Voor de psychiatrische ziekenhuizen is de definitie van parameters op basis van ziekenhuisfuncties minder geschikt en biedt ze erg weinig differentiatie tussen de verschillende ziekenhuizen. Hun realiteit wordt beter gevat door te vertrekken van de zorggroepen die het ziekenhuis behandelt, wanneer de daarmee samenhangende behandelingsvormen ook een verschil in kosten of ruimtebehoeften met zich mee brengen. Men kan ervan uitgaan dat in de toekomst psychiatrische ziekenhuizen zich verder zullen specialiseren in de behandeling van specifieke zorggroepen, en een definitie van de parameters op deze basis zal de infrastructuurfinanciering dan ook transparanter maken. Bovendien kan deze benadering een voorzichtige eerste stap zijn in de richting van de theoretisch aantrekkelijke methode van *activity-based costing*, waarbij de infrastructuurnoden gekoppeld worden aan zorgopdrachten.

536 Het concept “verantwoorde bedden” wordt in Tekstkader 1 verder toegelicht.

1.4 Keuze van eenheden: inhoudelijke criteria

1.4.1 Algemene principes

De keuze van de eenheden die gebruikt worden om de parameters te operationaliseren wordt gedreven door de ambitie om de ziekenhuizen op een adequate wijze te financieren voor de noodzakelijke infrastructuurinvesteringen. Tegelijkertijd mogen hun geen prikkels gegeven worden voor overbodige luxe-investeringen, en moet de mogelijkheid gecreëerd worden om op een soepele wijze in te spelen op de toekomstige wijzigingen in het zorglandschap.

Theoretisch zou het interessant kunnen lijken om de forfaits (en dus ook de eenheden) te baseren op de zorgopdrachten van het ziekenhuis of op de (verwachte) case-mix van de patiënten, maar we hebben reeds vermeld dat deze benadering in de huidige stand van onze kennis en gegeven de beschikbare data op onoverkoombare conceptuele en praktische problemen stuit. Een alternatief zou er kunnen in bestaan te vertrekken van de behoeften in de regio waar het ziekenhuis gelokaliseerd is, en een model te bouwen waarin rekening gehouden wordt met populatiekarakteristieken. Dit model zou echter snel zeer ingewikkeld worden en leiden tot een ondoorzichtige formule voor de forfaits.

We hebben er daarom voor geopteerd om, in overeenstemming met de huidige benadering, de eenheden in de eerste plaats te baseren op de verwachte activiteit van het ziekenhuis (zoals het aantal bedden, opnames, bevallingen) maar daarbij waar mogelijk de klemtoon te leggen op verantwoorde activiteit. Voor het strategisch forfait moeten de geplande investeringen in elk geval in overeenstemming zijn met de zorgstrategische plannen, die ook rekening houden met deze verantwoorde activiteit. Voor het instandhoudingsforfait is het logisch om te veronderstellen dat meer activiteit leidt tot een grotere nood aan onderhoud en tot de noodzaak om materieel sneller te vervangen. Naast de verantwoorde activiteit zullen we ook rekening houden met de architecturale vereisten die met de specifieke parameters corresponderen.

In het eenvoudigste geval wordt er per parameter één eenheid gedefinieerd, en wordt de meest recente observatie genomen als de waarde voor die eenheid.⁵³⁷ Er kunnen echter goede redenen zijn om van die eenvoudige benadering af te wijken:

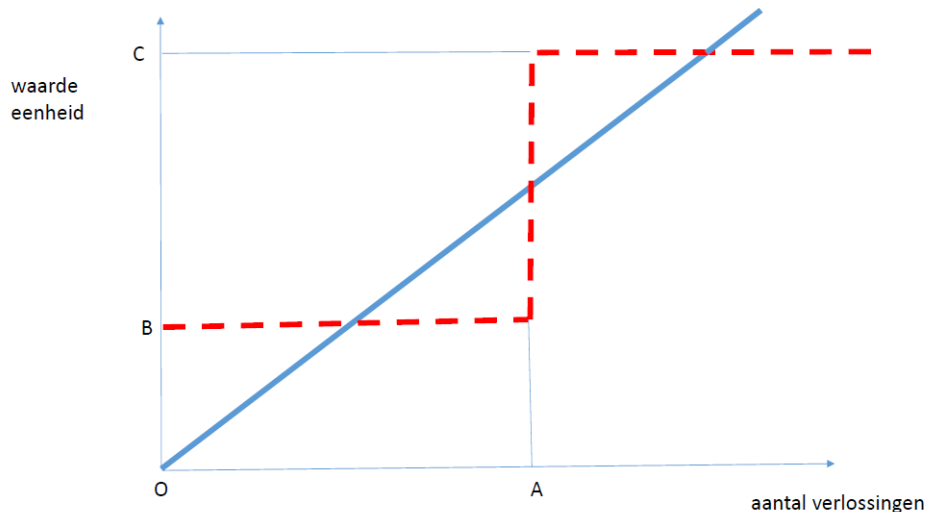
- Voor sommige parameters zijn er aan alle mogelijke eenheden voor- en nadelen verbonden en springt er geen enkele eenheid uit als de meest evidente keuze. In die gevallen zullen we voorstellen om met een *mix van verschillende eenheden* te werken. De finaal gebruikte eenheid wordt dan bepaald als een gewogen gemiddelde van de onderliggende oorspronkelijke eenheden, bv. $\bar{E} = \alpha E_1 + (1 - \alpha)E_2$, waarbij E_1 en E_2 de aparte eenheden zijn en α het relatieve gewicht dat toegekend wordt aan de eerste eenheid. Dat gewicht kan variëren naargelang men meer of minder vertrouwen heeft in de onderliggende eenheden, of naargelang men om politieke of ethische redenen meer of minder belang wil hechten aan hun respectievelijke voor- en nadelen. Wanneer we een gewogen formule voorstellen, zullen we steeds de relatieve voor- en nadelen van de verschillende eenheden beschrijven, maar de uiteindelijke keuze van α kan door beleidsverantwoordelijken gemaakt worden. Een gemengde formule heeft het voordeel dat de beperkingen van elke individuele eenheid apart enigszins door de andere eenheden kunnen

537 In de huidige regelgeving worden voor het strategisch forfait de gegevens van het jaar van uitbetaling (of van akkoord strategisch forfait) gebruikt en voor het instandhoudingsforfait de gegevens van het jaar van uitbetaling of één of twee jaar terug, afhankelijk van de parameter. Indien beschikbaar en praktisch werkbaar zouden in de toekomst ook voor het instandhoudingsforfait de gegevens van het jaar van uitbetaling gebruikt kunnen worden.

gecompenseerd worden, maar verhoogt de complexiteit van de formule en vermindert de transparantie.

- “Verantwoorde” activiteiten zullen doorheen de tijd wijzigen.⁵³⁸ Dit is inherent aan het concept, maar al te drastische veranderingen in de forfaits zouden de ziekenhuizen wel in moeilijkheden kunnen brengen. Omwille van het lange termijn karakter van de investeringen waarvoor de forfaits worden aangewend, is het aangewezen om te vermijden dat de financieringsstroom op korte termijn volledig onvoorspelbaar is. We kunnen de evolutie in de verantwoorde activiteit daarom “afvlakken”, hetzij door een lopend gemiddelde van de waarde van de eenheid te nemen over de laatste x jaar, hetzij door de berekening van de forfaits slechts om de x jaar door te voeren, zodat de ziekenhuizen (zowel positieve als negatieve) verwachte wijzigingen goed op voorhand kunnen voorzien. Dit stelt de ziekenhuizen in staat om de noodzakelijke aanpassingen aan de infrastructuur beter in te plannen. De benadering met afgevlakte eenheden vermindert de financiële onzekerheid van de ziekenhuizen, maar komt toch tegemoet aan de Europese regelgeving, omdat er geen vaste forfaits (ongewijzigde bedragen) worden gewaarborgd.
- Wanneer een continue variabele gebruikt wordt als eenheid (bv. het aantal verlossingen) ontstaat er een andere vorm van instabiliteit, omdat de forfaits dan elk jaar wijzigen (bv. het aantal bevallingen zal zelden exact hetzelfde zijn over de jaren heen). Dit leidt dan niet tot drastische wijzigingen van het ene jaar naar het andere, maar wel tot een grillig verloop met voortdurende relatief kleine schokjes in de resulterende forfaits. Om dit te vermijden kan men opteren voor een “getrapte” benadering, waarbij de variabelen afgerond worden naar het dichtstbijzijnde tiental/honderdtal/duizendtal of een andere gespecificeerde getallencategorie (bv. in sprongen van 200). Een getrapte benadering verzwakt ook de prikkel tot overconsumptie, die aanwezig zou zijn als elke (zelfs kleine) wijziging in de waarde van de eenheid onmiddellijk financiële gevolgen zou hebben. De voor- en nadelen van deze benadering worden geïllustreerd in Figuur 1. Veronderstel dat we het forfait laten bepalen door het aantal verlossingen. Wanneer we enerzijds de blauwe lijn volgen zou in dat geval elke kleine wijziging in het aantal verlossingen onmiddellijk financiële implicaties hebben. In een getrapte systeem (de rode stippellijn) zal de waarde echter constant blijven (gelijk aan OB) voor elk aantal verlossingen kleiner dan OA, en wanneer het aantal verlossingen groter is dan OA blijft de waarde van de eenheid ook stabiel op OC. Grillige wijzigingen worden daardoor vermeden. Anderzijds zullen ziekenhuizen die een zeer gelijkaardig aantal verlossingen hebben, maar net onder en net boven de categoriegrens OA vallen, een verschillend forfait krijgen: de waarde van de eenheid maakt dan immers een sprong van OB naar OC. Ziekenhuizen krijgen dan sterke prikkels om te streven naar een waarde van de eenheid net boven OA. Deze voor- en nadelen zullen in elk specifiek geval tegen elkaar moeten afgewogen worden.

538 Het kan in dit geval gaan om “echte” wijzigingen in verantwoorde activiteit. Wijzigingen kunnen echter ook veroorzaakt worden doordat de berekeningswijze van de eenheid verandert, misschien zelfs door beslissingen die op federaal niveau genomen worden. In dat laatste geval is het zeker opportuun om de resulterende schok in de forfaits af te vlakken.



Figuur 1 Illustratie van een getrapte benadering van het aantal eenheden

- Het antwoord op de vraag waar precies de trap moet aangebracht worden en vanaf welk punt de eerste trede start (0 of een hogere waarde) kan niet in algemene termen geformuleerd worden, omdat het afhangt van de betrokken eenheid. Een grondig onderzoek van de statistische verdeling van de waarde van de eenheid over alle Vlaamse ziekenhuizen zou in dit verband zeker nuttige informatie opleveren. Binnen het bestek van deze studie was dit onderzoek echter niet haalbaar. Een gemakkelijk alternatief is om het verschil tussen de hoogste en de laagste geobserveerde waarde te berekenen (indien nodig gecorrigeerd voor eventuele outliers) en dan dat verschil in gelijke segmenten te verdelen. Wanneer men twee trappen wenst, zou dat dan betekenen dat die gelegd worden op $(e_{max}-e_{min})/2$ en op $2(e_{max}-e_{min})/3$, waarbij e_{min} staat voor de laagste en e_{max} voor de hoogste geobserveerde waarde. Wanneer het aantal eenheden (en dus e_{min} en e_{max}) sterk variëren doorheen de tijd, kan men de drempelwaarden op geregelde tijdstippen aanpassen.
- Hoewel ze nauw aan elkaar verwant zijn, heeft de invoering van “afgevlakte” en “getrapte” variabelen toch verschillende doelstellingen. “Afgelakte” variabelen spreiden grote wijzigingen uit doorheen de tijd om de aanpassing gemakkelijker te laten verlopen en zijn dus geschikt voor eenheden waar een significante wijziging verwacht wordt. “Getrapte” variabelen vermijden dat er voortdurend kleine wijzigingen in de eenheden optreden, die continu (kleine) aanpassingen vereisen. In principe zijn “afgevlakte” en “getrapte” benaderingen dan ook te combineren.

1.4.2 Inbouwen van bijkomende prikkels

Bij de bepaling van de eenheden kan ook nog met andere prikkels rekening gehouden worden. Meer bepaald zou men er kunnen aan denken om een grotere of kleinere fractie van de uitgaven te subsidiëren naarmate men bepaalde types van investeringen wil stimuleren (bijvoorbeeld omdat ze de bewezen effectiviteit verhogen) of afremmen (omdat ze overconsumptie zouden kunnen stimuleren). Men moet er hierbij rekening mee houden dat overcompensatie door de Europese regelgeving wordt uitgesloten. Zoals uitvoerig uitgelegd in Hoofdstuk 3, mogen de subsidies niet hoger zijn dan nodig is om de uitvoering van de openbaredienstverplichtingen van de ziekenhuizen te dekken.

Het belangrijkste voorbeeld van sturende financiering is de mogelijke invoering van “netwerkstimulansen”. Een netwerk wordt hier ruim gedefinieerd als een functioneel samenwerkingsverband tussen verschillende ziekenhuizen of andere zorgactoren. Stimulansen kunnen gegeven worden om gezamenlijk te investeren in infrastructuur wanneer dit tot efficiëntieverbetering kan leiden (bv. labo) of om de nodige capaciteit uit te bouwen op netwerkniveau, in plaats van op ziekenhuisniveau. We hebben in sectie 1.3 reeds uitgelegd dat dit implicaties heeft voor de afzondering van specifieke parameters. Maar invoering van netwerkstimulansen vereist ook dat de eenheden die samenhangen met die parameters op een adequate wijze worden gedefinieerd. We gaan daar meer in detail op in in sectie 2.2.1.

1.4.3 Overzicht van beoordelingscriteria voor de keuze van eenheden

We kunnen nu op basis van de voorgaande algemene overwegingen een meer concreet overzicht geven van de verschillende criteria die zullen gehanteerd worden bij de keuze van de specifieke eenheden waarin de parameters worden uitgedrukt. We geven vooral voorbeelden die reeds kunnen begrepen worden op basis van de huidige regelgeving. Sommige van deze beoordelingscriteria zijn conflicterend: er moeten dus afwegingen gemaakt worden.

- *Conform EU ESR-regelgeving:* Het gesubsidieerde bedrag is voorwaardelijk. Momenteel wordt dit bewerkstelligd doordat het bedrag elk jaar goedgekeurd moet worden en kan wijzigen, en doordat de betaling ervan zelfs stopgezet kan worden. Het opnemen van eenheden die afhangen van de (verantwoorde en werkelijke) activiteit van het ziekenhuis kan bijdragen tot deze voorwaardelijkheid.
- *Stimuleert optimalisatie van infrastructuurgebruik op basis van de activiteit:* De eenheid/financiering stimuleert het ziekenhuis om bij veranderende activiteit de beschikbare infrastructuur optimaal opnieuw in te delen. Dit kan bijvoorbeeld door de infrastructuur te hergebruiken voor een nieuwe of stijgende activiteit binnen het ziekenhuis of door ze te verhuren aan externe partijen. Deze stimulans is (deels) aanwezig bij alle activiteit-gedreven eenheden.
- *Biedt financiële zekerheid voor de ziekenhuizen:* De financiële steun voor de infrastructuurinvesteringen is over een langere periode stabiel. Deze investeringen zijn voor het ziekenhuis een vaste kost, die financieel gedragen moet worden (althans op korte tot middellange termijn) ongeacht de bezettingsgraad van de infrastructuur. Omwille van het lange termijn karakter van deze investeringen gaan ze ook gepaard met financiële stromen op langere termijn (bv. bankleningen op 20-25 jaar). Slechts op langere termijn kan deze vaste kost mogelijks gecompenseerd worden door een andere invulling van de ruimte. Hoewel bij het gebruik van eenheden op basis van activiteit (bv. verantwoorde bedden), een dalende subsidie voor een parameter met dalende activiteit gedeeltelijk gecompenseerd kan worden door een toename van de subsidie voor een parameter met stijgende activiteit (bv. dagziekenhuis), is deze compensatie niet gegarandeerd (bv. ziekenhuizen met gespecialiseerde zorg waarvoor klassieke opnames vereist blijven). Eenheden die sterk variëren doorheen de tijd zorgen dus voor financiële onzekerheid voor de ziekenhuizen en maken externe financiering van de infrastructuur duurder. Precies daarom hebben we de mogelijkheid van “afgevlakte” definities van de eenheden ingevoerd (in sectie 1.4.1).
- *Onafhankelijk van activiteit anderen:* De eenheid hangt zo weinig mogelijk af van de activiteit van andere ziekenhuizen. Eenheden die berekend worden op basis van een nationaal gemiddelde (bv. aantal verantwoorde bedden) voldoen bijvoorbeeld niet aan dit criterium.

- *Onafhankelijk van federale regelgeving:* De eenheid in de Vlaamse regelgeving wordt niet te sterk beïnvloed door wijzigingen in federale regelgeving, die niet in de eerste plaats gericht zijn op infrastructuurfinanciering.
- *Beperkt de nood aan periodieke updates regelgeving:* De definitie van de eenheid moet niet op regelmatige basis aangepast worden om in overeenstemming te blijven met de zorgrealiteit. De eenheid "aantal dagplaatsen" (in de huidige regelgeving gebruikt voor de parameter dagziekenhuis) voldoet bijvoorbeeld niet aan dit criterium. De lijst van forfaits die opgenomen zijn in de definitie van deze eenheid moet worden aangepast van zodra er nieuwe forfaits worden afgesproken of oude forfaits verdwijnen. Eenzelfde regelmatige aanpassing dringt zich op bij de eenheid "verantwoorde operatiezalen" (thans gebruikt voor de parameter operatiekwartier). De lijst met standaardtijden voor chirurgische ingrepen moet immers regelmatig bijgesteld worden om de effectieve activiteit in het operatiekwartier te weerspiegelen.⁵³⁹
- *Conform nieuwe zorgvormen:* De eenheid maakt het mogelijk om nieuwe zorgvormen eenvoudig te integreren (bv. telemonitoring of zorgvormen die niet gekoppeld zijn aan gebruik van bedden). Hoe meer een eenheid verbonden is met een specifieke zorgvorm (bv. "aantal lineaire versnellers") of hoe meer de infrastructuur verbonden aan de eenheid onderhevig is aan aanpassingen bij de introductie van nieuwe zorgvormen, hoe minder flexibel deze eenheid toekomstige zorgvormen kan opvangen. Anderzijds, hoe meer de definitie van de eenheid een periodieke update vereist, hoe eenvoudiger het is om via deze update nieuwe zorgvormen mee op te nemen in de eenheid (eventueel als vervanging van de oude zorgvorm), veronderstellend dat deze updates plaatsvinden. Hoe minder de financiering gekoppeld is aan specifieke fysieke kenmerken van de infrastructuur, en hoe sterker ze gekoppeld is aan onderliggende noden, hoe beter nieuwe zorgvormen kunnen geïntegreerd worden.
- *Geschikt voor deelprojecten:* De eenheid is eenvoudig te berekenen bij een deelbouwproject, waardoor het relatieve belang van de verschillende parameters verandert. Eenheden die enkel kunnen berekend worden op het niveau van het totale ziekenhuis en niet specifiek reageren op wijzigingen in de parameter waaraan ze verbonden zijn, zijn daarom minder geschikt.
- *In verhouding tot de werkelijke kost van de fysieke infrastructuurnood:* De eenheid staat in relatie tot de ruimte die verbonden is met de betreffende parameter, d.w.z. dat kosten en ruimtenoden voor die parameter op een logische wijze in functie van die eenheid kunnen uitgedrukt worden. Bijvoorbeeld, het aantal goedgekeurde bedden heeft een nauw verband met het aantal m² (onroerende investering) dat nodig is om een beddenhuis te realiseren.
- *Gebaseerd op beschikbare en ondubbelzinnig gedefinieerde gegevens:* De eenheden zijn afgeleid uit reeds beschikbare gegevens (op federaal of Vlaams niveau) (zie sectie 1.2).
- *Vermijdt overconsumptie of overcapaciteit:* De eenheid mag geen stimulans bieden om zorg te verstrekken die medisch gezien niet noodzakelijk is. Voorbeelden hiervan zijn het verhogen van het aantal spoedcontacten door bv. opnames via spoed in plaats van opnames via de reguliere weg of het verlengen van een verblijf omwille van financiering per dag. Door eenheden getrapd te definiëren kan deze stimulans al deels verminderd worden (zie sectie 1.4.1). Het risico op overcapaciteit bij het

539 Wegens een gebrek aan deze updates, wordt momenteel 21% van de operaties op deze lijst niet uitgevoerd in een operatiezaal (Ontrafeling van het Budget Financiële Middelen naar pathologiegroepen, UZ Leuven, Januari 2018 (niet publiek beschikbaar)).

gebruik van bv. activiteit-gedreven eenheden is vooral aanwezig bij infrastructuur waarvoor momenteel nog geen (architecturale) erkenningsnormen voorhanden zijn (bv. laboratorium).

- *Regulering via zorgstrategische planning en erkenning:* De eenheid is gerelateerd aan een correcte inschatting van de werkelijke infrastructuurnood (gegeven een bepaalde ziekenhuisactiviteit en gegeven gewenste evoluties zoals meer eenpersoonskamers) bij de goedkeuring van de bouwaanvraag en het bijhorende zorgstrategisch plan (ZSP). Bij sommige eenheden (bv. goedgekeurde bedden) is er een financiële stimulans vanuit de forfaits om meer “eenheden” te bouwen, ook wanneer dit niet goed spoort met het ZSP. Of het wenselijk is dat eenheden voldoen aan dit criterium hangt af van de instrumenten die het beleid verkiest om een sturend vermogen aan de forfaits te geven, meer bepaald of het beleid oordeelt dat er bovenop de directe regulering ook nog indirecte financiële stimulansen moeten gecreëerd worden via het subsidiemechanisme (cf. de discussie in Hoofdstuk 1, sectie 3.2).

2 Parameters en eenheden voor de algemene ziekenhuizen

In deze sectie bespreken we de parameters en eenheden voor de algemene ziekenhuizen. We overlopen eerst de parameters en bijhorende eenheden in de huidige forfaits (sectie 2.1). In sectie 2.2 stellen we nieuwe parameters en eenheden voor. De keuze en definitie van de nieuwe parameters en eenheden zijn veelvuldig afgetoetst met de sector (financiële directies van de algemene ziekenhuizen en experts van Zorgnet-Icuro) en met de stuurgroep van deze studie.

2.1 Huidige parameters en eenheden

In sectie 2.1.1 bespreken we de parameters en eenheden in de huidige forfaits. In sectie 2.1.2 gaan we dieper in op de toewijzing van kosten en ruimte van de ondersteunende diensten aan de parameters.

2.1.1 Overzicht van de parameters en eenheden

Tabel 4 geeft een overzicht van de parameters en eenheden zoals bepaald in het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) van 14 juli 2017 (en aangepast in het BVR van 26 oktober 2018).

Het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait zijn samengesteld uit dezelfde (9) parameters. De eenheden waarin de parameters worden uitgedrukt zijn voor sommige parameters wel verschillend tussen het strategisch en het instandhoudingsforfait.

Ook de datum waarop de eenheden “geteld” worden is verschillend tussen het strategisch en het instandhoudingsforfait. Het aantal eenheden voor de berekening van het strategisch forfait is het aantal op 1 januari van het jaar waarin het akkoord strategisch forfait wordt verleend (bv. voor het aantal verantwoorde bedden) ofwel het aantal op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend (bv. voor het aantal erkende bedden). Het aantal eenheden voor het instandhoudingsforfait is het aantal op 1 januari van het jaar waarop het forfait betrekking heeft voor de erkende eenheden en 1 of 2 jaar voor het jaar waarop het forfait betrekking heeft voor de andere eenheden.

Tabel 4 Parameters en eenheden voor het strategisch en instandhoudingsforfait in het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) van 14 juli 2017

Parameter	Eenheid strategisch forfait	Eenheid instandhoudingsforfait
Verpleegeenheid	Verantwoorde bedden	Erkende bedden
Dagziekenhuis	Plaatsen	Plaatsen
NIC-dienst ¹	Verantwoorde bedden	Erkende bedden
Intensieve zorgen	Erkende bedden	Erkende bedden
Operatiekwartier (OKA)	Verantwoorde zalen	Weerhouden zalen
Verloskwartier	Verlossingen/100	Verlossingen/100
N*-functie ²	Verlossingen/100	Verlossingen/100
Radiotherapie	Aantal toestellen	Aantal toestellen
Dialyse	Posten voor chronische nierinsufficiëntie	Centrum voor chronische nierinsufficiëntie

1 NIC = neonatale intensieve zorg; N*-functie = functie van lokale neonatale zorg

2.1.1.1 Verpleegeenheid

De eenheid voor het strategisch forfait is het aantal verantwoorde bedden (zie Tekstkader 1). Meer concreet wordt hiermee bedoeld: “de som van het aantal verantwoorde bedden per kenletter (i.e. C (inclusief L), D, CD, M (inclusief MIC⁵⁴⁰), E, G) en het aantal erkende en vergunde Sp-, A- en K-bedden (exclusief k(d) en a(d), inclusief k(n) en a(n)) en het aantal For-K bedden.”

Er is slechts 1 algemeen ziekenhuis in Vlaanderen met een erkend brandwondencentrum. De kenletter BR wordt als deel van de erkende C-bedden gerapporteerd (FOD Volksgezondheid, 2019). Gezien deze bedden in de huidige definitie van de eenheid voor het strategisch forfait niet additioneel onder de erkende/vergunde bedden staan opgelijst, wordt hier geen aparte financiering voor voorzien.⁵⁴¹

De eenheid voor het instandhoudingsforfait is het aantal erkende bedden. Tekstkader 2 geeft de kenletters voor de erkende bedden en plaatsen in een algemeen ziekenhuis. For-K bedden of bedden voor forensische kinder- en jeugdpsychiatrie zijn momenteel (nog) niet erkend. Ze worden gefinancierd via onderdeel B4 van het budget van financiële middelen onder de vorm van pilootprojecten (zie sectie 3.2.2.8).

540 Maternale intensieve zorg. De zorg in een MIC-afdeling is eigenlijk geen “intensieve zorg” maar een “intensieve monitoring” van risicovolle zwangerschappen (Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 289. D/2017/10.273/45).

541 FOD Volksgezondheid (2019), “Bijkomende informatie over bedindexen, verpleegeenheden en verpleegkundige zorgperiodes”, geconsulteerd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/bijkomende_informatie_ove_r_bedindexen_verpleegeenheden_en_zorgperiodes_2019_12.pdf

Tekstkader 1 Verantwoorde bedden

De algemene (en universitaire) ziekenhuizen worden gefinancierd op basis van een gesloten nationaal budget, het budget van financiële middelen of BFM. Het BFM bestaat uit verschillende delen die aan de individuele ziekenhuizen worden toegewezen op basis van een specifieke berekeningsmethode en parameters voor elk onderdeel. Onderdeel B2 is het grootste gedeelte en dekt onder andere het loon van het verpleegkundig en zorgkundig personeel. De “verantwoorde activiteit” van de ziekenhuizen bepaalt hun deel van het B2-budget. Verantwoorde activiteit verwijst naar de nationale gemiddelde ligduur.

Ziekenhuisverblijven worden toegewezen aan een *Major Diagnostic Category* (MDC) op basis van de hoofddiagnose van het verblijf, en vervolgens aan één van de 318 APR-DRG's of *All Patient Refined Diagnosis Related Groups* op basis van hun hoofddiagnose, nevendiagnosen en medische procedures. Binnen een APR-DRG worden de ziekenhuisverblijven verder ingedeeld volgens ernst van de ziekte.

Voor alle verblijven met eenzelfde APR-DRG en ernst van ziekte wordt op nationaal niveau de gemiddelde verblijfsduur berekend. Uit de nationale gemiddelde verblijfsduur en de case-mix van het ziekenhuis kan het aantal verantwoorde ligdagen afgeleid worden. Vervolgens wordt het aantal verantwoorde bedden per dienst (kenletter) berekend door het aantal verantwoorde ligdagen te vermenigvuldigen met 365 en met de bedbezettingsgraad (bv. 80% voor C- en D-diensten).

Bron: Van de Voorde et al. (2014)⁵⁴²

Tekstkader 2 Kenletters van erkende bedden en plaatsen in een algemeen ziekenhuis

- C:** dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
- D:** dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling
- CD:** dienst voor heelkundige en geneeskundige behandeling
- L:** dienst voor besmettelijke ziekten
- M:** dienst materniteit
- E:** dienst voor kindergeneeskunde
- G:** dienst voor geriatrie
- Sp:** gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie
- A:** dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling
 - a(n): nachtverpleging in A-dienst
 - a(d): dagverpleging in A-dienst
- K:** dienst neuropsychiatrie voor kinderen
 - k(n): nachtverpleging in K-dienst
 - k(d): dagverpleging in K-dienst

542 Van de Voorde C, Van den Heede K, Obyn C, Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Busse R, Magnussen J, Camaly O, Devriese S, Gerkens S, Mispion S, Neyt M, Mertens R. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 229. D/2014/10.273/68

2.1.1.2 Dagziekenhuis

De eenheid voor beide forfaits is het aantal plaatsen die als volgt gedefinieerd zijn: “de som van het aantal verantwoorde plaatsen en het aantal erkende en vergunde plaatsen voor dagverpleging in een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling voor volwassenen (kenletter a(d)) en in een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen (kenletter k(d)). Voor een ziekenhuis dat beschikt over een erkenning van een zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, wordt dat aantal plaatsen met zes plaatsen vermeerderd per in dat ziekenhuis erkende en vergunde dienst daghospitalisatie voor de geriatrische patiënt, als onderdeel van een erkenning van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt, op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend.”

In het BVR 2017 wordt volgende formule gebruikt voor de berekening van het aantal verantwoorde plaatsen:

$$\text{Aantal verantwoorde plaatsen} = \frac{0,75 * \text{aantal daghospitalisaties}}{250 * 0,8}$$

Hierbij wordt verstaan onder:

- Aantal daghospitalisaties: aantal verantwoorde gerealiseerde chirurgische daghospitalisaties en de effectief gerealiseerde daghospitalisaties waarvoor een van volgende forfaits wordt aangerekend zoals bepaald in de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, bij het ontbreken daarvan, overeenkomstig de overeenkomst tussen de ziekteverzekering en de verpleeginrichtingen:
 - maxiforfait (vanaf 1/3/2017 enkel n.a.v. algemene anesthesie, dit bedrag is ziekenhuisafhankelijk, artikel 4, §4 a).
 - oncoforfait (vanaf 1/3/2017, onco-combitherapie en onco-monotherapie, artikel 4, §4 b) b of c. Vanaf 2018 worden ook de oncoforfaits onco-monotherapie pediatrie en onco-combitherapie pediatrie meegenomen).
 - dagziekenhuisforfait (“Forfait groep 1-7”, artikel 4, §5).
 - forfait chronische pijn (artikel 4, §8).
- 0,75: een plaats voor daghospitalisatie kan 1,33 maal gebruikt worden per dag.
- 250: het aantal werkdagen per jaar.
- 0,8: de minimale bezettingsgraad van 80%.

De financiering van het geriatrisch dagziekenhuis is gestart als een proefproject (van 1/7/2006 tot en met 30/06/2014), met financiering vanuit onderdelen B1 en B2 van het BFM. Vanaf 1/7/2014 is er structurele financiering via onderdeel B4 via een jaarlijks forfait dat berekend wordt op basis van het aantal verblijven van geriatrische patiënten die werden opgenomen in daghospitalisatie (artikel 63ter in het KB van 25 april 2002). Het geriatrisch dagziekenhuis moet een afzonderlijke architecturale eenheid zijn die bestaat uit minstens zes bedden (per erkende dienst).

De verantwoorde plaatsen worden berekend in functie van de activiteit in dagchirurgie en op basis van het aantal forfaits voor de medische dagopnames. Voor het geriatrisch dagziekenhuis houdt men geen rekening met de activiteit voor de berekening van het aantal plaatsen omdat de infrastructuurkosten voor de zes bedden moet gemaakt worden als onderdeel van een erkenning voor het zorgprogramma geriatricie, ongeacht het aantal opnames.

2.1.1.3 Neonatale intensieve zorg (NIC-dienst)

De eenheid voor het strategisch forfait is het aantal verantwoorde NIC-bedden. De eenheid voor het instandhoudingsforfait is het aantal erkende NIC-bedden.

2.1.1.4 Intensieve zorgen

De eenheid voor de functie intensieve zorgen is voor beide forfaits het aantal vergunde en erkende bedden binnen de functie intensieve zorgen.

2.1.1.5 Operatiekwartier

De eenheid voor het strategisch forfait is het aantal verantwoorde (of gefinancierde) zalen. Tekstkader 3 legt bondig uit hoe de operatiezalen in een ziekenhuis gefinancierd worden.

Tekstkader 3 Financiering van operatiekwartier in het ziekenhuisbudget

Het aantal operatiezalen waarvoor een ziekenhuis financiering krijgt via onderdeel B2 van het ziekenhuisbudget (BFM) wordt bepaald door het type en het aantal chirurgische interventies (inclusief de interventies in het chirurgisch dagziekenhuis) en de standaardtijd per interventie.

Ziekenhuizen krijgen ook financiering voor operatiezalen die permanent beschikbaar worden gehouden. Deze financiering is onafhankelijk van de activiteit. Er wordt een permanente zaal toegekend indien het ziekenhuis aan bepaalde voorwaarden voldoet (bv. het ziekenhuis moet beschikken over minstens 5 zalen berekend op basis van de standaardtijden en over een erkend zorgprogramma cardiale pathologie B). Een bijkomende permanente zaal wordt toegekend indien het ziekenhuis recht heeft op minstens 8 zalen op basis van de standaardtijden.

Bron: KB van 25 april 2002 Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (artikel 46)

De eenheid voor het instandhoudingsforfait is het aantal weerhouden zalen. De permanente zalen worden niet meegeteld.

2.1.1.6 Verloskwartier

De eenheid is voor beide forfaits het aantal verlossingen/100⁵⁴³.

2.1.1.7 N*-functie

De N*-eenheid is de fysieke ruimte in het ziekenhuis die “uitsluitend bestemd is voor het toezicht, de behandeling en de verzorging van pasgeborenen met specifieke aanpassingsproblemen die gespecialiseerde, niet-intensieve, neonatale zorg vereisen” (zie KB van 20/08/1996⁵⁴⁴). Elke materniteit heeft een N*-eenheid, binnen een erkende N*-functie. In het verleden werden N*-eenheid en N*-functie door elkaar gebruikt in de regelgevingen. In het MB van 11 mei 2007 en de VIPA-regelgeving⁵⁴⁵ waren beide als aparte parameter opgenomen, met als verschil dat de ruimtebehoefte voor de N*-functie dubbel zo

543 Merk op dat dit dus niet “per 100” of “getrapt” is, maar “gedeeld door” 100.

544 Koninklijk Besluit van 20 augustus 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie van lokale neonatale zorg moet voldoen om te worden erkend.

545 Besluit van de Vlaamse Regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen

groot was (i.e., 100 m² per aantal verlossingen/100 voor de N*-functie en 50 m² voor N*-eenheid). De bouwkost (€/m²) was in beide regelgevingen gelijk voor beide parameters. In het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 werd de N*-functie als parameter en term behouden, maar kreeg de ruimtebehoefte van de N*-eenheid (nl. 50 m²) toegewezen.

De eenheid voor de N*-functie is voor beide forfaits het aantal verlossingen/100.

2.1.1.8 Radiotherapie

De eenheid voor radiotherapie (of bunker) is voor beide forfaits het aantal toestellen, gedefinieerd als het “aantal lineaire versnellers”. De lineaire versnellers worden toegerekend aan de ziekenhuizen die beschikken over een erkenning voor die versnellers. In geval van een associatie van ziekenhuizen kunnen de lineaire versnellers binnen de associatie worden toegerekend aan één van de ziekenhuizen van de associatie, dat beschikt over een erkenning voor lineaire versnellers.

Het “aantal lineaire versnellers” is gelijk aan het aantal bestralingsapparaten waarvoor een toestelfinanciering (via VIPA of BFM) wordt uitbetaald. Vanuit de regelgeving van de toestelfinanciering wordt een maximum aantal toestellen opgelegd, dat afgeleid wordt van het aantal prestaties (artikel 31, § 3, 2°, a en b uit het KB van 25 april 2002). De bestralingsapparaten die hiervoor in aanmerking komen zijn de lineaire versnellers en gamma knife apparaten.

2.1.1.9 Dialyse

De eenheid voor het strategisch forfait is het aantal posten voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie, de eenheid voor het instandhoudingsforfait is het aantal centra voor chronische nierinsufficiëntie.

2.1.2 Ondersteunende diensten

De financiering voor de ondersteunende diensten zit verweven in de financiering voor enkele parameters in de forfaits. De huidige regelgeving (BVR 2017 en 2018) is grotendeels gebaseerd op het MB van 11 mei 2007 (MB 2007) en het advies van de Nationale (nu Federale) Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 8 februari 2007 (Advies NRZV 2007)⁵⁴⁶. Deze ondersteunende diensten zijn in de regelgeving (zowel voor als na de bevoegdheidsoverdracht) niet altijd transparant te identificeren. We maken een onderscheid tussen de ruimtebehoefte (sectie 2.1.2.1) en de kosten (sectie 2.1.2.2). In Hoofdstuk 5, sectie 2.5 worden de details van beide elementen ook weergegeven in een tabel die gebruikt kan worden als vergelijkingsbasis voor de resultaten.

2.1.2.1 Ruimtebehoefte

In het Advies NRZV 2007 wordt als ruimtebehoefte 98,5 m² toegewezen aan een bed (eenheid voor een verpleegeenheid) en aan een plaats (eenheid voor het dagziekenhuis). De 98,5 m² is als volgt onderverdeeld: 46 m² voor een bed of plaats en 52,5 m² voor de ondersteunende diensten. Binnen de ondersteunende diensten is er een verdere onderverdeling naar apotheek, labo, medische beeldvorming, spoedgevallen, consultaties, keuken, etc. Zowel de verpleegeenheid, het dagziekenhuis als de ondersteunende diensten worden in dat advies de functies van het basisziekenhuis genoemd. Voor de

546 Advies van de NRZV van 8 februari 2007 omtrent de bouwkalender en de herziening van de ministeriële besluiten van 1978 tot vaststelling van de maximumkostprijs per bed die in aanmerking moet worden genomen voor de toepassing van het KB van 13 december 1966, NRZV/D/SF/20-1

intensieve zorgen (IZ), wat in het advies valt onder de specifieke functies, wordt de ruimtebehoefte uitgedrukt als bijkomende m² per IZ-bed ten opzichte van de ruimtebehoefte van een bed in een verpleegeenheid. De bijkomende m² bedraagt 30 m² per bed, waarbij ook NIC- en MIC-bedden als een IZ-bed worden beschouwd.

Concreet betekent dit dat de ruimtebehoefte voor een IZ-bed (inclusief NIC- en MIC-bed) bestaat uit 30 m² per bed (bijkomend) en 46 m² per bed (zoals een bed op een verpleegeenheid). Aangezien de functie intensieve zorgen gebaseerd is op het aantal C-, D- en E-bedden van het ziekenhuis (zie ook sectie 2.2.3.4), is het aannemelijk dat de ruimtebehoefte voor een IZ-bed groter is dan een bed voor een gewone verpleegeenheid. Het verrassende aan dit voorstel is echter dat dezelfde redenering wordt toegepast voor een NIC- of MIC-bed (waarvoor het aantal bedden niet wordt berekend op basis van andere bedden in de verpleegeenheid).

In het MB 2007 wordt de ruimtebehoefte van het Advies NRZV 2007 overgenomen, maar worden de ondersteunende diensten niet apart vermeld. In het BVR 2017 wordt de ruimtebehoefte van het MB 2007 overgenomen. De NIC-dienst is echter als een aparte parameter opgenomen. De MIC-bedden worden niet als een aparte parameter vermeld, maar behoren tot de M-bedden en dus tot de parameter verpleegeenheid.

We kunnen dus besluiten dat in de huidige forfaits de ruimtebehoefte van de ondersteunende diensten (zoals bepaald in artikel 17 van het BVR 2017) is opgenomen onder de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, intensieve zorgen en NIC-dienst.

2.1.2.2 Kosten

In het Advies NRZV 2007 wordt ook de bouwprijs per m² vastgelegd. Voor een bed in een verpleegeenheid of plaats in het dagziekenhuis bedraagt de bouwprijs 1.743 €/m² (exclusief BTW en algemene kosten), voor een IZ-bed (inclusief NIC- en MIC-bed) is de bouwprijs 1.831 €/m².

De bouwprijs voor een bed of plaats is de gewogen som van de bouwprijs voor een bed/plaats (1.900 €/m²) en de bouwprijs voor de ondersteunende diensten (er zijn verschillende prijzen naargelang het type ondersteunende dienst). De gewichten zijn gelijk aan het aandeel van beide in de totale oppervlakte. De bouwprijs voor een IZ-bed is gelijk aan de gewogen som van de bouwprijs van een bed of plaats (1.743 €/m²) en de bouwprijs van een IZ-bed (2.200 €/m²), waarbij de gewichten eveneens gelijk zijn aan het aandeel in de totale oppervlakte van beide onderdelen. Een meer logische berekening zou zijn dat de ruimte voor een IZ-bed (=46 m²+30 m²) een bouwprijs van 2.200 €/m² krijgt en de ondersteunende diensten (52,5 m²) een bouwprijs van de ondersteunende diensten.

In het Advies NRZV 2007 worden de NIC- en MIC-bedden op eenzelfde manier behandeld als een IZ-bed. In het MB 2007 echter krijgen een NIC- en MIC-bed een bouwprijs van 2.200 €/m² toegewezen en niet 1.831 €/m² zoals een IZ-bed.

2.2 Voorstel nieuwe parameters

De nieuwe parameters en eenheden zijn beoordeeld op basis van de uitgangspunten en criteria in sectie 1. In de enquête die werd uitgestuurd naar de ziekenhuizen werd gevraagd om de huidige parameters of eenheden te beoordelen en om alternatieve voorstellen te formuleren (beschikbaar op aanvraag). Ook met deze input werd zoveel als mogelijk rekening gehouden. In de volgende secties bespreken we elke nieuwe parameter en de bijhorende eenheid/eenheden apart.

Tabel 5 geeft een overzicht van de nieuwe parameters en eenheden. De nieuwe parameters kunnen ingedeeld worden in drie grote groepen: verpleging, onderzoek en behandeling en zorgondersteunende diensten.⁵⁴⁷

Tabel 5 Voorstel van parameters en eenheden voor het strategisch en instandhoudingsforfait

Parameter	Eenheid strategisch forfait	Eenheid instandhoudingsforfait
Verpleging		
Verpleegeenheid	Minimum van (goedgekeurde, verantwoorde) bedden	Mix van (erkende, verantwoorde) bedden
Dagziekenhuis	Plaatsen	Plaatsen
Intensieve zorgen (incl. NIC-dienst)	Minimum van (goedgekeurde, gefinancierde) IZ-bedden + Minimum van (goedgekeurde, verantwoorde) NIC-bedden	Mix van (erkende, gefinancierde) IZ-bedden + Mix van (erkende, verantwoorde) NIC-bedden
N*-eenheid	Verlossingen/100	Verlossingen/100
Onderzoek en behandeling		
Operatiekwartier	Minimum van (goedgekeurde, verantwoorde) zalen	Verantwoorde zalen
Verloskwartier	Verlossingen/100	Verlossingen/100
Radiotherapie	Aantal toestellen in exploitatie	Aantal toestellen in exploitatie
Dialyse	Aantal chronische hemodialyses	Aantal chronische hemodialyses
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	Som aantal bedden en plaatsen	Som aantal bedden en plaatsen
Spoed	Aantal spoedunits	Aantal spoedunits
Zorgondersteunende diensten		
Centrale sterilisatieafdeling (CSA) ¹	Minimum van (goedgekeurde, verantwoorde) zalen	Verantwoorde zalen
Apotheek ¹	Som aantal bedden en plaatsen	Som aantal bedden en plaatsen
Labo ¹	Som aantal bedden en plaatsen	Som aantal bedden en plaatsen

1 Hogere financiering voor het strategisch forfait indien op basis van samenwerkingsverband

In sectie 2.2.1 gaan we eerst dieper in op de mogelijkheid om met de infrastructuurfinanciering ziekenhuizen aan te zetten tot samenwerking. In sectie 2.2.2 beschrijven we hoe in ons voorstel de ondersteunende diensten gefinancierd worden. Secties 2.2.3 tot 2.2.6 behandelen de nieuwe parameters en eenheden. In sectie 2.2.7 geven we voor elke eenheid de databron en de instantie die deze databron beheert.

⁵⁴⁷ Deze indeling is gebaseerd op de Nederlandse Bouwkostennota 2017 (Handreiking kengetallen benchmark zorgvastgoed. Bouwkostennota 2017). Zie ook Hoofdstuk 5.

2.2.1 Netwerkstimulans

Zoals reeds eerder beschreven (in sectie 1.4.2) zullen we voor verschillende parameters voorstellen om een netwerkstimulans in te voeren. Een netwerk wordt hier ruim gedefinieerd als een samenwerkingsverband tussen verschillende ziekenhuizen of andere zorgactoren. Stimulansen kunnen gegeven worden om gezamenlijk te investeren in infrastructuur wanneer dit tot efficiëntieverbetering kan leiden (bv. labo) of om de nodige capaciteit uit te bouwen op netwerkniveau, in plaats van op ziekenhuisniveau.

Samenwerking kan gestimuleerd worden door een lager forfait te voorzien indien de infrastructuur slechts door één ziekenhuis wordt aangevraagd. De variatie in de forfaits komt bovenop de voordelen die rechtstreeks kunnen samenhangen met schaaluitbreiding. Deze terugverdieneffecten van gezamenlijke investeringen zullen echter vaak liggen in een daling van de exploitatiekosten, eerder dan in een lagere bouwkost. Het is overigens meer aangewezen om netwerkstimulansen in te voeren voor het strategisch forfait, eerder dan voor het instandhoudingsforfait. Individuele ziekenhuizen moeten immers de middelen krijgen om hun bestaande infrastructuur te onderhouden.

De invoering van netwerkstimulansen vereist dat er duidelijkheid bestaat over aan wie de forfaits zullen worden toegekend (netwerk of ziekenhuis of groep van ziekenhuizen of andere zorgactoren in het samenwerkingsverband) en dat de rapportering van de eenheden op het correcte niveau gebeurt. In de toekomst kan het ook meer en meer gaan om een samenwerking tussen verschillende ziekenhuistypes (algemene, universitaire, psychiatrische en revalidatie), bijvoorbeeld in het kader van een nieuwbouw van een apotheek die door meerdere partijen wordt gebruikt. Indien zich dit voordoet, zal moeten bekeken worden hoe de eenheden voor die verschillende ziekenhuistypes op een gepaste manier gecombineerd kunnen worden. Momenteel wordt door het VIPA het wetgevend kader voorbereid om samenwerkingsinitiatieven juridisch te onderbouwen.

2.2.2 Ondersteunende diensten

In sectie 2.1.2 hebben we uitgelegd hoe de ondersteunende diensten (zie artikel 17 in het BVR van 14 juli 2017) zijn opgenomen in de huidige forfaits. In het nieuwe model maken we een onderscheid tussen de zorgondersteunende diensten en de niet-zorgondersteunende diensten, waarbij we een aantal zorgondersteunende diensten als aparte parameter opnemen. We geven de argumenten om een dienst als een aparte parameter op te nemen bij de parameters zelf, in onderstaande secties.

De niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten nemen we niet op als aparte parameter, maar wijzen we toe aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Indien de infrastructuurkosten voor deze ondersteunende diensten min of meer in verhouding staan tot de eenheden van de parameters waaraan ze zijn toegevoegd, zoals het aantal bedden of plaatsen, is deze keuze zeker te verantwoorden. Voor de concrete uitwerking verwijzen we naar Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6.

Een aparte parameter voor de ondersteunende diensten heeft nochtans als voordeel dat de kosten per m² en de ruimtebehoefte van de andere parameters (zoals verpleegeenheid en dagziekenhuis) die in de forfaits worden opgenomen, beter aansluiten bij de werkelijke kosten en ruimtebehoefte. Indien bv. de kosten per m² voor een verpleegeenheid verschillen van die voor ondersteunende diensten, dan worden de kosten per m² in het nieuwe voorstel berekend als een gemiddelde van de kosten per m² voor een verpleegeenheid en de ondersteunende diensten. De ondersteunende diensten zijn echter een heterogene groep die niet allemaal door eenzelfde eenheid kunnen voorgesteld worden. Dit zou betekenen dat er meerdere parameters moeten voorzien worden voor de ondersteunende diensten, ieder met een andere eenheid wat

in strijd is met het pragmatische criterium om het aantal parameters en eenheden beperkt te houden (sectie 1.2).

De ondersteunende diensten zouden ook kunnen toegewezen worden aan alle of het merendeel van de andere parameters en niet enkel aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Er zijn verschillende redenen waarom we de laatstgenoemde keuze gemaakt hebben. Ten eerste zijn de twee parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis in ieder ziekenhuis aanwezig (in tegenstelling tot bv. de NIC-dienst), wat ervoor zorgt dat de ruimtebehoefte in de gegevens kan berekend worden op basis van eenheden van alle ziekenhuizen. Ten tweede zorgt onze keuze ervoor dat de bouwkosten voor de parameters waarbij technieken een groter belang hebben (bv. intensieve zorgen) transparant zijn en dus ook eenvoudig kunnen aangepast worden aan wijzigingen vanwege technische evoluties. Ten derde wordt de behandeling bij het aanvragen van (een deel van) de forfaits voor een ondersteunende dienst vereenvoudigd en worden enkele van de hierboven beschreven inconsistenties weggewerkt.

2.2.3 Verpleging

2.2.3.1 Verpleegeenheid

Net zoals in de huidige situatie worden alle verpleegeenheden voor klassieke hospitalisatie (met overnachting en dus met bedden) samengenomen in de parameter verpleegeenheid, met uitzondering van de NIC-bedden. Concreet bevat deze parameter volgende kenletters: C, D, CD, L, M (inclusief MIC), E, G, Sp, A, a(n), K en k(n).

Het samenvoegen van alle verpleegeenheden in eenzelfde parameter heeft tot gevolg dat zowel de kost per m² als de ruimtebehoefte dezelfde zijn voor alle verpleegeenheden. Bijgevolg kan de berekende kost per m² en/of de ruimtebehoefte voor sommige verpleegeenheden hoger zijn dan de werkelijke waarden en voor andere verpleegeenheden lager. Bij een volledige nieuwbouw kunnen we ervan uitgaan dat de gemiddelde kost/ruimtebehoefte voor alle verpleegeenheden samen correct berekend is. Voor deelprojecten kunnen er echter wel afwijkingen zijn.

De parameter MIC was voor de bevoegdheidsoverdracht opgenomen in zowel de federale als Vlaamse regelgeving (bv. in het MB van 11 mei 2007). Voor een MIC-afdeling bedroeg de bouwprijs 2.200 €/m² terwijl dat voor een bed in de andere verpleegeenheden 1.743 €/m² bedroeg. In het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 is deze parameter niet langer opgenomen. Ook in de huidige studie is een MIC-afdeling niet als aparte parameter opgenomen. Een MIC-afdeling is geïntegreerd in een dienst kraaminrichting (kenletter M) en beschikt over minstens 8 bedden (artikel 8 in het KB van 20 augustus 1996⁵⁴⁸). Er worden geen andere architectonische normen vastgelegd die zouden verantwoorden om een MIC-afdeling als aparte parameter op te nemen of om die in te delen bij de parameter voor intensieve zorgen.

Een mogelijk alternatief was om een aparte parameter op te nemen voor elke verpleegeenheid. Dit zou toelaten om zowel de kost per m² als de ruimtebehoefte te berekenen voor elke verpleegeenheid. De kostenplaatsen die de basis vormen voor de berekening van de kost per m² (zie Hoofdstuk 6) worden gedefinieerd per kenletter. In de realiteit bestaat een verpleegeenheid echter vaak uit meerdere kenletters of bedtypes. Bijvoorbeeld, op een chirurgische verpleegeenheid (kenletter C) staan ook bedden interne

548 Koninklijk besluit van 20 augustus 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie van regionale perinatale zorg (P*-functie) moet voldoen om te worden erkend

geneeskunde (kenletter D). Bijgevolg zijn de kosten niet (altijd) eenduidig toe te wijzen aan een verpleegeenheid.

Voor het strategisch forfait is de eenheid het minimum van het aantal goedgekeurde en het aantal verantwoorde bedden (of het aantal erkende bedden indien er voor een kenletter geen verantwoorde bedden zijn). Het aantal goedgekeurde bedden is het aantal bedden dat goedgekeurd is in het zorgstrategisch plan (ZSP) en is ook het maximaal aantal bedden dat in deelprojecten kan opgenomen worden. We stellen voor dat bij de aanvraag van een strategisch forfait (nieuwbouw) het aantal erkende bedden aangepast wordt aan het aantal goedgekeurde bedden. Het aantal erkende bedden weerspiegelt immers voor de meeste verpleegeenheden niet meer de huidige activiteit in een ziekenhuis.⁵⁴⁹

Wanneer bij de aanvraag van een strategisch forfait het aantal goedgekeurde bedden in het ZSP lager ligt dan het aantal verantwoorde bedden, dan is het aantal eenheden gelijk aan het aantal goedgekeurde bedden. Dit geldt zowel voor een volledige nieuwbouw als voor deelprojecten. Wanneer door een daling van het aantal opnames of door een daling van de ligduur het aantal verantwoorde bedden kleiner wordt dan het aantal goedgekeurde bedden, wordt het aantal eenheden bepaald door het aantal verantwoorde bedden.

Het aantal goedgekeurde bedden ligt vast voor een bepaalde periode. Deze vaste eenheid verhoogt het belang van een goede inschatting van de benodigde capaciteit. Bij een herziening van het ZSP zou ook het aantal goedgekeurde bedden moeten (kunnen) herzien worden.

Het aantal verantwoorde bedden is in vergelijking met het aantal goedgekeurde of het aantal erkende bedden veel meer onderhevig aan veranderingen over de tijd. Om te vermijden dat het strategisch forfait jaarlijks moet aangepast worden, nemen we een afgevlakte waarde van het aantal verantwoorde bedden. In sectie 1.4.1 worden een aantal mogelijkheden opgelijst (bv. de gemiddelde waarde over de laatste x jaar, een herziening om de x jaar). De uiteindelijke beslissing hierover is echter een beleidskeuze.

Voor het instandhoudingsforfait is de eenheid een mix van het aantal erkende en het aantal verantwoorde bedden (of het aantal erkende bedden indien er voor een kenletter geen verantwoorde bedden zijn). Het gewicht dat aan beide types bed wordt gegeven, is een beleidskeuze. Hoe groter het gewicht van het aantal erkende bedden, hoe groter de vaste component in de parameter voor de verpleegeenheden. Het aantal goedgekeurde bedden is geen optie voor het instandhoudingsforfait omdat er enkel goedgekeurde bedden zijn voor ziekenhuizen met een goedgekeurd ZSP. Ook voor het instandhoudingsforfait stellen we een afgevlakte waarde van het aantal verantwoorde bedden voor.

2.2.3.2 *Dagziekenhuis*

Het dagziekenhuis wordt net als in de huidige forfaits als een aparte parameter opgenomen om volgende redenen:

- De eenheid (plaats) is verschillend van de eenheid van de verpleegeenheden (bed).

549 Blikvanger gezondheidszorg. Algemene ziekenhuizen, editie 2019. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, geconsulteerd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/blikvanger_gezondheidszorg_az_v10.pdf

- Een aparte parameter laat toe om een andere kost per m² en/of ruimtebehoefte te berekenen dan voor de verpleegeenheden. Bovendien opent dit ook de mogelijkheid om deze infrastructuur ten opzichte van andere infrastructuur te stimuleren indien het beleid dit nodig acht.

De parameter dagziekenhuis bevat zowel het chirurgisch als het niet-chirurgisch dagziekenhuis. Ondanks het hoger beschreven probleem dat deze keuze noopt tot regelmatige aanpassingen wanneer de lijst van forfaits gewijzigd wordt, behouden we toch de huidige definitie van de eenheden voor beide forfaits.

De huidige berekening van het aantal plaatsen voor het chirurgisch en niet-chirurgisch dagziekenhuis weerspiegelt de financiering van de activiteit die in het dagziekenhuis plaatsvindt. Uit een recente studie die is uitgevoerd in opdracht van het kabinet van de federale minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken is gebleken dat 10 tot 15% van de prestaties die in het dagziekenhuis worden uitgevoerd, geen forfaits genereren.⁵⁵⁰ Bij een herziening van de financiering van het dagziekenhuis⁵⁵¹ of wanneer forfaits voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis worden toegevoegd of geschrapt, zou ook de berekening van het aantal plaatsen moeten aangepast worden.

Net zoals voor de verantwoorde bedden in de verpleegeenheid stellen we een afgevlakte waarde van het aantal plaatsen voor om de administratieve last (inzameling van gegevens en berekening voor VIPA) en de financiële onzekerheid bij de ziekenhuizen te beperken.

2.2.3.3 Neonatale intensieve zorg (NIC-dienst)

De huidige parameter NIC-dienst wordt samengevoegd met de parameter intensieve zorg. Op basis van de ingezamelde gegevens en overleg met architecten en (nieuwbouw)ziekenhuizen achten we de infrastructuur (kosten en ruimtebehoefte) van een NIC-dienst voldoende vergelijkbaar met de infrastructuur van een functie intensieve zorgen. Immers, ook binnen de functie intensieve zorgen zijn er diverse types intensieve zorgen (pediatrische, cardiale, neurologische, etc.) met een verschillende investeringskost en ruimtebehoefte.

2.2.3.4 Intensieve zorgen

De functie intensieve zorgen⁵⁵² wordt net als in de huidige forfaits als een aparte parameter opgenomen omwille van de hogere kost per m² en ruimtebehoefte.

In het nieuwe voorstel bevat de parameter intensieve zorgen ook de neonatale intensieve zorg (NIC-dienst). Dat betekent dat voor beide diensten de kost per m² en de ruimtebehoefte dezelfde zijn. De eenheid is echter verschillend. Voor het strategisch forfait voor de NIC-dienst is de eenheid het minimum van het aantal goedgekeurde en het aantal verantwoorde bedden. We stellen dezelfde aanpassingen voor als bij de goedgekeurde bedden voor de parameter verpleegeenheid (erkende bedden worden gelijkgesteld aan goedgekeurde bedden en herziening goedgekeurde bedden bij herziening ZSP). Het aantal verlossingen is voor de NIC-dienst geen valabele eenheid omdat pasgeborenen vaak getransfereerd worden van een ziekenhuis zonder naar een ziekenhuis met een NIC-dienst.

550 Ontrafeling van het Budget Financiële Middelen naar pathologiegroepen, UZ Leuven, Januari 2018 (niet publiek beschikbaar)

551 Er loopt momenteel een studie over de financiering van daghospitalisatie binnen de overeenkomstencommissie verzekeringsinstellingen-verzorgingsinstellingen van het RIZIV.

552 Koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden.

Voor de functie intensieve zorgen is de eenheid voor het strategisch forfait het minimum van het aantal goedgekeurde en het aantal gefinancierde bedden.

In tegenstelling tot de verpleegeenheden, bestaat het concept “verantwoorde bedden intensieve zorgen” niet. Als alternatieve, variabele eenheid nemen we het aantal gefinancierde bedden. Dit aantal volgt uit een complexe berekening, zoals bepaald in artikel 46 van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen⁵⁵³. Ziekenhuizen krijgen extra budget als compensatie voor het aantal bedden intensieve zorgen op de afdelingen chirurgie (C), interne geneeskunde (D) en pediatrie (E). Deze bedden vragen immers een hogere bestafling. Het aantal bedden intensieve zorgen is een percentage van het aantal C-, D- en E-bedden en is gebaseerd op het aantal reanimatieverstrekingen, het aantal ligdagen op intensieve eenheden (het nationaal percentage verpleegdagen op intensieve zorgen of NPERCIZ) en op intensieve verpleegkundige zorgprofielen in het ziekenhuis, zoals weergegeven in de MVG (minimale verpleegkundige gegevens). Het budget voor een individueel ziekenhuis wordt bepaald aan de hand van een decielensysteem. Ziekenhuizen worden ingedeeld in decielen volgens de zorgzwaarte: hoe hoger het deciel, hoe meer C-, D- en E-bedden als intensieve bedden worden gefinancierd. Minimum 2% en maximum 10,25% van de C-, D- en E-bedden kan als intensieve bedden worden gefinancierd. Een beperking van de keuze voor gefinancierde bedden als eenheid voor de infrastructuurfinanciering is dat de activiteitenfinanciering (via het BFM) prikkels creëert om in een hoger deciel terecht te komen.

Voor het instandhoudingsforfait voor de NIC-dienst is de eenheid een mix van het aantal erkende en het aantal verantwoorde bedden. Het gewicht dat aan beide types bed wordt gegeven, is echter een beleidskeuze. De eenheid voor de functie intensieve zorgen is een mix van het aantal erkende (vergunde) en het aantal gefinancierde bedden.

We stellen een afgevlakte waarde voor de variabele concepten (verantwoorde en gefinancierde bedden) voor in beide forfaits.

2.2.3.5 *N*-eenheid*

In het nieuwe voorstel nemen we de N*-eenheid als aparte parameter op. Gezien deze eenheid wat betreft infrastructuur nauw aansluit bij de materniteit en de investeringen voor beide ook niet altijd eenduidig af te zonderen zijn, zou deze eenheid idealiter mee opgenomen worden onder de parameter verpleegeenheid (waar ook de materniteit toe behoort). De eenheid voor de parameter verpleegeenheid is het aantal bedden (erkende, verantwoorde of goedgekeurde bedden). Het concept “N*-bed” bestaat echter niet, waardoor de N*-eenheid niet door dezelfde eenheid als de materniteit kan uitgedrukt worden. Indien we deze kosten en m² dus mee zouden opnemen bij de parameter verpleegeenheid voor de berekening van de forfaits, zou dit willen zeggen dat er geen forfait specifiek voor de N*-eenheid zou kunnen aangevraagd worden, maar dat de kosten en ruimtebehoeftes verspreid zitten over alle andere bedkenletters. Dit maakt het systeem intransparant. Als alternatief zou men de kost per m² en/of de ruimtebehoefte van de materniteit kunnen ophogen. De ingezamelde gegevens lieten echter niet toe om een dergelijke ophoging te kwantificeren.

De eenheid voor de N*-eenheid is voor beide forfaits gelijk aan de huidige eenheid, namelijk het aantal verlossingen (per 100 verlossingen).

553 Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

2.2.4 Onderzoek en behandeling

2.2.4.1 Operatiekwartier

Het operatiekwartier wordt behouden als aparte parameter omwille van de hogere kost per m² en de grotere ruimtebehoefte dan bv. de verpleegeenheden of de andere parameters bij onderzoek en behandeling. In tegenstelling tot het huidige systeem wordt de CSA als een aparte parameter opgenomen.

De eenheid voor het strategisch forfait is het minimum van het aantal goedgekeurde en het aantal verantwoorde operatiezalen. Het aantal verantwoorde zalen is het aantal zalen zoals berekend in het BFM (zie Tekstkader 3). Er wordt momenteel een studie uitgevoerd, in opdracht van de FOD Volksgezondheid, naar de B2-financiering voor het operatiekwartier⁵⁵⁴. De belangrijkste opdracht is een evaluatie van de interventies die in een operatiezaal thuishoren en een herziening van de standaardtijden. De resultaten van deze studie kunnen een aanzienlijke impact hebben op het aantal verantwoorde operatiezalen per ziekenhuis.

De eenheid voor het instandhoudingsforfait is aantal verantwoorde operatiezalen. Immers, voor de operatiezalen is er geen “erkend” concept en ook het aantal goedgekeurde zalen is geen optie, want zolang er geen strategisch forfait is goedgekeurd zijn er ook geen goedgekeurde zalen.

We stellen de volgende definitie van een operatiezaal voor⁵⁵⁵:

1. De operatiezalen komen geclusterd voor binnen het operatiekwartier (= geheel bestaande uit één of meerdere operatiezalen of verloskamers, één of meerdere verdovingskamers en één of meerdere bijhorende lokalen (KB van 6 november 1979)). Een uitzondering op dit algemeen principe mag gemaakt worden voor ingrepen op ambulante patiënten alsook voor spoedgevallen en voor verloskundige ingrepen. De inrichting van de buiten het operatiekwartier gelegen operatiezalen beantwoordt aan de maatstaven die gelden voor het operatiekwartier.
2. De operatiezalen hebben minstens een gemeenschappelijke ontwaakzone (recovery of PAZA⁵⁵⁶).
3. De operatiezalen zijn ondergebracht in een afzonderlijk brandwerend compartiment toegankelijk via sassen (KB 6 november 1979, art. 5.8.1).
4. Een operatiezaal is een zaal waarin algemene anesthesie wordt uitgevoerd⁵⁵⁷.

Met bovenstaande definitie willen we behandelruimtes voor kleine ingrepen uitsluiten.

Een (extra) criterium dat verwijst naar normering inzake luchtbeheersing en temperatuur is in de praktijk niet eenvoudig uit de bouwplannen af te leiden en geldt ook voor andere ruimtetypes in het ziekenhuis, waardoor het niet in de voorgestelde definitie is opgenomen.

2.2.4.2 Verloskwartier

Het verloskwartier wordt als aparte parameter behouden (en bv. niet samengenomen met de materniteit of kenletter M) omwille van het verschil in kost per m².

554 https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/opdracht_oka-fin_via_bfm.pdf

555 Eisenkader operatiekwartier, aangepast mei 2018. Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, Zorginspectie; Koninklijk Besluit van 15 december 1978 tot bepaling van bijzondere normen voor universitaire ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten (Bijlage 5, Hoofdstuk 10)

556 Postanesthesie-zorgafdeling

557 Wet van 2 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (Artikel 2)

De eenheid voor het verloskwartier is voor beide forfaits gelijk aan de huidige eenheid, namelijk het aantal verlossingen/100.

2.2.4.3 Radiotherapie

Ook de bunkers voor radiotherapie worden behouden als aparte parameter omwille van de hogere kost per m² en/of de grotere ruimtebehoefte dan bv. de verpleegeenheden of de andere parameters bij onderzoek en behandeling.

De eenheid voor beide forfaits is zoals in het huidige systeem gelijk aan het aantal toestellen, maar we passen de definitie van de toestellen die in aanmerking komen (licht) aan. Het aantal toestellen is “het aantal bestralingsapparaten in exploitatie waarvoor een toestelfinanciering (via VIPA of BFM) wordt uitbetaald.” De forfaits worden immers voor onbepaalde duur uitbetaald en niet voor 10 jaar na de aankoop. Uit de bevraging van de ziekenhuizen bleek ook dat de afschrijvingsduur en levensduur vaak langer zijn dan 10 jaar.

2.2.4.4 Dialyse

Het dialysecentrum wordt als aparte parameter behouden omwille van het verschil in kost per m² met de andere parameters.

Voor beide forfaits nemen we als eenheid het aantal chronische hemodialyses in het ziekenhuis en in een centrum voor collectieve autodialyse (CAD). We berekenen dit aantal als een getrapte en een afgevlakte waarde. We nemen een afgevlakte waarde (gemiddelde over een periode) om wijzigingen van jaar tot jaar op te vangen. Met een getrapte waarde (bv. drie trappen) verminderen we verder de variabiliteit doorheen de tijd voor eenheden die uit grote aantallen bestaan.

In het huidige systeem is de eenheid het aantal posten voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie. Het is echter moeilijk objectiveerbaar of een extra toestel in relatie staat tot een grotere infrastructuurnood. Dit is wel het geval voor een grotere activiteit (met een getrapte systeem).

Een belangrijk aandachtspunt voor de parameter dialyse (ongeacht in welke eenheid de parameter wordt uitgedrukt) is de mogelijkheid van dubbele financiering. De financiering voor de activiteit gebeurt immers op basis van honoraria en forfaitaire tegemoetkomingen, die ook infrastructuurkosten dekken. In de overeenkomst tussen het RIZIV en het ziekenhuis betreffende de financiering van dialyse staat expliciet vermeld in artikel 8 dat de honoraria en de forfaits onder andere volgende kosten dekken⁵⁵⁸:

- kosten voor de gebouwen, lokalen en de vaste uitrusting ervan;
- kosten voor het gebruik en het onderhoud van de gebouwen (meubilair, elektriciteit, verwarming, water, reiniging, ...);
- medische uitrusting en toebehoren, inclusief medisch reservematerieel;
- kosten voor informatica en administratie.

558 “Overeenkomsten met ziekenhuizen”, consulteerbaar op <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/zorg/Paginas/default.aspx>

2.2.4.5 Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde

De kosten en ruimtebehoefte voor medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde maken in het huidige systeem deel uit van de ondersteunende diensten.

Een aparte parameter heeft als voordeel dat de financiering transparanter is en apart kan gebeuren, los van een investering in bv. het beddenhuis. In het rapport "*Hospital of the future*"⁵⁵⁹ maken medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde deel uit van het "technologisch platform".

De eenheid is voor beide forfaits de som van het aantal bedden en plaatsen, zoals gedefinieerd voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis, met een afgevlakte waarde. De activiteit voor medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde hangt immers samen met de grootte van het ziekenhuis (beddenhuis en dagziekenhuis).

2.2.4.6 Spoeddienst

De kosten en ruimte voor de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" behoren in de huidige forfaits tot de ondersteunende diensten. De ondersteunende diensten worden gefinancierd via de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Dit betekent dat ook de spoeddienst in dezelfde eenheid wordt uitgedrukt als deze parameters, namelijk het aantal bedden of plaatsen. Het verband tussen de grootte van het ziekenhuis, gemeten in termen van het aantal verantwoorde bedden, en het aantal contacten op spoed is echter niet proportioneel.⁵⁶⁰ Ziekenhuizen met eenzelfde activiteit in het beddenhuis (of eenzelfde aantal verantwoorde bedden) kunnen een zeer verschillende activiteit op spoed vertonen.

Een aparte parameter voor de spoeddienst laat ook toe dat de infrastructuurkosten voor een deelproject (zijnde de spoeddienst) afzonderlijk kunnen gesubsidieerd worden.⁵⁶¹

De kosten en ruimte voor de functie "eerste opvang van spoedgevallen" brengen we onder bij de parameter verpleegeenheid. Een eerste opvang van spoedgevallen kan gezien worden als een "basis (para)medische functie" (zie het Advies NRZV 2007), die een onderdeel is van de kosten en ruimtebehoefte van een verpleegeenheid. De (bijkomende) infrastructurele vereisten zijn beperkt tot "een duidelijk herkenbaar lokaal dat toegankelijk is voor ambulante en bedlegerige patiënten. ... Het lokaal moet uitgerust zijn met een reanimatiekar die materiaal bevat voor toezicht op en behandeling van een patiënt in kritieke toestand (monitoring, defibrillator, EKG, respirator, materiaal voor aspiratie, materiaal voor intraveneuze perfusie en intubatie, een draagbare zuurstofbron)⁵⁶²."

Als eenheid voor beide forfaits stellen we het aantal units spoedgevallen voor, zonder toepassing van de weging (extra units voor bepaalde patiëntgroepen) (zie Tekstkader 4). Om een te grote variabiliteit in de financiering te vermijden moet het aantal units spoedgevallen op een afgevlakte en getrapte manier toegepast worden. Dit kan ook de administratieve last verminderen, omdat het getrapte systeem vermijdt dat de continue wijzigingen in het aantal units steeds tot een herberekening van de forfaits zouden leiden.

559 Hospital of the Future, 2019, Groenboek opgesteld door Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid en Vlerick Business School in opdracht van de Vlaamse Overheid

560 Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuydt E, Geissler A, Ghesquiere A, Mispion S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24

561 Advies van de Raad van State van 15 maart 2017, nr. 60.973/3 (zie Hoofdstuk 2).

562 Koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "eerste opvang van spoedgevallen" moet voldoen om te worden erkend

De keuze voor het aantal units spoedgevallen als eenheid is het resultaat van een afweging van de voor- en nadelen van mogelijke alternatieven. In principe zou de nood aan infrastructuur moeten afgestemd worden op het aantal contacten op de spoeddienst. We weten echter uit onderzoek dat de activiteit op de spoeddiensten zeer verschillend is tussen de ziekenhuizen⁵⁶³. Er zijn bijvoorbeeld grote verschillen in het aandeel ambulante contacten en in het aandeel opgenomen patiënten in de verpleegeenheden die via de spoeddienst worden opgenomen. Deze verschillen kunnen gedeeltelijk verklaard worden door verschillen in de bevolking (bv. leeftijdssamenstelling) of het aanbod in de omgeving van de spoeddienst (bv. nabijheid van huisartsenwachtpost), maar zijn ook het resultaat van het ziekenhuisbeleid zelf. Bovendien kan een deel van de spoedcontacten evengoed door de huisarts worden behandeld. Er is echter geen eenduidige meetmethode om na te gaan of een bezoek aan een spoeddienst al dan niet nodig is. Bijgevolg moeten de ziekenhuizen over de nodige infrastructuur beschikken om patiënten die naar de spoeddienst komen te kunnen opvangen.

Uit feedback van de ziekenhuizen blijkt dat de patiënten die een grotere weging krijgen bij de units spoedgevallen (zoals kinderen en patiënten met een cerebrovasculaire aandoening) ook extra infrastructuur vragen. We stellen echter voor om deze weging niet door te trekken naar de infrastructuurfinanciering (via het aantal eenheden) om de prikkels die de activiteitenfinanciering geeft niet verder te stimuleren.

Tekstkader 4 Financiering van de spoeddiensten

De spoeddiensten worden gefinancierd vanuit het B2-deel van het ziekenhuisbudget (BFM). Tot juli 2013 was de financiering gebaseerd op het aantal verantwoorde bedden van het ziekenhuis en op het aantal onregelmatige prestaties (nacht, weekend en feestdagen) in het ziekenhuis. De financiering was dus onafhankelijk van de activiteit op de spoeddienst.

In juli 2013 werden nieuwe regels geleidelijk ingevoerd. Momenteel worden spoeddiensten voor 40% volgens het nieuwe systeem gefinancierd, 60% van de financiering is nog op basis van het oude systeem. Volgens de nieuwe regels worden spoeddiensten gefinancierd op basis van het aantal “units spoedgevallen” of spoedunits. Het achterliggende idee is om de spoeddiensten te financieren op basis van de activiteit op de spoeddienst en niet op basis van de grootte (aantal verantwoorde bedden) van het ziekenhuis. Ziekenhuizen krijgen één spoedunit per patiënt op de spoeddienst, maar voor sommige patiëntgroepen krijgt het ziekenhuis extra units. De criteria voor deze extra units zijn vooral demografisch (kinderen van 0-3 jaar en 4-15 jaar, patiënten van <75 jaar uit een woonzorgcentrum of patiënten van ≥75 jaar) of pathologie-gerelateerd (bv. patiënten met een cerebrovasculaire aandoening of met een psychiatrische diagnose opgenomen in een psychiatrische eenheid). Ook het uur van inschrijving (tussen 21u en 6u) en het al dan niet overbrengen van de patiënt naar een intensieve zorgafdeling, bepalen het aantal extra units spoedgevallen.

Bron: Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (Bijlage 6) en Van den Heede et al. (2016)⁵⁶⁴

563 Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuydt E, Geissler A, Ghesquiere A, Mislion S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24

564 Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuydt E, Geissler A, Ghesquiere A, Mislion S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation

2.2.5 Zorgondersteunende diensten

In tegenstelling tot het huidige systeem stellen we dus voor om de zorgondersteunende diensten als aparte parameters op te nemen. Een van de belangrijkste argumenten daarvoor is de mogelijkheid om een netwerkstimulans in te bouwen, d.w.z. een meer genereuze subsidiëring te voorzien indien deze infrastructuur op netwerkniveau (gedefinieerd als een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen of met andere zorgactoren) wordt uitgebouwd.

2.2.5.1 Centrale sterilisatieafdeling

De centrale sterilisatieafdeling (CSA) is in het huidige systeem onderdeel van de parameter operatiekwartier. Dit is een logische indeling, gegeven dat de normen bepalen dat de operatieafdeling een voor sterilisatie bestemd lokaal moet omvatten (artikel N4 van het KB van 23 oktober 1964). In Bijlage 5, (Hoofdstuk XI) van het KB van 17 december 1978 wordt bepaald dat “het ziekenhuis moet beschikken over een centrale sterilisatiedienst. ... Indien het ziekenhuis beroep doet op een externe sterilisatiedienst dan is het toch verplicht om te beschikken over een beperkte en centrale sterilisatie uitrusting met autoclaaf.”

In ons huidige voorstel vormt de CSA een aparte parameter. Een eerste argument voor deze keuze is dat een aparte parameter toelaat om op een transparantere manier de kosten per m² en de ruimtebehoefte te berekenen. Voor ziekenhuizen die beroep doen op een externe sterilisatiedienst kan het bedrag voor de parameter CSA dan gebruikt worden voor de financiering van de uitbesteding.

Zoals reeds vermeld is een tweede argument de mogelijkheid om samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen. Een aparte parameter laat toe om een netwerkstimulans in te bouwen in de financiering.

Wegens de samenwerking met het operatiekwartier, is de eenheid voor de CSA voor beide forfaits het aantal operatiezalen die op eenzelfde manier gedefinieerd worden als voor de parameter operatiekwartier.

2.2.5.2 Apotheek

De kosten en ruimte voor de apotheek zitten in het huidige systeem bij de ondersteunende diensten. In het nieuwe voorstel is de apotheek een aparte parameter om een stimulans tot samenwerking te kunnen geven.

De eenheid voor de apotheek is voor beide forfaits de som van het aantal bedden en plaatsen, zoals gedefinieerd voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. De activiteit in de ziekenhuisapotheek hangt immers grotendeels samen met de activiteit in het ziekenhuis: hoe meer patiënten worden opgenomen (met of zonder overnachting), hoe meer beroep wordt gedaan op de apotheek.

Om een te grote variabiliteit in de financiering te vermijden en de administratieve last te beperken, zou men ook hier een afgevlakte waarde kunnen toepassen.

2.2.5.3 Labo

De argumenten om labo als een aparte parameter op te nemen en de keuze van de eenheid zijn volledig parallel aan de parameter apotheek. De kosten en ruimte zitten in het huidige systeem bij de ondersteunende diensten. Ook hier is het labo in onze voorstellen een aparte parameter om een netwerkstimulans te kunnen geven.

De eenheid voor het labo is voor beide forfaits de som van het aantal bedden en plaatsen, zoals gedefinieerd voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Zoals bij de apotheek zouden we ook hier de som van de (afgevlakte) waarden nemen.

Net zoals voor de apotheek is de activiteit in het labo sterk gerelateerd aan de grootte van het ziekenhuis. Een alternatief voor het aantal bedden en plaatsen is het aantal labo-onderzoeken. Het nadeel van deze eenheid is dat het aantal onderzoeken niet kan gemeten worden (en dus ook niet kan gefinancierd worden) voor ziekenhuizen die hun onderzoeken uitbesteden.

Ook het aantal patiëntcontacten zou als eenheid kunnen gebruikt worden. In tegenstelling tot de apotheek wordt de activiteit in het labo immers ook bepaald door ambulante patiënten. Het “aantal patiëntcontacten in het ziekenhuis” is echter moeilijk eenduidig af te lijnen. Worden bijvoorbeeld ook de patiëntcontacten meegenomen die plaatsvinden in medische centra buiten de locatie van het ziekenhuis? Moeten alleen de patiëntcontacten meegenomen worden van de diensten die beroep doen op het labo?

2.2.6 Gespecialiseerde infrastructuur

De financiering voor dure, gespecialiseerde infrastructuur zou los van de forfaits aangevraagd kunnen worden. Gespecialiseerde infrastructuur is infrastructuur die slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen aanwezig is, maar is niet beperkt tot infrastructuur die enkel aanwezig is in een universitair ziekenhuis. Door het gespecialiseerde karakter is een opname in een bestaande parameter van het forfait moeilijk omdat dit onderfinanciering zou veroorzaken voor de ziekenhuizen die deze infrastructuur nodig hebben en overfinanciering voor de andere ziekenhuizen. Ook een opname in het forfait via een aparte parameter is niet aangewezen gezien een duidelijke omkadering van deze infrastructuur vaak ontbreekt in de regelgeving.

Een vermelding in de regelgeving van een lijst met infrastructuur waarvoor een aparte aanvraag mogelijk is heeft als voordeel dat er expliciet en transparant mogelijkheden worden geopend om deze infrastructuur te financieren. Een aanpassing van de lijst dringt zich dan op van zodra nieuwe noden vanuit de sector aangetoond kunnen worden.

Er kan tegemoet gekomen worden aan de nood voor deze gespecialiseerde infrastructuur via klassieke financiering (case per case). Met de ingezamelde boekhoudgegevens is het moeilijk om o.b.v. de kostenplaatsen realistische kosten te achterhalen omdat deze infrastructuur vaak niet weerspiegeld is in aparte kostenplaatsen. Daarnaast zal de steekproef omwille van het uitzonderlijk karakter van deze infrastructuur ook steeds klein zijn. De financiering zal dus op basis van enkele business cases moeten bepaald worden. Idealiter worden deze kosten dan in de toekomst ook duidelijk afgezonderd in de boekhouding zodat deze de gerealiseerde kosten per parameter niet meer beïnvloeden.

Er is echter geen duidelijk omliggende definitie voor gespecialiseerde infrastructuur. Een lijst met gespecialiseerde infrastructuur waarvoor VIPA-financiering kan aangevraagd worden, zal dus moeten opgesteld worden. De lijst kan eventueel aangevuld/opgebouwd worden op basis van de infrastructuur die voortvloeit uit de supraregionale zorgopdrachten van zodra deze gedefinieerd zijn.⁵⁶⁵ Voorbeelden die vanuit de sector werden aangereikt als mogelijke kandidaten waren onder andere: weefselbank, brandwondencentrum, cathlab, elektrofysiologie, radiofarmacie, fertiliteitslabo, cyclotron, labo centrum menselijke erfelijkheid. Het opstellen van een lijst van gespecialiseerde infrastructuur valt buiten het opzet

565 Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

van deze studie. Bij de bespreking van de gegevensverwerking (Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6) zullen we duidelijk maken welke gegevens door ons niet meegenomen zijn.

2.2.7 Inzameling van gegevens

Zoals reeds aangegeven in sectie 1.1 van dit hoofdstuk, zijn er voor de berekening van de kosten per parameter gegevens nodig voor de volgende delen: kosten per m², ruimtebehoefte (m² per eenheid) en het aantal eenheden. De berekening van de kosten per m² en van de ruimtebehoefte komt aan bod in Hoofdstuk 5 voor het strategisch forfait en in Hoofdstuk 6 voor het instandhoudingsforfait. In deze sectie bespreken we de gegevensinzameling voor het aantal eenheden (zie Tabel 5 voor de voorgestelde eenheden voor beide forfaits).

Momenteel worden de (meeste) gegevens door het VIPA ingezameld via de IZAG-bevraging⁵⁶⁶. IZAG is een MS Access-toepassing en staat voor “Informatiestroom van Ziekenhuizen naar het Agentschap Zorg en Gezondheid”. In Tabel 6 geven we per parameter voor elke eenheid de bevoegde instantie. Dit is de federale of Vlaamse instantie waar de originele gegevens ingezameld en/of verwerkt worden. Voor bepaalde eenheden kan dit ook het ziekenhuis zelf zijn. In de IZAG-bevraging wordt dus aan de ziekenhuizen gevraagd om aan het Agentschap Zorg & Gezondheid gegevens over te maken die oorspronkelijk door een andere instantie aan de ziekenhuizen werden aangeleverd. Voor bepaalde eenheden zijn het Agentschap Zorg & Gezondheid of de ziekenhuizen zelf de bevoegde instantie.

We stellen voor om voor alle gegevens het meest recent beschikbare jaar te gebruiken (of jaren voor de parameters met een afgevlakte waarde):

- Goedgekeurde eenheden: het aantal eenheden (bedden, zalen) dat goedgekeurd wordt (of herzien wordt) in het zorgstrategisch plan (ZSP) door het Agentschap Zorg & Gezondheid.
- Erkende bedden: het aantal bedden dat erkend wordt door het Agentschap Zorg & Gezondheid.
- Verantwoorde bedden: het aantal bedden dat berekend wordt op basis van de verantwoorde activiteit (zie Tekstkader 1). Deze berekening gebeurt (grotendeels) op basis van de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG) die door de ziekenhuizen overgemaakt worden aan de FOD Volksgezondheid.
- For-K bedden: het aantal bedden zoals bepaald in de contracten tussen de ziekenhuizen en de FOD Volksgezondheid.
- Plaatsen dagziekenhuis: de verantwoorde gerealiseerde chirurgische daghospitalisaties worden berekend door de FOD Volksgezondheid op basis van de MZG; de forfaits zijn beschikbaar bij het RIZIV.
- Gefinancierde bedden: het aantal gefinancierde bedden voor intensieve zorgen volgt uit een complexe berekening op basis van de MZG (met inbegrip van de Minimale Verpleegkundige Gegevens of MVG). De berekening gebeurt bij de FOD Volksgezondheid.
- Verlossingen: het aantal verlossingen is beschikbaar in de MZG (FOD Volksgezondheid).
- Aantal toestellen in exploitatie: het aantal bestralingsapparaten in exploitatie waarvoor een toestelfinanciering (via VIPA of BFM) wordt uitbetaald is beschikbaar bij de ziekenhuizen (een

566 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/izag-voor-algemene-ziekenhuizen>

aanpassing in de IZAG-bevraging is nodig om expliciet het aantal toestellen in exploitatie op te vragen).

- Aantal chronische hemodialyses: dit aantal is beschikbaar in de nomenclatuurgegevens van het RIZIV.
- Aantal spoedunits: het aantal spoedunits is beschikbaar in de MZG (FOD Volksgezondheid).

Tabel 6 Inzameling van het aantal eenheden: bevoegde instanties

Parameter	Eenheid	Instantie
Verpleegeenheid	Goedgekeurde bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid
Apotheek	Verantwoorde bedden	FOD Volksgezondheid
Labo	Erkende bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	For-K bedden	FOD Volksgezondheid
Dagziekenhuis	Plaatsen	FOD Volksgezondheid
Apotheek		RIZIV
Labo		
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde		
Intensieve zorgen	Goedgekeurde bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid
	Erkende bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid
	Gefinancierde bedden	FOD Volksgezondheid
NIC-dienst	Goedgekeurde bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid
	Erkende bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid
	Verantwoorde bedden	FOD Volksgezondheid
N*-eenheid	Verlossingen/100	FOD Volksgezondheid
Operatiekwartier	Goedgekeurde zalen	Agentschap Zorg & Gezondheid
CSA	Verantwoorde zalen	FOD Volksgezondheid
Verloskwartier	Verlossingen/100	FOD Volksgezondheid
Radiotherapie	Aantal toestellen in exploitatie	Ziekenhuizen
Dialyse	Aantal chronische hemodialyses	RIZIV
Spoed	Aantal spoedunits	RIZIV

3 Parameters en eenheden voor de psychiatrische ziekenhuizen

Analoog aan de bespreking van de parameters en eenheden voor de algemene ziekenhuizen bespreken we eerst de parameters en bijhorende eenheden in de huidige forfaits (sectie 3.1). In sectie 3.2 stellen we de nieuwe parameters voor en in sectie 3.3 de bijhorende eenheden. De definitie van de parameters en eenheden is in overleg met een expertgroep (experten van Zorgnet-Icuro en de psychiatrische ziekenhuizen) en met de stuurgroep van deze studie gebeurd.

3.1 Huidige parameters en eenheden

Het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait zijn samengesteld uit de parameters en eenheden zoals vastgelegd in het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) van 14 juli 2017, aangepast door het BVR van 26 oktober 2018 en van 17 mei 2019 (zie Tabel 7).

Tabel 7 Parameters en eenheden voor het strategisch en instandhoudingsforfait in het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017

Parameter	Eenheid strategisch forfait	Eenheid instandhoudingsforfait
Verpleegeenheid	Erkende/vergunde bedden + For-K bedden	Erkende/vergunde bedden
Dagziekenhuis	Erkende/vergunde plaatsen	Erkende/vergunde plaatsen

De datum waarop de eenheden “geteld” worden is verschillend tussen het strategisch en het instandhoudingsforfait. Het aantal eenheden voor de berekening van het strategisch forfait is het aantal op de datum waarop het akkoord strategisch forfait wordt verleend. Het aantal eenheden voor het instandhoudingsforfait is het aantal op 1 januari van het jaar waarop het forfait betrekking heeft.

3.1.1 Verpleegeenheid

Alle verpleegeenheden in een psychiatrisch ziekenhuis worden samengenomen in eenzelfde parameter. De eenheid van deze parameter voor het strategisch forfait is het aantal erkende en vergunde bedden en het aantal For-K bedden, voor het instandhoudingsforfait zijn dit enkel de erkende en vergunde bedden. Tekstkader 5 geeft een overzicht van erkende bedden (en plaatsen – zie volgende parameter dagziekenhuis) die in de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen aanwezig zijn.

For-K bedden of bedden voor forensische kinder- en jeugdpsychiatrie zijn momenteel (nog) niet erkend. Ze worden gefinancierd via onderdeel B4 van het budget van financiële middelen onder de vorm van pilootprojecten (zie sectie 3.2.2).

3.1.2 Dagziekenhuis

Voor de parameter dagziekenhuis is de eenheid voor beide forfaits gelijk aan het aantal erkende en vergunde plaatsen (kenletters a(d), t(d), k(d) en Tf⁵⁶⁷).

567 De Tf-plaatsen worden niet expliciet vermeld in de wetgeving, maar worden in de praktijk wel meegenomen bij de berekening van het aantal plaatsen.

Tekstkader 5 Kenletters van erkende bedden en plaatsen in een psychiatrisch ziekenhuis

A: dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling

a(n): nachtverpleging in A-dienst

a(d): dagverpleging in A-dienst

T: dienst neuropsychiatrie voor behandeling

t(n): nachtverpleging in T-dienst

t(d): dagverpleging in T-dienst

K: dienst neuropsychiatrie voor kinderen

k(n): nachtverpleging in K-dienst

k(d): dagverpleging in K-dienst

IB: dienst voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten

Tg: dienst neuropsychiatrie voor behandeling van geriatrie

Sp: (psychogeriatric): gespecialiseerde dienst voor psychogeriatric aandoeningen

Tf (bed): dienst voor psychiatrische zorg in familiaal milieu (intra muros)

Tf (plaats): dienst voor psychiatrische zorg in familiaal milieu (extra muros)

3.1.3 Ondersteunende diensten

De financiering voor de ondersteunende diensten zit, net zoals bij de algemene ziekenhuizen, verweven in de financiering van de parameters (verpleegeenheid en dagziekenhuis) volgens dezelfde regelgeving.

Ruimtebehoefte. In het Advies NRZV 2007 wordt als ruimtebehoefte 87,5 m²⁵⁶⁸ toegewezen aan een bed (eenheid voor een verpleegeenheid) en aan een plaats (eenheid voor het dagziekenhuis). De 87,5 m² is als volgt onderverdeeld: 46 m² voor een bed of plaats en 41,5 m² voor de in aanmerking genomen ondersteunende diensten (niet alle ondersteunende diensten zijn aanwezig in een psychiatrisch ziekenhuis). De ruimtebehoefte in het Advies NRZV 2007 werd overgenomen door het MB 2007 en het BVR 2017.

Kosten. In het Advies NRZV 2007 bedraagt de bouw prijs 1.685 €/m² voor een bed of plaats (zonder BTW en algemene kosten). De bouw prijs is een gewogen som van de bouw prijs voor een bed/plaats (1.900 €/m²) en de bouw prijs voor de ondersteunende diensten (er zijn verschillende prijzen naargelang het type ondersteunende dienst). De gewichten zijn gelijk aan het aandeel in de totale oppervlakte. Deze bouw prijs is overgenomen in het MB 2007 en het BVR 2017.

568 In een psychiatrisch ziekenhuis met minder dan 100 bedden is de ruimtebehoefte 90 m² (Besluit van de Vlaamse Regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringsubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen)

3.2 Voorstel nieuwe parameters

3.2.1 Evolutie van het zorgaanbod

De architectuur van een psychiatrisch ziekenhuis heeft een hele evolutie ondergaan in functie van wijzigende opvattingen over (de zorg voor) mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. We bespreken kort de belangrijkste hervormingen. Voor een samenvattend overzicht verwijzen we naar Aga N. et al. (2017)⁵⁶⁹ en FOD Volksgezondheid (2011)⁵⁷⁰.

Reconversie van bedden naar andere zorgvormen

Om de sector van de geestelijke gezondheidszorg te de-institutionaliseren, werden de psychiatrische ziekenhuizen in de laatste decennia verplicht of aangemoedigd om bedden te converteren naar andere zorgvormen. De reconversiebesluiten in 1990 verplichtten de ziekenhuizen om residentiële bedden voor langverblijf af te bouwen en te converteren naar bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT). Daarnaast was er ook een vrijwillige reconversie mogelijk naar plaatsen in initiatieven beschut wonen (IBW). Een tweede reconversiefase startte in 1997. Ook dan werden de ziekenhuizen uitgenodigd om vrijwillig bedden te converteren naar bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen en plaatsen in de initiatieven beschut wonen.

De oprichting van zorgcircuits en netwerken

Ook in 1997 introduceerde de NRZV⁵⁷¹ in haar advies van 12/06/1997⁵⁷² de oprichting van zorgnetwerken en zorgcircuits, waarin de hulpvraag van de patiënt richtinggevend wordt voor de organisatie van de zorg: "Het geestelijk gezondheidszorgbeleid moet niet de voorzieningen als uitgangspunt van de organisatie nemen maar wel de patiëntengroepen (doelgroepen) en hun behandelknoten." De doelgroepen in het advies waren, onder andere, gebaseerd op leeftijd. Het advies bepaalde verder het volgende: "Voor elk van de doelgroepen moet in het kader van een netwerk van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen een zorgcircuit ontwikkeld worden waarin de diverse te voorziene behandelknoten en daarbij aansluitende behandelmodules in het kader van een geïntegreerd programma worden voorzien. Elk netwerk bestaat ... uit juridisch onafhankelijke zorgaanbieders die in het kader van en met het oog op de geestelijke gezondheidszorg voor een bepaalde regio een programma opbouwen en dit vastleggen in een functioneel samenwerkingsverband."

Vervolgens werden de termen netwerk en zorgcircuit in de ziekenhuiswet (artikel 11 in de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008) ingeschreven. Verder bepaalt artikel 107 van de ziekenhuiswet (ingevoegd bij de wet van 14 januari 2002): "De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken." In 2002 ondertekenden alle ministers bevoegd voor

569 Aga N, Rowaert S, Wuyts Y, Vanderplasschen W. Historiek en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Chapter in "Orthopedagogische werkvelden in beweging. Recente evoluties en veranderingen in Vlaanderen", Publisher: Garant, Editors: Wouter Vanderplasschen, Stijn Vandevelde, Lore Van Damme, Claudia Claes, Sara De Pauw, pp.269-330

570 Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België, november 2011. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, geconsulteerd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisatie_en_financiering_van_de_geestelijke_gezondheidszorg_in_belgie.pdf

571 Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, nu Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV)

572 Advies (2de deel) van de permanente werkgroep "psychiatrie" NRZV inzake toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg van 12 juni 1997, NRZV/D/115-3

Volksgezondheid, Gezondheidsbeleid en Sociale Zaken de gemeenschappelijke verklaring inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg. Centraal in deze verklaring is de organisatie van zowel acute als chronische gezondheidszorg in zorgcircuits en zorgnetwerken zodat de zorg zo dicht mogelijk aansluit op de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen.⁵⁷³ Hierbij zal men trachten om residentiële opnamen zoveel mogelijk te voorkomen en zo kort mogelijk te houden.

De uitwerking en implementatie van het wetgevend kader kregen concrete vorm in de “Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken”. De gids legde vijf kernfuncties vast voor de netwerken:

1. Activiteiten inzake preventie en promotie van geestelijke gezondheidszorg (GGZ), vroegdetectie, screening en diagnosestelling
2. Ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische GGZ-problemen
3. Rehabilitatieteams die werken rond reïntegratie
4. Intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische GGZ-problemen indien ziekenhuisopname noodzakelijk is
5. Specifieke woonvormen waarin zorg aangeboden kan worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu niet in staat is om de nodige zorg te organiseren.

De concrete invulling van deze functies heeft onder andere geleid tot de introductie van nieuwe zorgvormen (zie sectie 3.2.2.8).

3.2.2 Zorggroepen als determinant voor infrastructurele noden

Bij de keuze van de parameters voor de forfaits voor de algemene ziekenhuizen, gingen we uit van de ruimtes waarin het ziekenhuis is ingedeeld. In grote lijnen komen deze ruimtes overeen met de functies die binnen een algemeen ziekenhuis worden aangeboden: verpleegeenheden, dagziekenhuis, spoedafdeling, operatiekwartier, etc.

In overleg met een expertgroep (bestaande uit experts van Zorgnet-Icuro en de psychiatrische ziekenhuizen) hebben we voor de psychiatrische ziekenhuizen gekozen voor een andere aanpak. Met de keuze van parameters (en de bijhorende eenheden) wilden we niet alleen bestaande structuren maar ook een toekomstgerichte visie op de organisatie van zorg door (of in partnerschap met) de psychiatrische ziekenhuizen reflecteren. We denken hierbij aan zorg die gericht is op specifieke leeftijdsgroepen maar ook een aanbod dat enerzijds gericht is op intensieve ziekenhuiszorg of anderzijds op meer ambulante zorg. Tot slot heeft de infrastructuur in een psychiatrisch ziekenhuis als extra doel de veiligheid van patiënten en personeel te waarborgen.

Aan het huidige zorgaanbod werden “zorggroepen” toegewezen in functie van de infrastructurele noden van deze groepen. Verschillen in investeringskosten (bv. om te voldoen aan veiligheidsvoorschriften) en/of benodigde m² tussen zorggroepen vormden de basis voor de indeling. Deze verschillen vinden hun oorsprong in de normen die opgelegd worden aan de zorggroepen (of de diensten waaruit de zorggroepen zijn samengesteld). Deze normen worden ter illustratie (en dus niet exhaustief) opgenomen bij de beschrijving van de zorggroepen.

573 Gids naar een betere ggz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 26 april 2010, consulteerbaar via https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid/2010_04_26_guide_-_vlaanderenwallonie.pdf

De geestelijke gezondheidszorg is in toenemende mate georganiseerd in netwerken en zorgcircuits die specifiek op leeftijdsgroepen gericht zijn. Om op een soepele manier ook met de infrastructuur te kunnen inspelen op deze leeftijdsgerichte organisatie, is ook leeftijd (kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen) bepalend voor de indeling in zorggroepen.

Voor elke parameter moeten de kosten per m² kunnen bepaald worden. Daarom hebben we bij het definiëren van de zorggroepen ook rekening gehouden met het aantal ziekenhuizen dat deelnam aan de bevraging voor het instandhoudingsforfait (Hoofdstuk 8). We specificeren hieronder de verschillende zorggroepen, die ieder een parameter vertegenwoordigen.

3.2.2.1 *Basis volledige hospitalisatie kind*

De zorggroep “basis volledige hospitalisatie kind” omvat de dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen (K) met dag- en nachtverpleging en met enkel nachtverpleging (k(n)). De diensten met dag- en nachtverpleging en met enkel nachtverpleging werden samengenomen in eenzelfde zorggroep omdat de benodigde infrastructuur zeer vergelijkbaar is. We verwijzen naar artikel N17 in het KB van 23 oktober 1964⁵⁷⁴ (ingevoegd door het KB van 29 maart 1977) voor de bijzondere normen waaraan de diensten moeten voldoen om erkend te worden. Een dienst neuropsychiatrie voor kinderen moet minimum 20 en maximum 60 plaatsen bevatten. De leefeenheden bestaan uit minimum 6 en maximum 10 patiënten. De dienst moet volledig afgescheiden zijn van de andere ziekenhuisdiensten. Ook de volgende architectonische normen moeten nageleefd worden:

- De dienst moet een tuin of terras hebben, aangepast aan de behoeften van de patiënten.
- Alle kamers moeten toelaten dat de patiënten kunnen geobserveerd worden, met respect voor de privacy. Het glas dat gebruikt wordt voor de beschotten en panelen moet van het veiligheidstype zijn.
- De vensters zijn voorzien van veiligheidsapparaten die de verluchting toelaten maar met een beperkte opening van de vensters.
- De oppervlakte van eenpersoonskamers bedraagt minstens 8 m², gemeenschappelijke kamers moeten een oppervlakte hebben van minstens 6 m² per bed voor kinderen ouder dan 10 jaar, 5 m² voor kinderen onder de 10 jaar en 3 m² voor kinderen jonger dan 3 jaar. Per kamer mogen maximum vier bedden opgesteld staan.
- Er moeten lokalen zijn voor diverse vormen van groepstherapie.
- De dienst moet ook beschikken over observatiekamers voor het afzonderen van patiënten, met garantie voor de veiligheid.

3.2.2.2 *Basis daghospitalisatie kind*

De zorggroep “basis daghospitalisatie kind” bevat de dagverpleging in een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen (k(d)). De daghospitalisatie is een zorgvorm tussen het ambulante en residentiële zorgaanbod.⁵⁷⁵ De behandeling is intensiever dan in een ambulante setting, maar een residentiële opname is niet noodzakelijk.

574 Koninklijk Besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd

575 Advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen voor k-dag (fase 2) van 12 september 2019, FRZV/D/498-1

Er zijn specifieke normen voor de dagverpleging in artikel N17 in het KB van 23 oktober 1964 voor de grootte van de kamers: de totale oppervlakte van de dagzalen moet minstens 4 m² per patiënt bedragen, waarvan 1 m² voor de eetzaal. Omdat een aantal architectonische normen die gelden voor de K-dienst of nachtverpleging niet van toepassing zijn op de k(d)-dienst, is de k(d)-dienst een aparte parameter in de forfaits.⁵⁷⁶

3.2.2.3 *Basis volledige hospitalisatie volwassene*

De zorggroep “basis volledige hospitalisatie volwassene” bestaat uit de A- en T-diensten. Een A-dienst is bestemd voor volwassen patiënten die ofwel een dringende hulp vergen in geval van crisistoestand, ofwel een observatie of een actieve behandeling vergen. Een T-dienst is bestemd om de sociale wederaanpassing van volwassen patiënten optimaal te verzekeren. Ook de nachtverpleging in beide types diensten zijn in deze zorggroep opgenomen want de verschillen in infrastructuur tussen bv. een A-dienst (dag en nacht) en de nachtverpleging in een A-dienst zijn beperkt. We verwijzen naar artikel N18 in het KB van 23 oktober 1964 voor de bijzondere normen waaraan de A-diensten moeten voldoen om erkend te worden en naar artikel N19 voor de T-diensten (voor beide diensten ingevoegd door het KB van 15 februari 1974).

Een A-dienst moet instaan voor dag- en nachtverpleging en kan ook zorgen voor dag- of nachtverpleging, maar moet minstens 30 bedden hebben. Een aantal normen zijn dezelfde als die voor een K-dienst (bv. voor de vensters, observatie met respect voor privacy, grootte van de kamers zoals voor kinderen ouder dan 10 jaar, observatiekamers), maar een A-dienst moet ook aan volgende normen voldoen:

- Per kamer mogen er maximum 6 bedden opgesteld staan.
- Indien mogelijk moet de dienst een tuin of terras hebben.
- Er moeten lokalen zijn voor diverse vormen van individuele en groepstherapie.
- Er moet een laboratorium zijn en een dienst voor elektro-encephalografie.

Een T-dienst kan instaan voor hetzij dag- en nachtverpleging, hetzij voor dagverpleging, hetzij voor nachtverpleging. In een dienst voor dag- en nachtverpleging moeten minstens 60 patiënten kunnen opgenomen worden, in een dienst voor enkel nachtverpleging 30 patiënten. De bijzondere normen zijn volledig vergelijkbaar met die van een A-dienst, op enkele uitzonderingen na. Zo moet een T-dienst ook beschikken over lokalen voor sociotherapie zoals een clublokaal, een feestzaal, werkateliers en sportaccommodatie.

Naast de vergelijkbare architecturale normen en veiligheidsvoorschriften werken beide diensten in de praktijk ook door elkaar waardoor een aparte parameter voor A-diensten en T-diensten geen meerwaarde zou bieden.

3.2.2.4 *Basis daghospitalisatie volwassene*

Deze zorggroep bevat de dagverpleging in een T- of A-dienst. De specifieke normen voor de dagverpleging in artikel N18 (voor de A-dienst) en artikel N19 (voor de T-dienst) zijn voor wat betreft de oppervlakte van de dagzalen gelijk aan die voor dagverpleging voor kinderen.

⁵⁷⁶ De gegevensanalyse voor het strategisch forfait zal uitwijzen in welke mate de kosten en ruimtebehoefte verschillend zijn.

Door een verschil in architectonische normen is het niet aangewezen om deze zorggroep onder te brengen in de zorggroep “basis volledige hospitalisatie volwassene”.

3.2.2.5 *Intensieve behandeling volwassene*

Een dienst intensieve behandeling (IB-dienst) van psychiatrische patiënten richt zich tot volgende doelgroepen:

- sterk gedragsgestoorde en/of agressieve (SGA) patiënten, ouder dan 18 jaar;
- kinderen en jongeren met een sterk gedragsgestoorde en/of agressieve problematiek;
- kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek die een misdrijf hebben gepleegd;
- patiënten met een middelengerelateerde problematiek en een psychotische problematiek;
- geïnterneerde patiënten van de "medium risk" groep.

In de zorggroep “intensieve behandeling volwassene” zijn enkel de SGA-volwassenen⁵⁷⁷ opgenomen. Voor de anderen patiënten (kinderen en jongeren, geïnterneerde patiënten van de “medium risk” groep of patiënten met een dubbele diagnose) zijn er nog geen erkende bedden in de wetgeving voorzien (zie verder in de zorggroep “basis plus”).

De architectonische normen voor een dienst intensieve behandeling van SGA-volwassenen zijn opgenomen in artikel N21 van het KB van 23 oktober 1964 (ingevoegd door het KB van 10 maart 2008):

- De IB-dienst vormt een architecturale eenheid die afgezonderd is van de andere diensten van het ziekenhuis.
- De inrichting en uitrusting zijn afgestemd op de opvang en de behandeling van agressieve en/of ernstig gedragsgestoorde patiënten. Ook voor het personeel moet een veilig kader geboden worden.
- Een IB-dienst bestaat uit 1 tot 3 eenheden van 8 bedden.
- Een IB-dienst beschikt minstens over een ontvanglokaal, een consultatieruimte, uitgebreide sanitaire voorzieningen, intern veiligheids- alarm- en monitoringsysteem en 8 eenpersoonspatiëntenkamers.

3.2.2.6 *Basis hospitalisatie familiaal milieu*

De zorggroep “basis hospitalisatie familiaal milieu” verwijst naar de functie van psychiatrische gezinsverpleging (kenletter Tf). Het KB van 10 april 1991⁵⁷⁸ legt alle normen vast waaraan deze functie moet voldoen. Het betreft een “hospitalisatievorm voor psychisch gestoorde patiënten, waarvan het psychisch en sociaal evenwicht enkel kan gehandhaafd blijven mits de permanente zorg verstrekt door een pleeggezin en de therapeutische begeleiding van een multidisciplinair behandelingsteam, binnen het organisatorisch kader van een psychiatrische ziekenhuisdienst.” De patiënten verblijven (hoofdzakelijk) in een pleeggezin, maar er is toezicht en ondersteuning vanuit het ziekenhuis. De Tf-bedden zijn bedoeld voor de opvang van patiënten tijdens de observatieperiode, een tijdelijke heropname of bij een onbeschikbaarheid van het

577 Patiënten jonger dan 18 en ouder dan 64 worden uitgesloten.

578 Koninklijk besluit van 10 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie van psychiatrische gezinsverpleging moet voldoen om te worden erkend

pleeggezin. Momenteel biedt slechts 1 psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen deze zorgvorm aan.⁵⁷⁹ Psychiatrische gezinsverpleging is gericht op alle leeftijdsgroepen (jongeren, volwassenen en ouderen). Voor een gedetailleerde analyse van de rol van psychiatrische gezinsverpleging verwijzen we naar De Groof et al. (2010).⁵⁸⁰

De architectonische, functionele en organisatorische normen voor de T-diensten zijn integraal van toepassing op de psychiatrische gezinsverpleging. Bijkomend zijn volgende voorzieningen vereist (niet exhaustief):

- Ligbaden, stortbaden en toiletten, afzonderlijk voor mannen en voor vrouwen, met lokalen voor voet- en haarverzorging, een wachtlokaal, consultatielokaal en een personeelslokaal.
- Lokalen voor individuele en groepstherapie (ook voor sociotherapie zoals een clublokaal, feestzaal, bezigheidsateliers en sportaccommodatie).
- Refters, garages, werkplaatsen.

3.2.2.7 Hospitalisatie ouderen

De zorggroep “hospitalisatie ouderen” bestaat uit de diensten voor psychogeriatrische aandoeningen (Sp-bedden) en diensten voor geriatrische patiënten die een neuro-psychiatrische behandeling vergen (Tg-bedden). Voor de Tg-bedden zijn wel specifieke normen voorzien voor de financiering van personeel (artikel 48 in het KB van 25 april 2002), maar er is geen aparte erkenning voor een Tg-dienst. De Tg-bedden zijn erkende T-bedden die een specifieke functie vervullen, namelijk de zorg voor geriatrische patiënten.

Artikel N11 in het KB van 23 oktober 1964 (ingevoegd door het KB van 12 oktober 1993) legt de normen voor een Sp-dienst (psychogeriatric) vast. De Sp-dienst legt zich, per eenheid van 20 bedden, toe op eenzelfde specialiteit (zoals bv. psychogeriatric). De dienst moet architectonisch en functioneel van de andere diensten van het ziekenhuis gescheiden zijn. Ook aan de volgende normen moet voldaan zijn in een Sp-dienst:

- De toegankelijkheid moet aan de invaliditeit van de patiënten zijn aangepast (bv. treden, trappen en andere hindernissen moeten vermeden worden).
- Er moeten leuning en handgrepen voorzien worden.
- Alle lokalen moeten over een efficiënt oproepsysteem of over aangepaste toezichtapparatuur beschikken.
- De sanitaire installaties voor de patiënten moeten zo dicht mogelijk bij de ziekenkamers, zitkamers en oefenzalen worden aangebracht.
- De toiletten moeten gemakkelijk toegankelijk zijn.
- Op de dienst moet ook een onderzoekkamer, een zaal voor gemeenschappelijke oefeningen en een eetzaal aanwezig zijn.

579 Voor deze zorggroep is er bijgevolg geen rekening gehouden met het aantal ziekenhuizen dat deelnam aan de bevraging als criterium voor het bepalen van een zorggroep.

580 De Groof M, De Smet Ann, Van Audenhove Chantal. De plaats van de psychiatrische pleegzorg binnen het toekomstig ggz beleid, LUCAS, augustus 2010

- De verpleegeenheden moeten over een voldoende aantal zuurstoftherapie- en aspiratie-installaties beschikken.

De ruimtebehoefte en voorzieningen voor de Tg-populatie zijn vergelijkbaar met die van de psychogeriatrische patiënt op een Sp-dienst. Het betreft de opvang en behandeling van ouderen met dementiesyndromen en/of ernstige psychiatrische pathologie (met bv. agitatie, zware gedragsstoornissen, depressie) die omwille van hun specifieke problematiek niet kunnen opgevangen worden in een woonzorgcentrum.

3.2.2.8 De zorggroep “basis plus”

Bovenstaande zorggroepen zijn in hoofdzaak een groepering van diensten of functies waarvoor op dit moment bedden of plaatsen erkend zijn. De indeling is (meestal) gebaseerd op leeftijd en houdt rekening met verschillen in kosten of ruimtebehoefte zoals vastgelegd in de erkenningsnormen.

De zorggroep “basis plus” kan beschouwd worden als een set van innovatieve zorgvormen die proberen een antwoord te bieden op veranderende noden in het geestelijke gezondheidszorglandschap in Vlaanderen. De bedden, plaatsen of ruimtes die ingenomen worden voor deze innovatieve zorgvormen hebben momenteel (nog) geen structurele erkenning maar worden veelal via pilootprojecten gefinancierd. Indien er in de toekomst wel een erkenning zou komen voor de zorgvormen die onder “basis plus” vallen, dan is het voorstel om ze in een aparte nieuwe zorggroep, met eigen eenheden, onder te brengen. De zorggroep “basis plus” is als het ware een “wachtruimte” op erkenning.

We onderscheiden 5 “zorgvormen” in de zorggroep “basis plus”: mobiele teams, intensifiëring (HIC en ID), For-K bedden, dubbeldiagnose en For low/medium/high risk.

Mobiele teams

Zoals hierboven reeds vermeld, stelt artikel 107 van de ziekenhuiswet dat “de Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.” Concreet betekent dit dat de ziekenhuizen de financiering die ze ontvangen voor erkende bedden en plaatsen op een andere manier kunnen aanwenden. Ze kunnen met bestaande middelen nieuwe zorgvormen creëren en financieren voor zover deze zorgvormen kaderen in netwerken en zorgcircuits.

Het kader waarbinnen artikel 107 kan toegepast worden, is uitgewerkt in de “Gids naar een betere gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken” (2010). Een artikel 107-project moet de vijf kernfuncties van een netwerk (zie sectie 3.2.1) kunnen invullen, maar is momenteel enkel gericht op de leeftijdsgroep jongvolwassenen en volwassenen (16-65 jaar). De tweede functie, namelijk de “ambulante behandeling in het thuismilieu van de patiënt voor zowel personen met een acute als chronische psychiatrische problematiek” verwijst naar de inzet van mobiele teams. We verwijzen naar de websitepagina www.psy107.be voor uitgebreide informatie over de artikel 107-projecten.

Om de projecten te financieren, moeten de deelnemende ziekenhuizen (dit kunnen zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen zijn) A- of T-bedden of plaatsen buiten gebruik stellen of bevrozen. Het personeel dat aan deze bedden verbonden is, kan ingezet worden in de mobiele teams. Een ziekenhuis dat meewerkt aan een artikel 107-project krijgt ook subsidies vanuit het B4-onderdeel van het ziekenhuisbudget voor de financiering van onder andere een netwerkcoördinator en werkingskosten.

De artikel 107-projecten brengen dus een wijziging van gebruik van infrastructuur met zich mee: de ruimte die oorspronkelijk werd ingenomen door bedden en plaatsen, is nu bestemd voor lokalen voor het team of voor de opvolging van patiënten.

In de bevraging van de psychiatrische ziekenhuizen werd de volgende vraag gesteld: “Welke infrastructuur is nodig om de werking van de mobiele teams in uw netwerk voldoende uit te bouwen? Hoe organiseert u deze infrastructuur binnen uw ziekenhuis momenteel en hoe ziet u dit op middellange termijn veranderen?” Van de deelnemende ziekenhuizen (n=22) hebben 17 ziekenhuizen deze vraag beantwoord. We kunnen de resultaten als volgt samenvatten. Er is een toenemende vraag naar locaties voor de mobiele teams die centraal gelegen zijn binnen het werkingsgebied van het netwerk, met een goede bereikbaarheid en dus vaak buiten de ziekenhuiscampus. Hierdoor ontstaat de vraag naar aangepaste vervoersmiddelen en IT-ondersteuning, bv. voor het raadplegen en aanvullen van dossiers. Globaal genomen is er een grote vraag naar een flexibele inrichting en gebruik van de ruimtes.

Intensifiëring (HIC en ID)

Zoals hierboven reeds vermeld, moet een artikel 107-project de vijf kernfuncties van een netwerk (zie sectie 3.2.1) kunnen invullen. De vierde kernfunctie is de oprichting van “intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische GGZ-problemen indien ziekenhuisopname noodzakelijk is”. De units zijn kleinschalig, en zijn bedoeld voor een korte verblijfsduur en voor het aanbieden van een hoge intensiteit van zorg.

Vanuit het platform “psy107” werden twee modellen uitgewerkt⁵⁸¹:

- Model 1: Unit voor geïntensifieerde psychiatrische zorg (intensifiëring door hogere personeelsnorm/bed, ID-model)
- Model 2: Intensifiëring als innovatieve zorgvorm (HIC-model)

In model 1 wordt geïntensifieerde zorg gerealiseerd via het aanpassen van de zorgmethodieken, van de architectuur zoals het inrichten van prikkelarme ruimtes en comfortrooms, de mogelijkheid van rooming-in door familieleden en de zorgorganisatie (kleinere leefeenheden). Er wordt standaard uitgegaan van ofwel 1 unit van 24 bedden, ofwel van 1 unit van 22 bedden en 2 crisisbedden. In beide gevallen is een werking met kleinere sub-units mogelijk. De financiering van het (niet-medisch) personeel gebeurt vanuit een basisinzet en (bijkomende) bevrizing van A- of T-bedden.

Ook model 2, het oprichten van een HIC-werking, vereist een aangepaste infrastructuur. Die bestaat standaard uit een afdeling van 20-24 bedden, ingericht als twee architecturaal gescheiden maar aansluitende “*high care units*” van 10-12 patiënten. Elke unit beschikt over 10-12 éénpersoonkamers en een comfort room. Er is ook een “*intensive care unit*” van 2 tot 4 kamers. De kamers zijn in principe leeg en worden gebruikt voor patiënten uit de twee “*high care units*” die bepaald gedrag vertonen (bv. agitatie, gedesorganiseerd gedrag). De twee “*high care units*” worden samen met de “*intensive care unit*” als een geheel beschouwd. Ook bij de HIC-werking is rooming-in mogelijk. Net zoals in model 1 gebeurt de financiering van het (niet-medisch) personeel vanuit een basisinzet en (bijkomende) bevrizing van A- of T-bedden.

581 Werkwijzen/modellen voor intensifiëring, Werkgroep Intensifiëring, 31 oktober 2018, consulteerbaar via http://www.psy107.be/images/2018-10-31_-_Nota_Fct_4_-_Modellen_voor_intensifie%CC%88ring_003.pdf.

De projecten die in het kader van deze modellen worden ingediend, zijn experimentele projecten: “Het is de bedoeling om de ervaringen binnen de projecten in experimentele fase mee te nemen naar de werkgroep ter bespreking. Deze besprekingen moeten uiteindelijk leiden tot een keuze over een mogelijke standaardisatie van model 1 en 2 en een mogelijke ontwikkeling van een nieuwe kenletter (of dienst of functie) op ziekenhuisniveau met bijhorende programmatie, erkenning en normering.⁵⁸²”

For-K bedden

De eerste For-K units (5 eenheden van 8 bedden) werden opgericht in 2002 (Ministerraad van 25/03/2002). Naar aanleiding van de hervorming van de wet van 1965 inzake de jeugdbescherming, werden in 2007 een nieuwe reeks maatregelen en budget voor 2007 goedgekeurd (Ministerraad van 18/10/2006). Deze maatregelen kaderden in:

- de uitwerking van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België in zorgcircuits en netwerken.
- de hervorming van de wetgeving betreffende de jeugdbescherming en het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd (wet van 8 april 1965 en gewijzigd door de wet van 13 juni 2006; ondertussen overgedragen naar de gemeenschappen en de gewesten).
- het advies van de werkgroep psychiatrie van de NRZV inzake het ontwerp van samenwerkingsakkoord met betrekking tot jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd (12 oktober 2006).

In het Protocolakkoord van 22 februari 2007 “over de organisatie van een zorgtraject voor jongeren met een psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming” werd het aantal For-K bedden uitgebreid met 44 bedden (21 voor Vlaanderen). Binnen deze capaciteit werden een aantal crisisbedden voorzien voor onmiddellijke heropname. Deze en andere maatregelen uitgewerkt in het Protocolakkoord zijn onderdeel van een globaal zorgprogramma voor kinderen en jongeren. Concreet werden er vijf werkingsgebieden omschreven in functie van de Hoven van Beroep (Gent, Antwerpen, Brussel, Luik en Bergen).

Het Advies van de NRZV van 12 oktober 2006 stelde voor: “Ook moet de evaluatie van de huidige pilootprojecten For-K verder gezet worden ten einde inzicht te krijgen in de opdracht en positionering van dit aanbod uit de For-K ten aanzien van de andere K-diensten met betrekking tot de instroom en de uitstroom van kinderen en jongeren met een ernstige psychiatrische stoornis die een delict hebben gepleegd.” De jongeren krijgen een intensieve behandeling die bestaat uit intensieve zorg en beveiliging (*safe care*), binnen een aangepaste infrastructuur.

De financiering van de For-K projecten (8 bedden waarvan 1 crisisbed of hervalbed) gebeurt in het kader van een samenwerkingsovereenkomst met de FOD Volksgezondheid vanuit het B4-onderdeel van het BFM (artikel 63§2 van het KB van 25 april 2002). Tot vandaag hebben deze vergunde bedden dus het statuut van pilootproject, zonder structurele erkenning. Bijgevolg zijn er geen specifieke normen (bv. architectonisch) vastgelegd.

582 Geestelijke Gezondheidszorg Interkabinettenwerkgroep, Taskforce GGZ, Hervorming van de ggz door de realisatie van zorgcircuits en netwerken in toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, vergadering 25 maart 2019

Forensisch psychiatrische zorg

De forensische psychiatrie is gericht op mensen met een psychische stoornis die een delict hebben gepleegd of dreigen te plegen. Geïnterneerden zijn één van de doelgroepen van de forensische psychiatrie. Internering is een beschermingsmaatregel van onbepaalde duur voor personen die een delict hebben gepleegd en ontoerekeningsvatbaar worden verklaard voor bepaalde strafbare feiten. Geïnterneerden worden een beveiligingsmaatregel opgelegd in plaats van een veroordeling tot straf.⁵⁸³ Volgens de wet van 5 mei 2014 beslissen de Kamers ter Bescherming van de Maatschappij (KBM) op advies van gedragsdeskundigen over de tenuitvoerlegging van de internering.

Categorale forensische zorg wordt in Vlaanderen geboden in *medium security units*, in *high security* forensisch psychiatrische centra of in *high security* afdelingen (zie verder). Omdat niet elke geïnterneerde dezelfde mate aan beveiligde categorale zorg nodig heeft, wordt in Vlaanderen ook via het upgraden van reguliere bedden zorg/behandeling/begeleiding aan geïnterneerden aangeboden. Een belangrijke doelstelling van het huidige interneringsbeleid is het creëren van een zorgtraject met voldoende doorstroming en uitstroom (bv. van categorale naar reguliere zorg).⁵⁸⁴

Geïnterneerden kunnen ingedeeld worden in subgroepen, naargelang:

- het risico op herval (*risk*)
- het veiligheidsrisico (*security*)
- de complexiteit, duur en intensiteit van de nodige zorg (*care* en/of *cure* en/of resocialisatie).⁵⁸⁵

Het veiligheidsrisico speelt een belangrijke rol in de keuze van setting (bv. de psychiatrische afdeling van een gevangenis of een voorziening binnen de geestelijke gezondheidszorg).

Zowel de *risk*, *security* als behandelingsnoden kunnen ingedeeld worden in drie niveaus: *low*, *medium* en *high*.

Voor een gedetailleerd overzicht van de historiek van het beleidskader voor geïnterneerden verwijzen we Moens I. & Pauwelyn L. (2012). Belangrijke stappen werden genomen door:

- het Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 2001 (NRZV/D/PSY/196-2) inzake het algemeen referentiekader voor de uitbouw van de "forensische psychiatrische zorg"
- het Advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 2004 (NRZV/D/PSY/241-2) betreffende de uitbouw van een forensisch zorgtraject in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor de behandeling en begeleiding van de geïnterneerde
- het rapport Cosyns (2005)⁵⁸⁶
- het Plan Onkelinx en Demotte (2007) en
- het Plan Vandeurzen en Onkelinx (2009).

583 De wet van 5 mei 2014 betreffende de internering (gewijzigd door de wet van 4 mei 2016 houdende internering en diverse bepalingen inzake justitie).

584 Gendarme I en Habets P, Bepalen beveiligingsnood van forensisch psychiatrische patiënten: Een vergelijking tussen HoNOS-Secure en DUNDRUM-1, Tijdschrift voor psychiatrie, 61(2019)7, 455-463

585 Moens Isabel & Pauwelyn Ludewei. Geen opsluiting maar sleutels tot reïntegratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden. Zorgnet Vlaanderen 2012

586 P. Cosyns, Werkgroep Forensisch Psychiatrisch zorgcircuit. Syntheseverslag mei 2005, (ongepubliceerd rapport).

In 2001 werden pilootprojecten voor forensisch-psychiatrische medieenheden opgestart via jaarlijkse contracten tussen drie psychiatrische ziekenhuizen en de ministers van Justitie en Volksgezondheid voor drie eenheden met elk 40 bedden (gekoppeld aan een groeipad). Doelgroep van de pilootprojecten waren de *medium risk* en *medium security* geïnterneerden (volwassenen).⁵⁸⁷

In het rapport Cosyns, dat verder bouwde op de werkzaamheden van de werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit (2004), werd aanbevolen om de zorg voor geïnterneerden als volgt in te richten⁵⁸⁸:

- de *low risk* geïnterneerden moeten de toegang vinden tot de reguliere geestelijke gezondheidszorg;
- de *medium risk* geïnterneerden moeten opgevangen worden in medium-eenheden;
- voor de *high risk* geïnterneerden moet geïnvesteerd worden in de oprichting van hoog beveiligde forensisch psychiatrische centra.

Het Plan Onkelinx en Demotte (2007) en het Plan Vandeurzen en Onkelinx (2009) zijn twee meerjarenplannen met als belangrijke doelstelling om geïnterneerden uit de Belgische gevangenissen te halen en hen door de geestelijke gezondheidszorg te laten behandelen, begeleiden en/of verzorgen. In het plan Onkelinx en Demotte (2007) lag de nadruk op de financiering van specifieke voorzieningen voor *medium-risk* patiënten. Het Plan Vandeurzen en Onkelinx (2009) voorzag in een gefaseerde uitvoering (4 fases) voor de uitbouw van een forensisch-psychiatrisch zorgtraject. De 1^{ste} fase betrof de verdere uitbouw van een specifiek/categoriaal zorgaanbod voor *medium risk* geïnterneerden binnen residentiële inrichtingen. In de 2^{de} fase werden meerdere initiatieven genomen om, binnen een netwerkgedachte die kaderde in de aanbevelingen van de “Gids naar een betere gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken” (2010)⁵⁸⁹ (zie sectie 3.2.1), te streven naar een vlotte doorstroom vanuit de penitentiaire context naar het externe zorgcircuit. Concrete initiatieven waren de aanstelling van netwerkcoördinatoren en de oprichting van schakelteams. In de 3^{de} en 4^{de} fase is er specifieke aandacht voor patiënten met een long-stay profiel, voor de opvang van vrouwen en voor patiënten met een dubbeldiagnose en een mentale beperking.⁵⁹⁰ In het Federaal Masterplan III van ministers Geens en De Block (opgemaakt in 2016) wordt de volledige uitvoering van het Plan Vandeurzen en Onkelinx beoogd.

Sedert de opstart van de pilootprojecten in 2001 tot op vandaag verloopt de financiering van de *medium security units* nog steeds via contracten tussen het ziekenhuis en de financierende overheid (momenteel is dat via B4-contracten met de FOD Volksgezondheid voor de inzet van extra VTE). Er is 20 jaar later dus nog steeds geen structurele programmatie, erkenning of financiering voorzien. De financiering is bedoeld voor extra VTE per erkend bed (bv. upgrade van een T-bed).

587 Het Plan Onkelinx en Demotte (2007) bracht de pilootprojecten onder de bevoegdheid van Volksgezondheid. In deze plannen worden ook bijkomende middelen voorzien voor psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven beschut wonen via dezelfde B4-overeenkomst van het psychiatrisch ziekenhuis. Dit gedeelte van de overeenkomst valt buiten het bestek van deze studie.

588 Chanel Ribas Colomar, De Wet van 5 mei 2014 betreffende de internering zoals gewijzigd bij de Wet van 4 mei 2016 houdende internering en diverse bepalingen inzake Justitie (Potpourri III), Faculteit Rechtsgeleerdheid Universiteit Gent (Masterproef), 2017

589 Gids naar een betere ggz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 26 april 2010, consulteerbaar via https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid/2010_04_26_guide_-_vlaanderenwallonie.pdf

590 Wetsontwerp van 18 januari 2016 houdende internering en diverse bepalingen inzake justitie, Parl. St. Kamer 2015-16, nr. 54-1590/001, p. 7

Ook voor de *high security* afdeling voor geïnterneerde vrouwen met een *high risk* statuut (PC Sint-Jan-Baptist Zelzate) en voor de *high security* afdeling “langverblijf” voor geïnterneerde mannen met een *high risk* statuut (UPC Sint-Kamillus Bierbeek) gebeurt de financiering via B4-contracten met de FOD Volksgezondheid.

Dubbeldiagnose

Patiënten met een “dubbeldiagnose” vormen een heterogene groep. Het kan bv. gaan om personen met een verslavingsproblematiek of met een verstandelijke beperking, maar de term “dubbel” wijst op het eveneens voorkomen van een psychiatrische stoornis of gedragsproblemen.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR)⁵⁹¹ illustreert de behoeften en het aanbod inzake gespecialiseerd ziekenhuisverblijf voor de doelgroep met een dubbele diagnose van een verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid.⁵⁹² De HGR formuleert in haar advies ook aanbevelingen voor de oprichting van gespecialiseerde diensten, inclusief de gewenste personeelsomkadering, en dit zowel binnen en buiten de ziekenhuiscontext. Inzake infrastructuur wordt aanbevolen om te beschikken over een specifieke infrastructuur (individuele kamers, beveiligde en gedifferentieerde ruimtes).

De financiering voor dubbeldiagnose wordt geregeld via B4-contracten tussen het ziekenhuis en de FOD Volksgezondheid. Er is geen structurele programmatie, erkenning of financiering voorzien. De financiering is bedoeld voor extra VTE per erkend bed (bv. upgrade van een T-bed).

3.2.3 Ondersteunende diensten

In de huidige forfaits zijn de ondersteunende diensten opgenomen in de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Voor de algemene ziekenhuizen stellen we voor om de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten onder de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis op te nemen, maar om zorggerelateerde ondersteunende diensten (zoals het labo of de CSA) als aparte parameter te nemen (sectie 2.2.2). Voor de psychiatrische ziekenhuizen passen we hetzelfde principe toe: de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten opnemen bij de zorggroepen en de zorggerelateerde ondersteunende diensten als aparte parameter. Er zijn echter drie belangrijke verschillen met de algemene ziekenhuizen:

- Een aantal zorggerelateerde ondersteunende diensten zijn soms wel aanwezig in een psychiatrisch ziekenhuis, maar in veel beperktere mate dan in een algemeen ziekenhuis. Een voorbeeld hiervan zijn de laboratoria of medische beeldvorming. Op basis van een analyse van de kosten is besloten om enkel “apotheek” als aparte parameter op te nemen (zie sectie 3.2.4).
- Een tweede verschil heeft betrekking op therapie. Bij de algemene ziekenhuizen maken therapieruimtes (ten laste van de verdieping) deel uit van de parameter verpleegeenheid. In een psychiatrisch ziekenhuis is er echter vanuit de specificiteit van de patiëntenpopulatie relatief meer ruimte voorzien voor therapie. Parallel aan de algemene ziekenhuizen worden de therapieruimtes behorende bij de verpleegeenheid meegenomen onder de parameter van de betreffende zorggroep. Bijkomende aparte therapiegebouwen of therapieruimtes die ten dienste staan van de

591 Behoeften betreffende dubbele diagnose (verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid (probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen) in België (december 2015) (HGR 9203)

592 We verwijzen ook naar het Advies van de NRZV inzake geestelijke gezondheidszorg aan personen met een handicap (2003) (NRZV/D/PSY/230-2)

volledige patiëntenpopulatie worden opgenomen onder de nieuwe parameter “therapie” (zie sectie 3.2.4.2).

- Een derde verschil betreft de toewijzing van de ondersteunende diensten (waaronder dus een aantal zorggerelateerde diensten vallen) aan de zorggroepen. De toewijzing kan op verschillende manieren gebeuren. Een mogelijke optie is om de kosten en m² van de ondersteunende diensten op een gelijke manier toe te wijzen aan de zorggroepen (dus 1/8 van de kosten en van de oppervlakte wordt bij de kosten en m² van elke zorggroep geteld). Een andere optie is om de kosten en m² te verdelen over de zorggroepen in verhouding tot de grootte (aantal bedden of plaatsen) van een zorggroep. We bespreken de verschillende mogelijkheden in Hoofdstuk 8. De finale keuze is echter een beleidskeuze.

3.2.4 Overige parameters

3.2.4.1 Apotheek

De apotheek is een aparte parameter om dezelfde reden als bij de algemene ziekenhuizen, namelijk het stimuleren van samenwerking tussen instellingen. In de bevraging van de psychiatrische ziekenhuizen (zie Hoofdstuk 8) gaf 36% van de deelnemende ziekenhuizen (n=22) aan dat ze bereid zijn tot samenwerking met één of meerdere andere ziekenhuizen (algemeen of psychiatrisch) of tot uitbesteding van de apotheek.

3.2.4.2 Therapieruimte

Behalve het belang (in termen van kosten en oppervlakte) van therapieruimtes in een psychiatrisch ziekenhuis, hebben ook de volgende argumenten bijgedragen om te opteren voor een aparte parameter. Uit overleg met de psychiatrische ziekenhuizen blijkt dat de sector vragende partij is om therapieruimtes meer te centraliseren, bijvoorbeeld in één centraal therapiegebouw. Voorbeelden van aanbod in dit centrale gebouw zijn: arbeidstherapie, muziektherapie, een zwembad, een sporthal, etc. Wanneer de kosten en ruimte voor therapieruimte deel uitmaken van één of meerdere andere parameters, is een aparte financiering voor een centraal therapiegebouw veel moeilijker te realiseren.

Een aparte parameter (met specifieke eenheden) vereenvoudigt het geven van prikkels tot samenwerking, in vergelijking met het opnemen van centrale therapieruimtes bij de ondersteunende diensten en dus bij de verschillende zorggroepen.

Uit overleg met de psychiatrische ziekenhuizen kwam naar voren dat de infrastructurele vereisten voor therapieruimtes verschillend zijn tussen leeftijdsgroepen. Zo moeten bijvoorbeeld de therapieruimtes voor kinderen op de afdeling voorzien worden. De ingezamelde gegevens lieten echter niet toe om dit onderscheid te vertalen naar aparte parameters voor therapieruimte volgens de zorggroepen.

3.2.5 Prikkels voor samenwerking

Voor de psychiatrische ziekenhuizen kunnen prikkels tot samenwerking gegeven worden voor de apotheek en therapieruimtes. Deze prikkels kunnen expliciet gemaakt worden via een hogere financiering indien de investeringen in een samenwerkingsverband worden uitgevoerd. Daarnaast zijn er voor een aantal zorgvormen in de parameter “basis plus” ook prikkels tot samenwerking die inherent verbonden zijn aan de zorgvorm, zoals bv. artikel 107.

3.3 Voorstel nieuwe eenheden

3.3.1 Erkende en bevroren bedden of plaatsen

Als we dezelfde criteria voor de selectie van eenheden zouden willen toepassen als bij de algemene ziekenhuizen, zouden we in de eenheden het concept “verantwoorde activiteit” verwerken. Echter, dit concept, waaruit de verantwoorde bedden worden afgeleid, bestaat niet voor de psychiatrische ziekenhuizen. Zowel voor de bedden (opname met overnachting) als voor de plaatsen (opname zonder overnachting) bestaan er enkel erkende en bevroren eenheden.

Elk psychiatrisch ziekenhuis beschikt over een aantal erkende bedden en plaatsen, bv. A- of T-bedden/plaatsen. Zoals we reeds uitgelegd hebben in sectie 3.2.2.8, kan een deel van deze bedden en plaatsen buiten gebruik gesteld worden om pilootprojecten te financieren. Dit buiten gebruik stellen wordt ook het bevroren van bedden genoemd. Het aantal erkende bedden en plaatsen verandert niet, maar de financiering voor het personeel van de bevroren bedden en plaatsen kan gebruikt worden om andere zorgvormen te financieren, bv. de mobiele teams.

Het uitgangspunt voor het toewijzen van eenheden aan de zorggroepen is het aantal erkende bedden of plaatsen voor de kenletters waarop de zorggroepen gebaseerd zijn. Bijvoorbeeld, voor de zorggroep “basis volledige hospitalisatie volwassenen” is de eenheid het aantal erkende bedden met kenletters T, t(n), A en a(n). Een deel van de erkende bedden en plaatsen wordt echter niet meer gebruikt voor deze zorggroep, maar wordt bevroren of toegewezen aan een andere zorggroep binnen “basis plus”. Daarom worden deze bevroren of toegewezen bedden niet meegeteld bij het aantal eenheden voor de zorggroep “basis volledige hospitalisatie volwassenen”.

Binnen de zorggroep “basis plus” maken we een onderscheid tussen de For-K projecten en de andere zorgvormen. Aan de For-K projecten wijzen we de eenheid “aantal For-K bedden (inclusief crisisbedden)” toe.

Voor de andere zorgvormen gebruiken we als eenheid het aantal bedden en plaatsen dat overeenstemt met de huidige financiering, meestal onder de vorm van pilootprojecten. Voor de mobiele teams is dat het aantal bevroren bedden en plaatsen waarvoor de personeelsfinanciering gebruikt wordt. Voor de forensisch psychiatrische zorg en voor dubbeldiagnose wordt de eenheid het aantal erkende bedden en plaatsen dat toegewezen wordt aan de betreffende zorggroep (dit zijn dus erkende bedden en plaatsen die voor deze specifieke doelgroep worden ingezet). Voor de HIC-werking en ID-bedden is de eenheid het aantal bedden en plaatsen voor intensifiëring, vermeerderd met bevroren bedden en plaatsen om aan de personeelsomkadering te voldoen.

Voor de parameter apotheek gebruiken we als eenheid het totaal aantal erkende bedden en plaatsen, voor de parameter therapie het totaal aantal erkende bedden en plaatsen exclusief de erkende bedden en plaatsen voor kinderpsychiatrie (K, k(d), k(n)).

3.3.2 Gedwongen opnames

Zowel voor de zorggroepen (exclusief basis plus) als voor de apotheek en de therapieruimte is het aantal eenheden gebaseerd op het aantal erkende bedden of plaatsen. We kunnen dit criterium verfijnen door een bijkomende eenheid in rekening te brengen, namelijk het aantal gedwongen opnames. Gedwongen opnames hebben hogere kosten in vergelijking met vrijwillige opnames. Twee psychiatrische ziekenhuizen die volledig vergelijkbaar zijn (in termen van zorgaanbod en aantal bedden of plaatsen per kenletter) maar waarbij het éne ziekenhuis wel een erkenning heeft voor gedwongen opnames en het andere ziekenhuis

niet, dragen verschillende kosten voor infrastructuur. Bijgevolg moeten ook beide forfaits het verschil in infrastructuurkosten weerspiegelen. Rekening houden met gedwongen opnames heeft bovendien het voordeel dat het een bijkomende garantie inbouwt dat er voldaan is aan de Europese regelgeving. Het aantal erkende bedden of plaatsen van een ziekenhuis is immers redelijk stabiel over de tijd. Het aantal bevroren bedden of plaatsen kent weliswaar een stijgende evolutie⁵⁹³, waardoor de eenheden voor de zorggroepen een zekere variabiliteit over de jaren kennen, maar blijft toch ook een weinig variabele factor. Gedwongen opnames zijn in elk geval wel variabel.

Het wettelijke kader voor een gedwongen opname in Vlaanderen is te vinden in de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 20 juni 1990. Ziekenhuizen hebben een machtiging (erkenning) nodig voor het verrichten van gedwongen opnames (KB van 18 juli 1991). Nagenoeg alle psychiatrische ziekenhuizen zijn erkend voor het opnemen van patiënten met een gedwongen statuut. Het aantal gedwongen opnames bedroeg in Vlaanderen in 2017 meer dan 10% van het aantal klinische opnames.⁵⁹⁴ Er zijn echter grote verschillen tussen de ziekenhuizen.

Deze aanpak betekent dat de ruimtebehoefte voor bepaalde zorggroepen uitgedrukt wordt in eenheden die verschillend van aard zijn, met name enerzijds het aantal bedden of plaatsen en anderzijds het aantal gedwongen opnames. In Hoofdstuk 7 bespreken we hoe we de ruimtebehoefte voor bedden/plaatsen en gedwongen opnames vergelijkbaar kunnen maken.

Voor de gedwongen opnames maken we een onderscheid naar leeftijd: we voegen bv. enkel gedwongen opnames voor kinderen of jongeren als eenheid toe aan de zorggroep “basis volledige hospitalisatie kind”.⁵⁹⁵ We wijzen geen gedwongen opnames als eenheid toe aan de zorggroep “basis hospitalisatie familiaal milieu”. Er is momenteel immers slechts één psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen dat deze zorgvorm aanbiedt. De specifieke infrastructurele vereisten voor gedwongen opnames zitten dus impliciet vevat in de kosten en ruimtebehoefte voor deze zorggroep in dat ziekenhuis. Er hoeft geen differentiatie met andere ziekenhuizen (zonder gedwongen opnames) gemaakt te worden.

3.3.3 Overzicht nieuwe parameters en eenheden

Tabel 8 geeft een overzicht van de parameters en eenheden voor de forfaits van de psychiatrische ziekenhuizen.

593 Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet MI, Ricour C. Organisation of mental health care for adults in Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 318. D/2019/10.273/50

594 Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – Zorginspectie, 2017

595 We hebben de haalbaarheid van deze aggregatie van de gegevens per leeftijdsgroep afgetoetst bij vier ziekenhuizen.

Tabel 8 Parameters en eenheden voor de forfaits van de psychiatrische ziekenhuizen

Parameter	Eenheid
Zorggroepen	
Basis volledige hospitalisatie kind	Erkende K-bedden + erkende k-nachtplaatsen + <i>Gedwongen opnames kinderen</i>
Basis daghospitalisatie kind	Erkende k-dagplaatsen
Basis volledige hospitalisatie volwassene	Erkende A-bedden + erkende T-bedden + erkende a-nachtplaatsen + erkende t-nachtplaatsen - - bevroren bedden - erkende A/T-bedden toegewezen aan een zorggroep binnen basis plus - bedden voor intensifiëring <i>+ Gedwongen opnames volwassenen</i>
Basis daghospitalisatie volwassene	Erkende a-dagplaatsen + erkende t-dagplaatsen - - bevroren plaatsen - erkende a/t-plaatsen toegewezen aan een zorggroep binnen basis plus - plaatsen voor intensifiëring
Intensieve behandeling volwassene	Erkende IB-bedden
Basis hospitalisatie familiaal milieu	Erkende Tf-bedden + erkende Tf-dagplaatsen - bevroren bedden en plaatsen
Hospitalisatie ouderen	Erkende Sp-bedden + erkende Tg-bedden - bevroren Sp- en Tg-bedden <i>+ Gedwongen opnames ouderen</i>
Basis plus For-K Mobiele teams Dubbel diagnose, For low/medium/high risk Intensifiëring (HIC en ID)	For-K bedden (inclusief crisisbedden) Bevroren bedden en plaatsen Erkende bedden en plaatsen toegewezen aan de zorggroep Bedden en plaatsen voor intensifiëring + bevroren bedden en plaatsen
Andere	
Apotheek	Totaal aantal erkende bedden en plaatsen (inclusief For-K)
Therapieruimte	Totaal aantal erkende bedden en plaatsen - erkende bedden en plaatsen voor kinderpsychiatrie (K, k(d), k(n))

3.3.4 Inzameling van de gegevens

Analoog aan de verzameling van de gegevens voor de algemene ziekenhuizen (sectie 2.2.7), moeten ook voor de psychiatrische ziekenhuizen de kosten per m² en de ruimtebehoefte berekend worden (zie Hoofdstuk 7 voor het strategisch forfait en Hoofdstuk 8 voor het instandhoudingsforfait). In deze sectie bespreken we de gegevensbronnen voor het aantal eenheden, zoals voorgesteld in Tabel 8. Ook hier stellen we voor om voor alle gegevens het meest recent beschikbare jaar te gebruiken.

- Erkende eenheden (bedden, plaatsen): het aantal eenheden zoals erkend door het Agentschap Zorg & Gezondheid.
- Bevroren eenheden, eenheden toegewezen aan de zorggroep en eenheden voor intensifiëring (bedden, plaatsen): het aantal zoals gekend in de contracten tussen de ziekenhuizen en de FOD Volksgezondheid.
- For-K bedden: het aantal bedden zoals bepaald in de contracten tussen de ziekenhuizen en de FOD Volksgezondheid.
- Gedwongen opnames per leeftijd: het aantal gedwongen opnames wordt ingezameld door de Zorginspectie, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze gegevens moeten opgevraagd worden per leeftijdsgroep.

Hoofdstuk 5

Het strategisch forfait voor de algemene ziekenhuizen

In de volgende hoofdstukken bespreken we achtereenvolgens de resultaten voor het strategisch en instandhoudingsforfait voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. Elk hoofdstuk begint met een beschrijving van de methode die werd toegepast om de gegevens in te zamelen (sectie 1). Vervolgens bespreken we in detail welke concrete beslissingen er genomen werden bij de verwerking van de gegevens (sectie 2). Tenslotte tonen we de resultaten voor de bouwkost per m² (sectie 3) en voor het ruimtegebruik (sectie 4). Bij de bespreking van de resultaten gebruiken we de term “ruimtegebruik” in plaats van de term “ruimtebehoefte”. De redenen daarvoor zullen verder toegelicht worden.

1 Inzameling van de gegevens

Voor het strategisch forfait van de algemene ziekenhuizen werden de gegevens opgevraagd bij ziekenhuizen die recent een nieuwbouwproject hebben uitgevoerd. We lichten eerst toe waarom we die methode gekozen hebben (sectie 1.1) en gaan dan dieper in op het sjabloon dat gebruikt werd om de gegevens op te vragen (sectie 1.2). Tenslotte geven we meer informatie over de selectie van de deelnemende ziekenhuizen (sectie 1.3).

1.1 Keuze van methode

Aan de deelnemende ziekenhuizen werd een sjabloon voorgelegd waarbij de gebouwde oppervlakte, zowel bruto als netto, en de bouwkosten van hun nieuwbouw werden opgevraagd (zie sectie 1.2). De bouwkosten werden opgevraagd per type ruimte (of functie binnen het ziekenhuis) en per bouwfase: ruwbouw (PF1), technieken (PF2), afwerking en vast meubilair (PF3) en roerende investeringen (medisch en niet-medisch) (PF4). Bijkomend werden financiële kosten (intercalaire interest en kosten van lening) en overige projectkosten opgevraagd. De aankoop van de grond zelf werd niet opgevraagd aangezien deze door het ziekenhuis zelf gefinancierd dient te worden.

Het invullen van het sjabloon vergt een grote inspanning van de deelnemende ziekenhuizen. De mogelijke alternatieven, zoals het werken met de eindafrekening of met boekhoudkundige gegevens, waren voor onze doeleinden echter minder geschikt. De eindafrekening bevat wel een gedetailleerd overzicht van alle kosten per lot (bv. sanitair, energie, elektriciteit) van het volledige bouwproject maar deze gedetailleerde kosten (bv. het aantal buizen, schroeven) kunnen niet eenvoudig over de verschillende ruimtes en bouwfasen uitgesplitst worden. Daarnaast is het ook niet aangewezen om enkel met de boekhoudkundige gegevens te werken gezien een bouwproject (althans het onroerende deel) vaak op een algemene kostenplaats wordt geboekt. Verschillende kosten die gerelateerd zijn aan een nieuwbouw, zoals kosten voor elektriciteit, sanitair of liften, verlopen immers via aparte aanbestedingen (per lot) en komen daarna via de factuur in de boekhouding.

1.2 Opmaak van het sjabloon

Bij de opmaak van het sjabloon voor de inzameling van de bouwkosten en de oppervlaktes (beschikbaar op aanvraag⁵⁹⁶), hebben we ons hoofdzakelijk gebaseerd op de Nederlandse Bouwkostennota 2017⁵⁹⁷, het “VIPA sjabloon gunningen bouwkost” dat door de ziekenhuizen volgens de procedureregels na een bouwproject moet worden ingediend (sjabloon gunningen versie mei 2018, verder “VIPA bouwkostensjabloon” genoemd⁵⁹⁸) en een studie uitgevoerd door Zorgnet-Icuro in 2006-2007 als voorbereiding op het MB van 11 mei 2007, waarin eveneens een sjabloon gebruikt werd om de nieuwbouwkosten in kaart te brengen⁵⁹⁹.

In het sjabloon van Zorgnet-Icuro werden zowel de m² als de bouwkosten van nieuwbouwwerken opgevraagd. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen de kostprijs zonder en met uitrusting. De kostprijs en m² werden opgevraagd voor basisstructuur (bv. algemene ziekenhuisdiensten, dagziekenhuis, apotheek) en gespecialiseerde structuur⁶⁰⁰ (bv. operatiekwartier, intensieve zorg, dialyse).

In de huidige studie werden de kosten verder uitgesplitst in vier projectfases (PF):

- PF1: ruwbouw (met inbegrip van bv. buitenschrijnwerken, dakwerken)
- PF2: technieken (met technische uitrusting zoals sanitair, elektriciteit, lift, HVAC⁶⁰¹)
- PF3: afwerking en vast meubilair (uitrusting die onroerend door bestemming is doordat ze vast verbonden is aan een onroerend vast activum zoals inbouwtoestellen, vaste kasten, ...)
- PF4: roerende investeringen (medisch en niet-medisch).

De indeling in basisstructuur en gespecialiseerde structuur werd aangepast naar verpleging, onderzoek en behandeling, en (zorg)ondersteunende functies, zoals in de Nederlandse Bouwkostennota. Ook voor de selectie en afbakening van de functies of ruimtes binnen deze drie groepen was het uitgangspunt de Nederlandse Bouwkostennota (zie in deze nota Tabel 5.2.1: Gebouwdifferentiatie Cure-ziekenhuizen). Deze selectie werd verder aangepast op basis van terminologie en regelgeving die geldt voor Vlaamse ziekenhuizen.

De overige projectkosten (afbraak- en omgevingswerken (waaronder parking), kunstwerken, erelonen, studiekosten, aanloopkosten, en andere bijkomende kosten⁶⁰²) zijn gebaseerd op “diverse staartkosten” in

596 Dit is de finale versie van het sjabloon. Een eerste versie werd tijdens de inzameling van de gegevens in beperkte mate bijgestuurd op basis van vragen en suggesties van de deelnemende ziekenhuizen.

597 Deze studie geeft een overzicht van kosten en oppervlaktes van zorggebouwen in Nederland en schetst hiervoor enkele kaders voor kwaliteit, functionaliteit en betaalbaarheid. De studie geeft een recent vergelijkingspunt inzake bouwkosten en ruimtebehoefte voor de huidige studie (Handreiking kengetallen benchmark zorgvastgoed. Bouwkostennota 2017).

598 Het sjabloon kan geraadpleegd worden op volgende webpagina: <https://www.departementwvlg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies>.

599 Deze niet-gepubliceerde studie werd ons ter beschikking gesteld door Zorgnet-Icuro.

600 Noteer dat deze invulling van de term gespecialiseerde infrastructuur hier afwijkt van de invulling ervan in dit rapport (zie Hoofdstuk 4).

601 HVAC staat voor heating (verwarming), ventilation (ventilatie) en air conditioning (airconditioning of koeling).

602 Het sjabloon vroeg ook naar “programma en bestek-wijzigingen (onvoorzien)” en “reservering, loon- en prijsstijgingen”. De motivering hiervoor was dat wijzigingen vaak verantwoordelijk zijn voor grote onverwachte extra kosten, zoals bleek uit de gesprekken met de architecten. Vanuit een beleidsperspectief is het niet gewenst om deze financieel te stimuleren door ze op te nemen in de financiering. Deze kosten bleken echter moeilijk apart te analyseren gezien ze mee in de totaalkosten verweven zitten. Bovendien kon zonder gedetailleerde kennis van het

de Nederlandse Bouwkostennota en het VIPA-bouwkostensjabloon. In deze documenten worden de financiële lasten (lening) en rente tijdens de bouw opgenomen bij de overige kosten. Deze werden door ons ook mee opgevraagd (als aparte lijnen), maar ze worden verder in dit rapport niet opgenomen onder “overige projectkosten”. Ze worden apart behandeld omdat de financieringscomponent een afzonderlijke component is in de berekening van het strategisch forfait (zie Hoofdstuk 1). In de huidige regelgeving zitten de “overige projectkosten” kosten verspreid over de componenten “marge boven bouwplafond” (bv. afbraakwerken) en “algemene kosten” (bv. ereloon).

De finale indeling in projectfasen en in ruimtes/functies is overlegd met meerdere architectenbureaus (Boeckx⁶⁰³, VK Architects & Engineers en Archipelago/Ar-te). Op basis van gesprekken met architecten en Prof. Heylighen van het Departement Architectuur (KU Leuven) werd nagegaan welke bijkomende informatie moest opgevraagd worden om de ingezamelde kostengegevens correct te kunnen interpreteren en toewijzen (beschikbaar op aanvraag).

1.3 Selectie en deelname van de ziekenhuizen

De deelnemende ziekenhuizen werden geselecteerd op basis van de volgende cumulatieve criteria:

- Project met principieel akkoord van het VIPA en ingebruikname vanaf 2014
- Volledig kostenoverzicht beschikbaar
- Volledig nieuwbouwproject.

Het criterium “ingebruikname vanaf 2014” zorgt ervoor dat enkel recente projecten worden meegenomen in de analyse. Oudere projecten weerspiegelen immers onvoldoende de recente (en vaak hogere) materiaalkosten of kosten die het gevolg zijn van nieuwe regelgeving. Door de voorwaarde “volledig kostenoverzicht beschikbaar” vallen de meest recente bouwprojecten buiten de selectie. De beschikbaarheid van een volledig kostenoverzicht is echter een cruciale vereiste om de bouwkosten zo accuraat mogelijk te berekenen. Het laatste criterium werd ingegeven door de tijdsbeperking waaraan we voor deze studie onderworpen waren. Door de selectie te beperken tot volledige nieuwbouwprojecten, zijn in de bevraging geen uitbreidingsprojecten opgenomen. Een bevraging van uitbreidingsprojecten had de steekproef van bepaalde ruimtes of functies kunnen vergroten. Door enkel te werken met nieuwbouwprojecten kunnen we bovendien de potentiële meer- of minderkost van uitbreidingsprojecten niet staven met empirische informatie.

Op basis van bovenstaande criteria kwamen zeven Vlaamse algemene ziekenhuizen in aanmerking om deel te nemen aan de bevraging. Zes van de zeven ziekenhuizen hebben effectief deelgenomen en hebben het sjabloon ingevuld. Het 7^{de} ziekenhuis heeft het sjabloon niet ingevuld, maar heeft wel input gegeven tijdens overlegmomenten.

Het sjabloon werd uitgestuurd naar de financieel of technisch directeur van het ziekenhuis (mei 2019), na telefonisch contact om de haalbaarheid en timing van de studie te bespreken. Drie ziekenhuizen werden ter plaatse bezocht om verdere uitleg over de studie te geven.

verloop van het bouwproject ook niet ingeschat worden in hoeverre deze kosten vermeden hadden kunnen worden. Vier van de zes ziekenhuizen maakten expliciet vermelding van parking onder omgevingswerken, voor de overige twee is hier geen informatie over.

603 In samenwerking met AAPROG en B2Ai

In de volgende sectie lichten we toe hoe de ingevulde sjablonen verwerkt en gestandaardiseerd werden. De gemaakte veronderstellingen werden zoveel mogelijk individueel met elk ziekenhuis afgetoetst en belangrijke afwegingen werden besproken op overlegmomenten waarop de zeven ziekenhuizen werden uitgenodigd.

2 Verwerking van de gegevens

We bespreken eerst (in sectie 2.1) de definitie van de bouwkosten en de wijze waarop ze aan verschillende ruimtes en bouwfases werden toegewezen (sectie 2.2). Vervolgens lichten we toe op welke wijze ruimtes en diensten in het sjabloon aan de parameters en eenheden van het strategisch forfait werden gekoppeld (sectie 2.3). Tenslotte bespreken we de manier waarop het ruimtegebruik werd berekend (sectie 2.4).

2.1 Definitie bouwkosten

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om in het sjabloon de werkelijke bouwkosten (PF1 – PF4) in te vullen. De berekende bouwkosten zijn inclusief BTW en exclusief financiële lasten en worden geïndexeerd op basis van het jaar van ingebruikname met als referentiepunt de bouwindex van 2017, gepubliceerd op de website van het VIPA⁶⁰⁴. Alle kosten worden dus herrekend naar het jaar 2017. Voor elk ziekenhuis zijn de kosten voor zware medische apparatuur zoals een NMR-apparaat, PET-scanner en lineaire versnellers uit de kosten gehaald. Deze toestellen worden immers gefinancierd via de VIPA toestelfinanciering. Ook bepaalde gespecialiseerde infrastructuur is, indien identificeerbaar, niet meegenomen. Dit was enkel het geval voor weefselbank en cathlab.

De “omslag” zoals gebruikt in de herzieningsmethodiek van het bedrag dat werd opgenomen in onderdeel A1 van het BFM is niet mee opgenomen in de berekeningen om zo een totaalbeeld te geven van de nieuwbouwkosten van het ziekenhuis. Echter, deze omslag kan net zoals in de berekeningen voor de huidige regelgeving, nadien nog worden toegepast.

Bij de berekening van de bouwkosten ligt de nadruk op de kostenzijde van de investeringen en laten we alle mogelijke opbrengsten die deze investeringen kunnen genereren, buiten beschouwing. We denken hierbij aan inkomsten van de parking of cafetaria. Ook met financieringsstromen uit het verleden houden we geen rekening.

De bouwkosten voor PF4 zullen in de analyse apart behandeld worden, conform de huidige regelgeving. Hetzelfde geldt voor de “overige projectkosten” (sectie 1.2) en de intercalaire en financiële lasten (zie Hoofdstuk 10).

2.2 Opsplitsing van de bouwkosten per type ruimte en per bouwfase

Hoewel aan de ziekenhuizen werd gevraagd om voor alle ruimtes of diensten in het sjabloon de kosten en m² apart op te geven voor PF1 tot en met PF4, bleek dit niet mogelijk voor elk van de zes ziekenhuizen.

Voor één van de ziekenhuizen hebben we geen informatie over de uitgaven in PF4. In de verwerking van de resultaten voor PF4 werd dat ziekenhuis buiten beschouwing gelaten.

604 <https://www.departementwvg.be/vipa/cijfers/bouwindex>

Vier van de zes ziekenhuizen verdeelden in de oorspronkelijk aangeleverde gegevens de kosten voor bouwfase PF2 en PF3 samen over de ruimtes van het sjabloon pro rata van het aantal m². Gezien deze twee fases net degene zijn die de kostendifferentiatie tussen de verschillende ruimtes bepalen (bv. een operatiekwartier zal duurdere technieken (PF2) hebben dan een magazijnruimte), werd in samenspraak met de deelnemende ziekenhuizen volgende werkwijze toegepast. Eén van de deelnemende ziekenhuizen was bereid om op basis van hun zeer gedetailleerde eindafrekening kosten toe te wijzen aan de verschillende ruimtes in het sjabloon (verder het “referentieziekenhuis” genoemd). Op basis van deze kostentoewijzing per type ruimte en per bouwfase kon het aandeel van elke ruimte in de totale kosten van een bouwfase (bv. PF2) berekend worden. Deze percentages werden vervolgens toegepast op de totale kosten van een bouwfase van de andere nieuwbouwziekenhuizen. Op die manier was het mogelijk om voor elke ruimte en elke bouwfase in de zes ziekenhuizen de kostprijs te berekenen. Volgende principes werden gehanteerd bij deze berekening:

- De totale bouwkost van het betreffende ziekenhuis blijft ongewijzigd.
- Er werd enkel een kost toegewezen voor de ruimtes die in een bepaald ziekenhuis aanwezig zijn.
- Voor één ruimte die niet aanwezig was in het referentieziekenhuis, zijn de kosten gebaseerd op de Nederlandse Bouwkostennota. Meer concreet is in deze studie terug te vinden dat de bouwkost van diensten onder “algemeen orgaanfunctie onderzoek” 110% bedraagt ten opzichte van de bouwkost van de algemene verpleegeenheid. Deze methode werd afgetoetst bij en goedgekeurd door alle deelnemende ziekenhuizen.

Voor twee ziekenhuizen was het niet mogelijk om de kosten op te splitsen over de verschillende bouwfases PF1, PF2 en PF3 en was dus enkel het totaalbedrag voor deze drie fasen beschikbaar. Om toch dezelfde manipulatie door te voeren op PF2 en PF3 was er dus nood aan een extra tussenstap. Hiertoe werd de som van PF1, PF2 en PF3 (PF123) uitgesplitst op basis van het aandeel van PF1, PF2 en PF3 voor de andere vier ziekenhuizen en werd een onderscheid gemaakt tussen verpleegdiensten, onderzoek en behandeling en ondersteunende diensten (zie Tabel 9). Per uitzondering tonen deze cijfers het gewoon gemiddelde (zie sectie 3.2).

Tabel 9 Kostenverdeling per type dienst en per bouwfase

	PF1	PF2	PF3	PF123
Verpleegdiensten	30%	44%	26%	100%
Onderzoek en behandeling	21%	60%	19%	100%
Ondersteunende diensten	32%	44%	24%	100%

De gegevens zijn afkomstig van vier ziekenhuizen waarvoor de uitsplitsing per bouwfase mogelijk was.

2.3 Toewijzing ruimtes en diensten aan parameters en eenheden

Voor de berekening van het strategisch forfait moeten de ruimtes en diensten zoals opgevraagd in het sjabloon (en extra ruimtes – of “lijnen” in het sjabloon – toegevoegd door de ziekenhuizen) aan de verschillende parameters toegewezen worden. Deze toewijzing kan teruggevonden worden in Tabel 10.

In het huidige systeem vallen alle ondersteunende diensten, ook de zorgondersteunende diensten (zoals spoed, labo, apotheek en medische beeldvorming) onder de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, NIC-dienst en intensieve zorgen en zit CSA mee onder de parameter voor het operatiekwartier. In deze

studie wordt echter voorgesteld om de zorgondersteunende diensten als aparte parameter in de forfaits op te nemen (zie Hoofdstuk 4). In Tabel 10 worden de implicaties van die verschillende keuzes voor de definitie van de parameters geïllustreerd doordat een onderscheid wordt gemaakt tussen (1) een parameter in het huidige model met de niet-zorgondersteunende diensten als een aparte parameter en (2) een parameter in het nieuwe model met de niet-zorgondersteunende diensten als een aparte parameter.

Aangezien de verschillende manieren om de ondersteunende diensten te behandelen een grote invloed hebben op de resultaten voor het ruimtegebruik en de totale bouwkost per m², die geassocieerd zijn met de verschillende parameters, tonen we in de volgende secties de resultaten voor verschillende methoden van toewijzing. Het gaat hier immers om een belangrijke beleidskeuze.

De kolom “detail” in Tabel 10 geeft een overzicht van de ruimtes en diensten die aan elke parameter zijn toegewezen. Zo omvat de parameter verpleegeenheid bijvoorbeeld de ruimtes voor de kenletters C, D, CD, E, G, Sp, A en a maar ook de CCU-eenheid, medium care, eenheid voor beroertezorg of therapieruimte voor één of meerdere ziekenhuizen. De toewijzing in de tabel weerspiegelt in welke mate ziekenhuizen de kosten van bepaalde ruimtes of diensten al dan niet apart konden berekenen. De finale toewijzing is gebeurd in nauw overleg met elk van de ziekenhuizen. Zo werd bijvoorbeeld bij elk ziekenhuis afgetoetst onder welke dienst medium care of de pijnkliniek opgenomen waren. In een beperkt aantal gevallen was het niet mogelijk om bepaalde ruimtes of diensten af te zonderen waardoor de kosten per parameter zowel overschat als onderschat kunnen zijn. In de meeste gevallen ging het over kleine bedragen of een beperkt aantal m², zodat de totale impact op de kost per m² beperkt is.

Tabel 10 Toewijzing van ruimtes en diensten aan parameters

Functie/ruimte uit sjabloon	Detail	Parameter huidig (OD apart)	Parameter voorstel (OD apart)
Verpleging			
Algemene verpleegafdeling	Kenletters C, D, CD, E, G, Sp, A, a CCU (n=1); medium care (n=1); eenheid voor beroertezorg (n=2); therapieruimte (n=1)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid
N*-eenheid	N*-eenheid	N*-eenheid	N*-eenheid
Materniteit	Kenletter M	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid
Pediatrie	Kenletter E	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid
Intensieve zorgen	Intensieve zorgen (inclusief CCU, medium care, eenheid voor beroertezorg)	Intensieve zorgen	Intensieve zorgen
Dagziekenhuis	Zowel chirurgisch als niet-chirurgisch dagziekenhuis (kleine ingrepen en endoscopie); pijnkliniek (n=2) (waar mogelijk toegewezen aan dagziekenhuis)	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis
Onderzoek en behandeling			
Bunker radiotherapie	Radiotherapie	Radiotherapie	Radiotherapie
Medische beeldvorming	Radiologie, echo, RX, exclusief materiaal dat via de VIPA toestelfinanciering verloopt (zoals NMR)	Ondersteunende diensten	Medische beeldvorming
Nucleaire geneeskunde	Nucleaire geneeskunde	Ondersteunende diensten	Medische beeldvorming
Spoed	Spoed	Ondersteunende diensten	Spoed
Operatieafdeling	Waar mogelijk zijn de ruimtes voor kleine ingrepen eruit gehaald en toegewezen aan het dagziekenhuis; endoscopie (n=2); pijnkliniek (n=1)	Operatiekwartier	Operatiekwartier
Bevallingskwartier	Verloskamers	Bevallingskwartier	Bevallingskwartier
Dialyse	Dialyse	Dialyse	Dialyse
Consultatieruimtes	Raadpleging, maar ook slaaplabo, revalidatieruimtes, polikliniek	Ambulant	Ambulant

DEEL III: PARAMETERS EN KOSTEN VOOR STRATEGISCH FORFAIT EN INSTANDHOUDINGSFORFAIT

Ondersteunende functies			
Centrale sterilisatie	Sterilisatie	Operatiekwartier	CSA
Apotheek	Zowel apotheek productie als apotheek distributie	Ondersteunende diensten	Apotheek
Labo	Labo, labo anatomo-pathologie, glycemiebepaling	Ondersteunende diensten	Labo
Inschrijving en onthaal	Inkomhal, inschrijvingen en onthaal	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Technische ruimte	Informatica, ruimte voor IT, hardware, energie, etc.	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Vergaderruimte	Vergaderruimte	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Vestiaires	Kleedkamers	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Centrale keuken	Keuken, voeding	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Centraal magazijn	Centraal magazijn	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Facilitaire diensten	Zowel facilitaire als technische diensten, alsook enkele overige diensten zoals eredienst, wasserij & linnen, onderhoud, stille ruimte, cafetaria bezoekers en vergaderruimtes	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Bestuur en directie	Bestuur en directie	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Mortuarium	Mortuarium	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Administratie en archief	Administratie, medische archieven	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Opleiding personeel	Ook auditoria	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Cafetaria & internaat personeel	Cafetaria bezoekers, vaak inclusief cafetaria personeel en internaat personeel. Exclusief internaat bezoekers.	Ondersteunende diensten	Ondersteunende diensten
Andere	Andere therapieruimtes (diabetesconventie, ...) Pijnkliniek, consultatieruimtes, slaaplabo	Ambulant	Ambulant

OD = ondersteunende diensten; CCU = Coronary Care Unit; CSA = centrale sterilisatieafdeling. Noteer dat de NIC-dienst niet wordt opgenomen gezien deze niet vertegenwoordigd is in onze dataset.

2.4 Berekening van het ruimtegebruik

Voor de berekening van het ruimtegebruik en van de bouwkost per m² zullen we werken met de *netto* m², d.w.z. de effectief nuttige oppervlakte⁶⁰⁵. De keuze voor netto eerder dan bruto vierkante meters laat toe om ziekenhuizen onderling zo vergelijkbaar mogelijk te maken. Immers, bepaalde ontwerpkeuzes zoals een laag- of hoogbouw hebben een impact op de verhouding bruto versus netto m². Deze keuze om te werken met netto oppervlaktes werd ook overlegd met de nieuwbouwziekenhuizen. Overigens heeft deze keuze minder grote gevolgen dan op het eerste gezicht gedacht zou kunnen worden. Om dit in te zien is het nuttig nog eens terug te gaan naar de fundamentele formule die gebruikt wordt om de kosten per parameter te berekenen (zie Hoofdstuk 4):

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

Het aantal netto m² is natuurlijk kleiner dan het aantal bruto m², wat leidt tot een lagere schatting voor de ruimtebehoefte per eenheid (de term m²/eenheid). Tegelijkertijd echter wordt gedeeld door het aantal m² om de bouwkost per m² te berekenen (de laatste term in de formule): de geschatte bouwkost per m² zal dus hoger zijn wanneer met netto oppervlakte gewerkt wordt. Deze twee effecten gaan in de tegenovergestelde richting.

De berekening van het ruimtegebruik (gebruikte oppervlakte per eenheid) voor de zes nieuwbouwprojecten in deze studie is gebaseerd op de eenheden die door het VIPA gebruikt werden bij het verlenen van het akkoord strategisch forfait. Voor sommige parameters is deze eenheid niet meer van toepassing, zoals bijvoorbeeld voor de parameter verpleegeenheid, waar verantwoorde bedden de erkende bedden vervangen hebben. De berekening van het ruimtegebruik op basis van de oude eenheden geeft wel reeds een goede indicatie van de grootteorde van het ruimtegebruik.

Tabel 11 geeft een overzicht van de gebruikte eenheden per parameter en het totaal aantal eenheden voor de zes nieuwbouwziekenhuizen in de steekproef. Zoals reeds toegelicht zijn de zorgondersteunende diensten in de huidige regelgeving opgenomen in de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, NIC-dienst en intensieve zorgen (voor spoed, labo, apotheek en medische beeldvorming) en in operatiekwartier (voor CSA). We stellen in deze studie echter voor om ze als aparte parameter in de forfaits op te nemen (zie Hoofdstuk 4). Voor de berekening van het ruimtegebruik kennen we louter ter illustratie de eenheid "aantal erkende bedden en plaatsen"⁶⁰⁶ toe voor spoed, labo, apotheek en medische beeldvorming. Bij de bespreking van de resultaten in secties 3 en 4 zullen we dieper ingaan op de implicaties van de verschillende methoden om de ondersteunende diensten te behandelen.

605 In het BVR 2017 is weinig informatie terug te vinden over hoe de oppervlakte gedefinieerd wordt. Gezien deze regelgeving gebaseerd is op het MB van 2007, baseren we ons op de definitie die in dit besluit wordt meegegeven: "alle oppervlaktes gerekend vanaf het binnenspouwblad inclusief structuren, schachten, verticale circulaties en zorgondersteunende technische ruimtes maar exclusief zuiver technische verdiepingen zoals bijvoorbeeld onverwarmde zolders en kelders. Er wordt voor het vaststellen van het aantal vierkante meter geen rekening gehouden met de omgeving van het gebouw (MB 11 mei 2007 art 5 §3)."

606 Aantal op datum van het akkoord van het strategisch forfait.

Tabel 11 Eenheden gebruikt voor de berekening van het ruimtegebruik

Parameter	Eenheid ¹	Totaal eenheden	Sample
Huidige parameters			
Verpleegeenheid	Erkende bedden	2.605	6
Dagziekenhuis	Plaatsen	586	6
Operatiekwartier	Weerhouden operatiezalen	84,65	6
Intensieve zorgen	IZ bedden	85	6
Dialyse	Posten	127	4
Verloskwartier	100 bevallingen	65,16	6
N*-eenheid	100 bevallingen	65,16	5
Radiotherapie	Lineaire versnellers	6	2
NIC	Erkende bedden	-	0
Nieuwe parameters			
Spoed	Erkende bedden + plaatsen	3.191	6
CSA	Weerhouden operatiezalen	84,65	6
Labo	Erkende bedden + plaatsen	3.191	6
Apotheek	Erkende bedden + plaatsen	3.191	6
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	Erkende bedden + plaatsen	3.191	6
Ondersteunende diensten	Erkende bedden + plaatsen	3.191	6

Bron: Gegevens Jaarlijkse uitkering strategisch forfait; 1 De erkende bedden bevatten niet de bedden intensieve zorgen. Gezien er geen NIC-dienst aanwezig was in onze steekproef bevatten ze (in dit geval) evenmin de NIC-bedden.

2.5 Vergelijkingsbasis voor de resultaten

Om de vergelijking mogelijk te maken met de ruimtebehoefte en de bouwkosten die aan de basis liggen van de berekening van de huidige strategische forfaits toont Tabel 12 (laatste twee kolommen) de gegevens die als vergelijkingsbasis moeten gebruikt worden voor de resultaten in dit hoofdstuk en de volgende hoofdstukken. Hiervoor breiden we Tabel 1 uit Hoofdstuk 1 uit op basis van de info in het Advies NRZV 2007 (kolommen twee en drie). In kolommen vier en vijf passen we deze gegevens aan zodat ze eenvoudig vergelijkbaar zijn met de resultaten voor het ruimtegebruik en de bouwkosten in onze berekeningen. De aanpassingen hebben vooral te maken met het apart nemen van de ondersteunende diensten, de indexering naar het jaar 2017 (zie eerder), de toevoeging van de BTW en het uitsluiten van parameters die niet in de forfaits zijn opgenomen. De tabel toont de cijfers voor de toepassing van de omslag (op het vroegere federale deel van de bouwkost (40%)).

Tabel 12 Vergelijkingsbasis resultaten voor ruimtebehoefte en bouwcost op basis van huidige forfaits

Parameter	Ruimtebehoefte (m ² /eenheid)	Bouwcost (€/m ²) (2007 en excl. BTW)	Ruimtebehoefte Vergelijkingsbasis	Bouwcost Vergelijkingsbasis (2017 en incl. BTW)
Verpleegeenheid	98,5	1.743	46 ³	2.540,59 ²
Dagziekenhuis	98,5	1.743	46 ³	2.540,45 ²
Operatiekwartier (incl. CSA) ⁴	350	2.157,14	350	2.884,43
Intensieve zorgen	128,5	1.831	76 ³	2.941,74 ²
NIC-dienst	128,5	2.200	76 ³	2.941,74 ²
Dialyse	40	2.200	40	2.941,74
Verloskwartier	24	2.200	24	2.941,74
Neonatalogie ¹	50	2.200	50	2.941,74
Radiotherapie	500	2.500	500	3.342,89
Totaal Ondersteunend (OD)	In andere parameters	In andere parameters	Zie toelichting OD	Zie toelichting OD
Toelichting (OD)				
Apotheek	2	1.600	2	2.139,45
Labo (niet in PZ)	4	2.200	4	2.941,74
Spoed (niet in PZ)	3	2.200	3	2.941,74
Medische beeldvorming (niet in PZ)	4	2.200	4	2.941,74
Consultaties ⁵	11	1.600	Niet in forfaits	2.139,45
Andere OD ⁶	28,5	1.378,95	28,5	1.843,87
Andere opties				
Totaal OD zonder Consultaties	41,5	1.607,23	41,5	2.149,11

1 - In het MB 2007 werd een onderscheid gemaakt tussen N*-functie en N*-eenheid met een respectievelijke ruimtebehoefte van 100 en 50 m². Echter in het BVR 2017 werd enkel de waarde voor de N*-eenheid behouden.

2 - De bedragen voor deze parameters in de derde kolom zijn een gewogen gemiddelde van de prijs voor ondersteunende diensten en de prijs voor de ruimte voor bedden/plaatsen. Uit het Advies NRZV 2007 kennen we echter de kost van iedere component apart en deze is weergegeven in de laatste kolom. Zo is de basisprijs voor de bedden/plaatsen € 1.900 en voor NIC € 2.200 wat geïndexeerd en inclusief BTW de getallen in de laatste kolom oplevert. Noteer dat in het Advies NRZV 2007 de NIC-dienst en de intensieve zorgen gelijk behandeld worden. Echter in het MB 2007 hebben ze een andere bouwcost toegewezen gekregen (de ene bevat de bouwcost inclusief de ondersteunende diensten, de andere exclusief de ondersteunende diensten, ondanks dat de ruimtebehoefte voor beide parameters de ondersteunende diensten bevat). Deze bedragen zijn zonder omslag.

3 - Dit zijn de ruimtebehoeftes voor enkel de ruimte voor een bed/plaats (dus zonder de ondersteunende diensten).

4 - In het Advies NRZV 2007 staan er geen aparte kosten of ruimtebehoefte voor het CSA. Echter in werkdocumenten van de groep die dit advies heeft voorbereid konden we terugvinden dat voor CSA 53 m² per OKA-zaal geschat werd.

5 - Voluit: consultaties en andere basis medische functies (Advies NRZV 2007).

6 - Andere OD = kostenplaatsen 020-120 (inclusief keuken en internaat). De resultaten in de tabel zijn een som (voor de ruimtebehoefte) en gewogen gemiddelde (voor de kosten) van de aparte bedragen onder deze categorie uit het Advies NRZV 2007. In voorstellen met de nieuwe parameters (waarbij spoed, labo, apotheek, medische beeldvorming apart blijven) en waarbij de andere ondersteunende diensten worden toegewezen aan parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis moet dus de ruimtebehoefte 74,5 m² als vergelijkingsbasis worden gebruikt (= 46 + 28,5).

3 Resultaten: bouwkost per m²

3.1 Basisgegevens

De basisgegevens (totale kosten zonder de roerende investeringen in PF4 en de netto-oppervlakte) worden samengevat in Tabel 13 en Tabel 14⁶⁰⁷. We geven zowel de bouwkosten als de oppervlakte voor vijf verschillende gevallen, die overeenkomen met verschillende methoden om de ondersteunende diensten te behandelen:

- Huidig 1: de kosten en de oppervlakte worden toegewezen op basis van de huidige parameters met alle ondersteunende diensten opgenomen bij de parameter verpleegeenheid (behalve CSA, dat toegewezen wordt aan het operatiekwartier).
- Huidig 2: de kosten en de oppervlakte worden toegewezen op basis van de huidige parameters, maar de ondersteunende diensten zijn een aparte parameter.
- Voorstel 1: toewijzing aan de nieuwe parameters, waarbij de niet-zorgondersteunende diensten als aparte parameter worden gerapporteerd
- Voorstel 2: toewijzing aan de nieuwe parameters, waarbij de de kosten en de oppervlakte voor de niet-zorgondersteunende diensten gelijk verdeeld worden over de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis.
- Voorstel 3: toewijzing aan de nieuwe parameters, waarbij de de kosten en de oppervlakte voor de niet-zorgondersteunende diensten verdeeld worden over verpleegeenheid en dagziekenhuis in verhouding tot hun aandeel in het totaal aantal bedden en plaatsen.

607 We beperken ons in het rapport tot de resultaten geaggregeerd per parameter. Echter, resultaten op een gedetailleerder niveau (zie sjabloon) zijn beschikbaar en mogelijks nuttig in verder onderzoek voor het beantwoorden van specifieke vragen (bv. gemiddelde kost van bepaalde infrastructuur zoals een keuken).

Tabel 13 Totale kosten (zonder PF4) voor de zes nieuwbouwziekenhuizen

Parameter	Huidig 1	Huidig 2	Voorstel 1	Voorstel 2	Voorstel 3
Verpleegeenheid	702.391.579	310.182.995	310.182.995	455.382.152	547.252.129
Dagziekenhuis	44.002.229	44.002.229	44.002.229	189.201.386	97.331.408
Operatiekwartier	174.343.215	174.343.215	165.777.433	165.777.433	165.777.433
Intensieve zorgen	21.029.580	21.029.580	21.029.580	21.029.580	21.029.580
Dialyse	12.870.642	12.870.642	12.870.642	12.870.642	12.870.642
Verloskwartier	9.361.431	9.361.431	9.361.431	9.361.431	9.361.431
N*-eenheid	3.787.699	3.787.699	3.787.699	3.787.699	3.787.699
Radiotherapie	13.962.276	13.962.276	13.962.276	13.962.276	13.962.276
Spoed	-	-	31.304.420	31.304.420	31.304.420
CSA	-	-	8.565.782	8.565.782	8.565.782
Apotheek	-	-	17.286.250	17.286.250	17.286.250
Labo	-	-	23.055.116	23.055.116	23.055.116
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	-	-	30.164.484	30.164.484	30.164.484
Ondersteunende diensten	-	392.208.583	290.398.313	-	-
Commercieel	1.983.002	1.983.002	1.983.002	1.983.002	1.983.002
Ambulant	85.233.879	85.233.879	85.233.879	85.233.879	85.233.879
TOTAAL	1.068.965.532	1.068.965.532	1.068.965.532	1.068.965.532	1.068.965.532

Tabel 14 Totale netto-oppervlakte voor de zes nieuwbouwziekenhuizen

Parameter	Huidig 1	Huidig 2	Voorstel 1	Voorstel 2	Voorstel 3
Verpleegeenheid	296.473	123.349	123.349	193.317	237.587
Dagziekenhuis	16.072	16.072	16.072	86.040	41.770
Operatiekwartier	27.159	27.159	24.020	24.020	24.020
Intensieve zorgen	7.645	7.645	7.645	7.645	7.645
Dialyse	4.721	4.721	4.721	4.721	4.721
Verloskwartier	3.115	3.115	3.115	3.115	3.115
N*-eenheid	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363
Radiotherapie	2.646	2.646	2.646	2.646	2.646
Spoed			9.613	9.613	9.613
CSA			3.139	3.139	3.139
Apotheek			5.542	5.542	5.542
Labo			7.821	7.821	7.821
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde			10.213	10.213	10.213
Ondersteunende diensten		173.124	139.936		
Commercieel	338	338	338	338	338
Ambulant	34.526	34.526	34.526	34.526	34.526
TOTAAL	394.059	394.059	394.059	394.059	394.059

Het is vooral interessant de voorstellen 2 en 3 met elkaar te vergelijken. Op het eerste gezicht zou men kunnen denken dat een 50/50 verdeling van de ondersteunende diensten over verpleegeenheid en dagziekenhuis een voor de hand liggende keuze is. Die houdt echter absoluut geen rekening met de relatieve grootte van deze twee parameters. Uit de tabellen blijkt inderdaad dat, zowel wat betreft de kosten als wat betreft het ruimtegebruik, de verpleegeenheden veel omvangrijker zijn dan het dagziekenhuis. De verschillende opties voor toewijzing van de ondersteunende diensten zullen ook in de volgende hoofdstukken bekeken worden. Globaal genomen lijkt de verdeling op basis van het aantal bedden/plaatsen de meest aantrekkelijke methode van toewijzing, en de transparantie en coherentie van het subsidiemechanisme verbeteren natuurlijk wanneer men voor alle forfaits kan opteren voor dezelfde methode. Uiteindelijk gaat het hier echter om een keuze die door de beleidsmakers moet worden gemaakt. De tabel toont duidelijk aan dat deze keuze belangrijke financiële implicaties heeft.

Bij de tabellen moeten verder nog vier opmerkingen gemaakt worden.

Ten eerste geven de twee laatste rijen in de tabel (boven de som) de kosten weer voor “commerciële” (bv. winkelruimte) en “ambulante” diensten. Bij de laatste horen bv. consultatieruimtes en de polikliniek. Deze

kosten worden niet gesubsidieerd via de strategische forfaits. De tabel toont dat ze samen goed zijn voor iets meer dan 8% van de totale kosten en bijna 9% van het ruimtegebruik.

Ten tweede werden de financiële lasten in deze analyse niet opgenomen. We komen er op terug in Hoofdstuk 10.

Ten derde, werden de “overige projectkosten” wel bevraagd (zie sectie 2.1) maar ze zijn niet in de tabel opgenomen. Ze komen nog bovenop de reeds gerapporteerde bouwkosten (dus PF123 voor de parameters, incl. BTW, excl. kosten voor commerciële en ambulante diensten) en vertegenwoordigen 17,59% van deze kosten. In het huidige systeem (zie Hoofdstuk 1) wordt bovenop de bouwkosten (dus PF123 voor de parameters, incl. BTW) een toeslag gegeven van 10% voor de kosten boven plafond en nog eens 10% voor algemene kosten, resulterend in een totaal toeslagpercentage van 21%.

Om een vergelijking te maken met het huidige systeem is het belangrijk op te merken dat de toeslag voor “kosten boven bouwplafond” afgeleid is van de lijst van infrastructuur die in het MB 2007 boven het bouwplafond gesubsidieerd kon worden. Deze lijst is echter erg divers en had in het MB 2007 ook niet als doel om in een percentage vervat te worden. Enerzijds ging het om infrastructuur die voor alle ziekenhuizen van toepassing is nl. omgevingswerken, parking en afbraakwerken. Anderzijds werd er voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen nog apart specifieke infrastructuur vermeld die boven het bouwplafond gesubsidieerd kon worden. Dit ging veelal om infrastructuur die niet in ieder ziekenhuis aanwezig is en ook een “specialistisch” karakter had (bv. centrum menselijke erfelijkheid of de laboratoria voor medisch begeleide voortplanting van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde bij de algemene ziekenhuizen).

Voor de vergelijking van het toeslagpercentage van 21% met het berekend percentage van de “overige projectkosten”, gaan we ervan uit dat het percentage boven bouwplafond gebaseerd is op de infrastructuur die voor ieder (nieuwbouw)ziekenhuis van toepassing was (i.e., omgevingswerken, parking, afbraakwerken). Het is immers niet duidelijk hoe het percentage (10%) in het verleden berekend werd en welke elementen van de specifieke infrastructuur al dan niet mee werden opgenomen in de berekening. Om dubbeltelling te vermijden zijn de kosten voor omgevingswerken, parking en afbraakwerken uit de analyse van het instandhoudingsforfait gehaald (zie Hoofdstuk 6 en Bijlage IX).

Voor de volledigheid bespreken we ook hoe de andere (specifieke) infrastructuur in de lijst van de kosten boven bouwplafond (in het MB 2007) werd verwerkt in de resultaten van het strategisch forfait:

- De laboratoria voor medisch begeleide voortplanting van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde⁶⁰⁸: de ziekenhuizen die hiervoor een erkenning hebben⁶⁰⁹ behoorden niet tot de steekproef van de nieuwbouwziekenhuizen. Deze infrastructuur kan mogelijk onder gespecialiseerde infrastructuur opgenomen worden (zie Hoofdstuk 4, sectie 2.2.6).
- Het centrum voor menselijke erfelijkheid: gezien momenteel de ziekenhuizen met een erkenning universitaire ziekenhuizen zijn⁶¹⁰, zitten er geen kosten hiervoor in de resultaten voor de algemene

608 Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "reproductieve geneeskunde" moeten voldoen om erkend te worden (15/02/99):

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1999/02/15/1999022165/justel>

609 Op basis van de info in het KB in vorige voetnoot, kijken we naar de vruchtbaarheidscentra B in

<https://www.oz.be/gezondheid/verplichteziekteverzekering/terugbetalingen/ivf/vruchtbaarheidscentra>

610 Zie erkenningen in [https://www.zorg-en-](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_020_e003_erkenningssituatie-_huidig_aantal_erkende_medische_diensten_en_medisch-technische_diensten_per_vestigingsplaats.pdf)

[gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_020_e003_erkenningssituatie-](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_020_e003_erkenningssituatie-_huidig_aantal_erkende_medische_diensten_en_medisch-technische_diensten_per_vestigingsplaats.pdf)

[_huidig_aantal_erkende_medische_diensten_en_medisch-technische_diensten_per_vestigingsplaats.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_020_e003_erkenningssituatie-_huidig_aantal_erkende_medische_diensten_en_medisch-technische_diensten_per_vestigingsplaats.pdf)

ziekenhuizen. Ook deze infrastructuur kan mogelijks onder gespecialiseerde infrastructuur opgenomen worden.

- De hydrotherapie: in het MB 2007 wordt niet gespecificeerd over welke infrastructuur dit precies gaat. We veronderstellen dat het over een zwembad gaat. De nieuwbouwziekenhuizen in de steekproef hebben geen zwembad. Deze infrastructuur kan mogelijks, althans voor de algemene ziekenhuizen, onder gespecialiseerde infrastructuur opgenomen worden. Deze infrastructuur komt eerder voor in de revalidatieziekenhuizen.
- Hartcatherisatiezalen: Cathlab wordt in verschillende Vlaamse ziekenhuizen aangeboden⁶¹¹. Eerder haalden we aan dat dit mogelijk als gespecialiseerde infrastructuur behandeld kan worden. Echter, het beleid kan ook beslissen om dit mee op te nemen onder een andere parameter in het forfait, afhankelijk van het aantal ziekenhuizen dat deze dienst aanbiedt. Een andere mogelijkheid is om deze infrastructuur onder de (niet in het forfait opgenomen) parameter “ambulant” op te nemen.
- De curietherapie-afdeling van een dienst radiotherapie: indien een nieuwbouwziekenhuis in de steekproef dit zou aanbieden, zit dit mee onder de kosten voor de parameter “radiotherapie”.
- De medisch-technische dienst met NMR en PET-scanner: de kosten hiervoor lopen nu via de VIPA “toestelfinanciering”.

Tot slot, zoals hoger uiteengezet hebben we alle berekeningen gedaan voor de netto-oppervlakte. Dat zijn ook de cijfers die in de tabel gegeven worden. Over het hele ziekenhuis genomen is de bruto-oppervlakte in onze gegevens 14% (minimum 9%, maximum 19%) groter dan de netto-oppervlakte⁶¹².

3.2 Bouwkost per m² (zonder PF4)

We hebben nu al het materiaal om de bouwkost per m² voor alle parameters te berekenen. De resultaten (nog steeds exclusief de roerende investeringen in PF4) worden getoond in Tabel 15. We blijven hierbij dezelfde vijf mogelijkheden onderscheiden voor de behandeling van de ondersteunende diensten. Zoals eerder gezegd, hebben we een voorkeur voor voorstel 3, waarbij de ondersteunende diensten over de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis verdeeld worden op basis van hun aandeel in het totaal aantal bedden en plaatsen.

611 Overzicht ziekenhuizen Vlaanderen in <https://vlaamsecathlabvereniging.be/cathlabs.html>

612 Eén ziekenhuis gaf niet de correcte informatie over bruto/netto oppervlakte voor intensieve zorgen. We hebben de netto waarden gecorrigeerd op basis van de gemiddelde verhouding bruto/netto van de andere ziekenhuizen voor intensieve zorgen.

Tabel 15 Bouwkost per m² (zonder PF4)

Parameter	Huidig 1	Huidig 2	Voorstel 1	Voorstel 2	Voorstel 3
Verpleegeenheid	2.369	2.515	2.515	2.356	2.303
Dagziekenhuis	2.738	2.738	2.738	2.199	2.330
Operatiekwartier	6.419	6.419	6.902	6.902	6.902
Intensieve zorgen	2.751	2.751	2.751	2.751	2.751
Dialyse	2.726	2.726	2.726	2.726	2.726
Verloskwartier	3.005	3.005	3.005	3.005	3.005
N*-eenheid	2.778	2.778	2.778	2.778	2.778
Radiotherapie	5.276	5.276	5.276	5.276	5.276
Spoed			3.256	3.256	3.256
CSA			2.729	2.729	2.729
Apotheek			3.119	3.119	3.119
Labo			2.948	2.948	2.948
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde			2.954	2.954	2.954
Ondersteunende diensten		2.265	2.075		

Voor de berekening van de gemiddelde bouwkost per m² zijn er twee berekeningswijzen mogelijk, met ieder hun eigen voor- en nadelen. Ofwel berekenen we eerst voor elk ziekenhuis afzonderlijk de bouwkost per m² en berekenen we dan het ongewogen gemiddelde van die individuele resultaten. In dat geval zal de bouwkost voor ieder ziekenhuis, onafhankelijk van de grootte van het ziekenhuis, even zwaar doorwegen. Dit heeft als gevolg dat kleine ziekenhuizen met mogelijks relatief hogere bouwkosten (bv. omwille van het ontbreken van schaalvoordelen) het gemiddelde even sterk beïnvloeden als grote ziekenhuizen. Bij een gewogen gemiddelde daarentegen worden alle individuele ziekenhuizen samengevoegd en berekenen we de bouwkost per m² alsof we te maken hebben met slechts één groot ziekenhuis. Voor elke parameter worden dan alle kosten en alle netto m² samengenomen en wordt slechts één keer de bouwkost per m² berekend. Deze werkwijze incorporeert mogelijke schaalvoordelen bij bouwwerken van de grote ziekenhuizen in de steekproef. Uit de vergelijking tussen deze twee berekeningsmethoden blijken schaalvoordelen echter geen grote rol te spelen. Gemiddeld gezien liggen de bouwkosten berekend op basis van een gewogen gemiddelde slechts ongeveer 4% lager dan de bouwkosten berekend op basis van gelijke gewichten. Voor de grootste kostenposten (verpleegeenheden en operatiekwartier) zijn de verschillen kleiner dan 2%. Doorheen heel dit rapport hebben we consistent geopteerd om met gewogen gemiddelden te werken.

Om een vergelijking met de huidige forfaits te maken, kunnen de resultaten in de kolom " huidig 2" van Tabel 15 vergeleken worden met die in de laatste kolom van Tabel 12. Over het algemeen zijn onze

schattingen van de kostprijs per m² vergelijkbaar met de bedragen die thans gebruikt worden voor de berekening van de strategische forfaits. Hierop zijn echter twee duidelijke uitzonderingen: de reële bouwkosten voor radiotherapie en (nog meer uitgesproken) voor het operatiekwartier zijn in de door ons geanalyseerde nieuwbouwprojecten veel hoger. Dit bevestigt de algemene perceptie dat het belang van dure geavanceerde technieken voor die parameters sterk is toegenomen.

3.3 De behandeling van PF4 (roerend medisch en niet-medisch materieel)

Alle resultaten tot nu toe maakten abstractie van de investeringen in medisch en niet-medisch materieel (PF4). We bekijken nu onze resultaten voor deze component. Zoals hoger reeds aangegeven, hebben we voor één ziekenhuis geen informatie over PF4. De resultaten in deze sectie zijn dan ook gebaseerd op de gegevens van de vijf overblijvende ziekenhuizen.

In het huidige systeem wordt voor de roerende investeringen een toeslag toegepast van 20% op de kosten (inclusief BTW, vooraleer de algemene kosten en de kosten boven plafond worden toegevoegd). In onze cijfers vinden we dat het totaal van de PF4 uitgaven (inclusief BTW) 18,4% van de totale kosten (inclusief BTW) uitmaakt⁶¹³, iets minder dan de huidige toeslag dus.

Niet verrassend, maar wel zeer opvallend is echter dat het aandeel PF4 in de totale kosten zeer sterk verschilt tussen de verschillende parameters. Deze resultaten worden samengevat in Tabel 16. Voor het operatiekwartier bedraagt dat aandeel in het voorgestelde systeem 25%, voor de N*-eenheid 46%, voor intensieve zorgen 73% en voor CSA zelfs 76%. Op basis van deze resultaten suggereren we dat het te overwegen is om de roerende investeringen in medisch en niet-medisch materieel te differentiëren per parameter en dus niet langer te subsidiëren via een uniforme toeslag op het strategisch forfait.

613 Hierbij vergelijken we de totale kosten inclusief PF4 met de totale kosten zonder PF4 voor de 5 ziekenhuizen, waarbij we ons beperken tot de voorgestelde parameters (dus exclusief commerciële en ambulante ruimtes).

Tabel 16 Verhouding tussen totale kosten inclusief PF4 en totale kosten zonder PF4

Parameter	Totale kosten inclusief PF4/totale kosten zonder PF4
Verpleegeenheid	115,61%
Dagziekenhuis	111,81%
Operatiekwartier	125,10%
Intensieve zorgen	173,34%
Dialyse	105,68%
Verloskwartier	116,81%
N*-eenheid	145,50%
Radiotherapie	103,93%
Spoed	119,19%
CSA	176,02%
Apotheek	113,59%
Labo	114,77%
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	114,65%
Ondersteunende diensten	115,05%

4 Resultaten: ruimtegebruik

Voor de berekening van de strategische forfaits hebben we ook gegevens nodig over de ruimtebehoefte per eenheid. De term ruimte"behoefte" verwijst naar een *wenselijke* situatie. Uit onze gegevens kunnen we slechts de *feitelijke* situatie in een beperkt aantal projecten afleiden en het is niet evident dat deze feitelijke toestand samenvalt met wat vanuit beleidsstandpunt wenselijk is. We spreken daarom liever over "ruimtegebruik" dan over "ruimtebehoefte". Toch vormt het feitelijke ruimtegebruik een interessant, en wellicht zelfs noodzakelijk, startpunt om ook normatief over de ruimtebehoefte te denken.

Om het ruimtegebruik te berekenen gebruiken we de netto-oppervlakten per parameter zoals gegeven in Tabel 14 en we delen die door de bijhorende eenheden, zoals beschreven in sectie 2.4. Tabel 17 geeft opnieuw de resultaten weer voor de vijf verschillende methoden om de parameters te definiëren en de ondersteunende diensten toe te wijzen. Voor spoed, apotheek, labo en medische beeldvorming werd als eenheid het aantal bedden (exclusief NIC-bedden) en plaatsen genomen, voor CSA het aantal weerhouden operatiezalen. Een vergelijking met de inschatting van de ruimtebehoefte in het huidige systeem is mogelijk door de cijfers in de kolom "huidig 2" te vergelijken met de voorlaatste kolom in Tabel 12.

Tabel 17 Ruimtebehoefte in m² per eenheid

Parameter	Huidig 1	Huidig 2	Voorstel 1	Voorstel 2	Voorstel 3
Verpleegeenheid	113,81	47,35	47,35	74,21	91,20
Dagziekenhuis	27,43	27,43	27,43	146,83	71,28
Operatiekwartier	320,84	320,84	283,76	283,76	283,76
Intensieve zorgen	89,94	89,94	89,94	89,94	89,94
Dialyse	37,17	37,17	37,17	37,17	37,17
Verloskwartier	47,81	47,81	47,81	47,81	47,81
N*-eenheid	20,92	20,92	20,92	20,92	20,92
Radiotherapie	441,05	441,05	441,05	441,05	441,05
Spoed			3,01	3,01	3,01
CSA			37,08	37,08	37,08
Apotheek			1,74	1,74	1,74
Labo			2,45	2,45	2,45
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde			3,20	3,20	3,20
Ondersteunende diensten		54,25	43,85		

Voor dagziekenhuis en voor de N*-eenheid liggen onze schattingen veel lager dan in de huidige regelgeving, voor dialyse en verloskwartier liggen ze veel hoger. Deze verschillen moeten nochtans voorzichtig geïnterpreteerd worden. Zo werd er in de regelgeving voor de verpleegeenheden expliciet uitgegaan van een fractie van 50% eenpersoonskamers. In onze berekeningen werd dat onderscheid niet geëxpliciteerd.

5 Besluit

In dit hoofdstuk werd beschreven op welke wijze schattingen gemaakt werden voor de bouwkost per m² en voor de ruimtebehoefte die overeenkomen met de verschillende parameters en eenheden in het strategisch forfait zoals voorgesteld in Hoofdstuk 4. Die schattingen werden afgeleid op basis van gegevens verzameld bij zes ziekenhuizen met recente nieuwbouwprojecten. We hebben hierbij ook voldoende informatie gegeven om de beleidsmakers te helpen bij het maken van belangrijke beleidskeuzes:

1. We hebben voorgesteld om voor de zorgondersteunende diensten aparte parameters op te nemen en om de niet-zorgondersteunende diensten toe te wijzen aan de parameters verpleegeenheden en dagopnames op basis van hun respectievelijke aandelen in het totaal aantal bedden en plaatsen. Doorheen het hoofdstuk hebben we echter steeds ook de resultaten getoond voor andere keuzes.
2. In onze schattingen bedragen de kosten voor roerende investeringen in medisch en niet-medisch materieel 18,4% van de andere kosten (PF123). Dit ligt voldoende dicht bij het huidige toeslagpercentage van 20% om te rechtvaardigen dat het bestaande systeem wordt verder gezet. Het

belang van de roerende investeringen verschilt nochtans zeer gevoelig voor verschillende parameters. We vinden het daarom te overwegen om af te stappen van de uniforme ophoging en deze investeringen op een gedifferentieerde manier toe te wijzen aan de individuele parameters.

3. De “overige projectkosten” vertegenwoordigen in onze schatting 17,59%. Dit kan in het huidige systeem vergeleken worden met de (globale) toeslag van 21% voor kosten boven plafond en algemene kosten. Er lijkt weinig reden te zijn om het huidige systeem te wijzigen.
4. We hebben ook voorlopige schattingen getoond voor het ruimtegebruik dat samenhangt met de verschillende parameters. Als indicator van de ruimtebehoefte, moeten deze resultaten echter zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat ze wel de huidige maar daarom niet noodzakelijk de wenselijke situatie reflecteren. Bovendien is verder onderzoek nodig om de ruimtebehoeften te bepalen die overeenkomen met de door ons voorgestelde nieuwe eenheden.

Hoofdstuk 6

Het instandhoudingsforfait voor de algemene ziekenhuizen

1 Inzameling van de gegevens

1.1 Keuze van methode

De focus van de gegevensbevraging ligt op de investeringen in materieel vaste activa. Deze investeringen worden via boekhoudkundige gegevens opgevraagd. De historisch toegekende BFM-bedragen vormden geen goede alternatieve gegevensbron gezien ze niet (altijd) de volledige kost weergeven, maar slechts het gefinancierde, soms forfaitaire, deel. Bovendien zit er een achterstand in de bedragen binnen het BFM omwille van de laattijdige herzieningen. Het doel van deze studie is inzicht te krijgen in de reële investeringen voor infrastructuur, niet in de historisch door de federale en/of regionale overheden toegekende subsidies of tegemoetkomingen. Een alternatieve gegevensbron waarin de investeringen voor het in stand houden van infrastructuur beschikbaar zijn, zijn de onderhoudsplannen van de ziekenhuizen. Uit een rondvraag bij enkele ziekenhuizen bleken deze echter niet standaard aanwezig te zijn over een langere historische periode en werd bovendien de vergelijkbaarheid ervan tussen ziekenhuizen sterk in vraag gesteld. Indien in de toekomst deze onderhoudsplannen een structureel en (relatief) gestandaardiseerd element zijn in het gebouwbeheerssysteem van het ziekenhuis (zoals bv. in Nederland)⁶¹⁴, zou deze gegevensbron interessant kunnen zijn omwille van zijn directe link met het financieringsdoel.

Om een eenduidige identificatie in de boekhouding van de relevante investeringen te vereenvoudigen, werden de definities in Tabel 18 gehanteerd. Deze definities werden mee opgenomen in de bevraging van de ziekenhuizen.

614 Gesprek met Patrick Lammers en Rick van Venrooij van Quadrance op 14 juni 2019 (online)

Tabel 18 Definities onroerende investeringen opgenomen in de bevraging van de algemene ziekenhuizen

	Definitie	Voorbeeld
Nieuwbouw en uitbreiding	Een nieuwe bouwconstructie waarbij extra m ² worden gerealiseerd OF waarbij er op een andere locatie m ² gerealiseerd worden (na afbraak van de oude m ²). Aankopen van gebouwen waar voorgaande voor geldt, vallen ook in deze categorie.	Bouw van een nieuw ziekenhuis op een nieuwe locatie, uitbreiding van het bestaande ziekenhuis met een radiotherapieafdeling.
Herconditionering ¹	De infrastructuurwerken om (1) een gebouw volledig of gedeeltelijk te strippen, of (2) een wijziging van diensten die gepaard gaat met een herallocatie van diensten of functies met een noodzakelijke grondige aanpassing van de infrastructuur of (3) het omzetten van meerpersoonskamers tot twee- of éénpersoonskamers. De geografische locatie van de infrastructuur wijzigt dus niet.	Voorbeeld van (2): Herallocatie van chirurgische verpleegafdeling naar geriatrie verpleegafdeling waarbij de afdeling sterk verbouwd moet worden (bv. door rolstoelgebruik, ontspanningsruimte).
Groot onderhoud	De infrastructuurwerken waarvoor voorgaande niet geldt. Dit zijn werken – al dan niet periodiek - die nodig zijn om de huidige infrastructuur in exploitatie te houden zonder deze structureel te wijzigen (bv. vervangingsinvesteringen).	Schilderwerken, werken aan plafonds of vloeren, werken aan buitenmuren.

1 De definitie van herconditionering is gebaseerd op het MB van 11 mei 2007. In het Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) van 14 juli 2017 worden enkel onderdelen (1) en (2) vermeld.

1.2 Detail van de opgevraagde gegevens

1.2.1 Eerdere bevragingen

Als voorbereiding op de nieuwe regelgeving na de bevoegdheidsoverdracht in het kader van de zesde staatshervorming werden er bevragingen uitgestuurd door verschillende organisaties. Hieronder bespreken we de drie voornaamste en wat we hieruit konden meenemen in deze studie.

- In december 2015 werd vanuit de FOD Volksgezondheid een bevraging uitgestuurd naar de ziekenhuizen rond de investeringskosten van de BFM onderdelen A1 en A3. Het betrof de investeringen die nog niet werden geïntegreerd in het BFM en die overgedragen werden naar de gemeenschappen (zoals bepaald in artikel 47/9 & 4 van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten).
- In april 2014 werd een gelijkaardige bevraging vanuit het VIPA uitgestuurd in het kader van de bevoegdheidsoverdracht van de BFM onderdelen A1/A3/C1. Doelstelling van de bevraging was om zicht te krijgen op de investeringen die onder de financieringswet vallen en om ramingen te maken van toekomstige investeringen.

Op basis van deze enquêtes konden de relevante grootboekrekeningen afgeleid worden. De nadruk lag echter op investeringen ten laste van de respectievelijke financierende overheid en niet op de totale

investering. Bovendien werden de ingezamelde gegevens slechts in beperkte mate gecontroleerd, waardoor ze niet bruikbaar waren voor de huidige studie.

- Zorgnet-Icuro voerde in 2015 een berekening uit over hoeveel het instandhoudingsforfait voor ieder ziekenhuis zou bedragen en hoe dit in verhouding stond tot de bedragen welke via het BFM ontvangen werden. Hiervoor werden de aangegane engagements (weerspiegeld in het BFM) bevestigd. Daarnaast werd in 2016, als voorbereiding op de invoering van de forfaits, een berekening uitgevoerd over de verhoudingen van de investeringen in medisch en niet-medisch materieel op basis van FINHOSTA-gegevens, met als doel het algemene percentage van 20% voor materieel te verfijnen. De methode en assumpties in deze laatste studie werden als basis gehanteerd voor de gegevensverwerking in deze studie (sectie 2).

1.2.2 FINHOSTA

De basis voor de bevestiging in deze studie bestaat uit een selectie van de FINHOSTA-gegevens (zie Tekstkader 6). Meer specifiek werd een selectie van Tabel 1 (Algemene of financiële boekhouding, Klasse 1 tot 5), Tabel 2 (Analytische boekhouding, Klasse 6 en 7) en Tabel 3 (Verdeelsleutels) opgevraagd⁶¹⁵.

Deze keuze voor de FINHOSTA-gegevens heeft twee belangrijke voordelen. Ten eerste wordt hierdoor de tijdsinvestering voor het aanleveren van de gegevens voor de ziekenhuizen beperkt. Ten tweede zijn deze gegevens behoorlijk vergelijkbaar over de verschillende ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen zijn immers verplicht om hun boekhouding te voeren op basis van de MARZ (zie Tekstkader 7). Enkele beperkingen van deze gegevens worden besproken in sectie 2.3.

Tekstkader 6 FINHOSTA

Volgens het Koninklijk Besluit (KB) van 14 december 1987 zijn de zorginstellingen verplicht om hun boekhoudkundige gegevens jaarlijks over te maken aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Om deze statistische en financiële gegevens te controleren, werd de informaticatoepassing FINHOSTA ontwikkeld.⁶¹⁶

Tekstkader 7 MARZ

MARZ staat voor “Minimumindeling van het Algemeen Rekeningenstelsel voor de Ziekenhuizen” en is de basisindeling van de boekhouding van de ziekenhuizen (KB van 14 augustus 1987, gewijzigd bij KB van 6 maart 2007).

De kostprijsboekhouding is geïntegreerd in de financiële boekhouding: kosten en opbrengsten worden geboekt op een kostenrekening en een kostenplaats.

Bron: Financieel beleid voor ziekenhuizen, K. Kesteloot en G Van Herck, Acco, 2011

Onze bevestiging is gericht op de investeringen in de periode 2008-2017 (verder “opvraagperiode” genoemd). Deze tijdspanne is voldoende lang om rekening te houden met het langetermijnkarakter van de investeringen en met het atypische karakter van de jaren vlak voor en vlak na de bevoegdheidsoverdracht.

615 https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_finhosta_bud_2019_versie_4.7_nlopmaakdd_defpdf_2.pdf

616 <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/financiering-ziekenhuizen/finhosta>

Daarnaast houdt de opvraagperiode rekening met de wettelijk voorgeschreven afschrijvingsduur voor bv. investeringen in groot onderhoud en beperkt ze het risico op verminderde representativiteit van kosten die te ver (> 10 jaar) in het verleden zijn gemaakt. Echter, deze relatief lange periode vermindert potentieel de accuraatheid van de antwoorden op toelichtingsvragen (zie verder), onder meer doordat de respondent mogelijks niet betrokken was bij de verwerking van de aangeleverde data. Bovendien zorgt een langere opvraagperiode voor een groter aantal gewijzigde boekhoudrichtlijnen (bv. invoering van de boekhoudrekeningen 2251-2253).

Daarnaast worden vooral de investeringsbedragen en niet de afschrijvingsbedragen of de gefinancierde bedragen opgevraagd. Door onze focus op de investeringsbedragen beperken we de invloed van verschillen in het afschrijvingsritme (bv. 10 jaar t.o.v. 33 jaar). Door deze keuze bevragen we evenmin welk deel van de totale afschrijvingen op een rekening in een bepaald jaar is weggevallen (afgeschreven).

Volgend detailniveau van de FINHOSTA-gegevens werd opgevraagd:

- *Kostenplaats*: De kostenplaats is het kleinste niveau van detail met voldoende uniformiteit tussen de ziekenhuizen om de investeringen over de verschillende parameters te kunnen verdelen.
- *Rekening*: Niet enkel rekening 224 (Groot onderhoud) werd opgevraagd, maar alle rekeningen binnen de materieel vaste activa waar mogelijks grote onderhoudswerken op geboekt werden. De opgevraagde rekeningen binnen de materieel vaste activa zijn terug te vinden in Tabel A. 6 in Bijlage VI. Er werd gevraagd de rekeningen op te geven volgens de verplichte minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen (MARZ). Daarnaast werden ook de klasse 6 rekeningen in verband met huur en de besteding van voorzieningen voor groot onderhoud opgevraagd (via een selectie van FINHOSTA Tabel 2). Tabel A. 7 in Bijlage VI bevat het overzicht van de opgevraagde rekeningen van klasse 6.
- *Nieuwbouwindicator*: Om dubbeltelling met de investeringen die onder het strategisch forfait vallen uit te sluiten, werd er gevraagd alle investeringen die betrekking hebben op een nieuwbouw (volgens de definitie in Tabel 18) te identificeren in de gegevens. Dit werd gevraagd voor alle nieuwbouwprojecten, ongeacht de financieringsbron.
- *Campus*: Investerings zijn vaak verbonden aan een bepaalde campus. Dit extra detailniveau maakt een analyse mogelijk van het effect van sluitingen of fusies. Enkel de campussen die in de balans van boekjaar 2017 nog opgenomen waren, werden opgevraagd.
- *Jaar van de investering*: Dit laat toe de investeringen in de opvraagperiode te selecteren en de evolutie over de jaren te analyseren.
- *Aanschaffingswaarde en de gecumuleerde geboekte afschrijvingen*: De analyses zijn gebaseerd op de aanschaffingswaarde. De gecumuleerde afschrijvingen werden mee opgevraagd om de detailgegevens te kunnen controleren aan de hand van de geaggregeerde gegevens van FINHOSTA Tabel 1, die eveneens mee aangeleverd werden.
- *Oppervlakte*: De m² per kostenplaats, nodig voor de berekening van de forfaits zoals beschreven in Hoofdstuk 1, sectie 1.2, werden samen met de andere sleutels opgevraagd via FINHOSTA Tabel 3.

1.2.3 Interpretatie van de gegevens en toekomst

De andere delen van de bevraging hadden als voornaamste doel om de context van deze gegevens en de verschillen tussen ziekenhuizen beter te begrijpen en het mogelijk te maken om, indien nodig, correcties

door te voeren. Zo werden de boekhoudpraktijken opgevraagd om bijvoorbeeld afwijkingen op reguliere boekingsregels op de investeringen correct te kunnen identificeren in de boekhouding. Hiervoor gaven we voor een bepaalde situatie (bv. "Onder welke rekening worden de investeringskosten van parkings geboekt?") een standaardantwoord⁶¹⁷ op (bv. rekening 221 of 2521 (Gebouwen). Bij werken voor een nieuwbouw of uitbreiding, zit de uitgave mee in het bedrag dat geboekt wordt voor het bouwproject op rekening 221 (of 2521). We vroegen eveneens om aan te geven of het ziekenhuis 1) deze standaard volgde, 2) deze infrastructuur niet had, of 3) afweek van deze standaard. Bij de laatste optie, werd de alternatieve boekingsregel opgevraagd, samen met de infrastructuur waarvoor en de periode waarover deze afwijking geldt. Ook afwijkingen op standaard boekhoudregels werden bevraagd (bv. direct in kost nemen van investeringen, afschrijvingspercentages, lineair afschrijven).

Daarnaast werd er toelichting gevraagd (zowel kwalitatief en kwantitatief) over de investeringen (bv. afbraak- en omgevingswerken, parking, duurzame investeringen) en eventuele uitbestedingen van infrastructuur. Tot slot werd er gepolst naar de toekomstplannen en was er ruimte voor feedback op het huidige systeem.

Uit de pilootbevraging (zie sectie 1.3) bleek dat het voor de ziekenhuizen zeer tijdsintensief was om voor ieder type investering het omslagpercentage mee te geven. Om die reden werd het omslagpercentage niet mee opgevraagd en worden de berekeningen weergegeven vóór toepassing van de omslag (zie sectie 1.2.1 in Hoofdstuk 1).

De volledige bevraging, waarin iedere sectie voorzien is van toelichting en motivering, is beschikbaar op aanvraag.

1.3 Verloop van de gegevensinzameling

De input van de sector was onontbeerlijk in dit onderzoek. De enquête werd opgesteld en getest in nauwe samenwerking met twee pilootziekenhuizen (1 AZ en 1 UZ), onder meer via een bezoek aan het ziekenhuis, verschillende vergaderingen met medewerkers van de financiële en technische dienst, het invullen van de bevraging. In deze pilootfase wilden we nagaan of de bevraging voldoende volledig was en een goede balans vinden tussen de invullast en de waarde van meer gedetailleerde informatie. Naast de input van de pilootziekenhuizen werd een voorlopige versie van de vragenlijst afgetoetst bij de sector op twee bijeenkomsten van financiële directies (Financieel-economische of FEC-vergadering van Zorgnet-Icuro en een vergadering van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk), via bilaterale contacten met financieel medewerkers van ziekenhuizen en bij experts van VIPA en Zorgnet-Icuro.

De bevraging bestond uit een Excel-file en een begeleidende email. Excel werd, na een uitgebreide vergelijking met andere survey-tools zoals LimeSurvey, QuestionPro of Qualtrics verkozen omwille van het wijdverspreide gebruik ervan binnen de financiële afdelingen van de ziekenhuizen en de grote hoeveelheid cijfergegevens die moesten aangeleverd worden. Bijkomende toelichtingen konden verkregen worden via telefonisch contact, e-mail of via een online FAQ-document dat regelmatig geüpdatet werd. De bilaterale contacten met de respondenten vonden zowel tijdens de invulperiode (op vraag van de respondent) als tijdens de gegevensverwerking (op vraag van het onderzoeksteam) plaats.

De bevraging werd via het VIPA per e-mail uitgestuurd op 7 februari 2019. De oorspronkelijk voorziene deadline voor de ziekenhuizen om de ingevulde vragenlijst terug te sturen was 8 maart 2019. Na overleg

617 Het standaardantwoord bevatte steeds de rekening of de kostenplaats of beide.

met de sector (via een bevraging van Zorgnet-Icuro bij haar leden over een haalbare deadline) werd op 6 maart een tweede mail verstuurd, waarin de deadline werd verlengd naar 5 april. De ziekenhuizen die aangaven dat ze niet konden deelnemen tegen de (originele) deadline werden gecontacteerd om de mogelijkheden te bespreken (bv. gegevens in een ander formaat aanleveren of slechts een deel van de gegevens aanleveren).

De bevraging werd uitgestuurd naar de financieel en algemeen directeurs van alle Vlaamse algemene (en universitaire)⁶¹⁸ ziekenhuizen. Door alle ziekenhuizen te bevragen (en niet enkel een steekproef), wilden we een goede mix krijgen van verschillende types onderhoudsinvesteringen en infrastructuur die zich in verschillende levensfasen bevindt. Uit contacten met de respondenten bleken verschillende departementen, de (medewerkers van de) financieel en technische dienst en het managementteam in vele gevallen betrokken te zijn geweest bij het invullen van de bevraging.

Tabel 19 toont dat 76% van de Vlaamse algemene ziekenhuizen gegevens heeft aangeleverd. De meerderheid van de ziekenhuizen die niet deelnamen deden dit omwille van een tijdelijk acuut tekort aan geschikt personeel (bv. uitgevallen medewerker, pas gestarte medewerker).

Tabel 19 Respons van de bevraging van de algemene ziekenhuizen

	Ontvangen	Totaal	Percentage
Bedden¹	21.432	25.229	85%
Ziekenhuizen	38 ²	50	76%
Provincies			
Antwerpen	12	14	86%
Limburg	6	7	86%
West-Vlaanderen	8	11	73%
Oost-Vlaanderen	9	13	69%
Vlaams-Brabant	3	5	60%

1 Erkende bedden december 2017 (in lijn met het laatste jaar van de opvraagperiode). Provincies op basis van de adresgegevens van de ziekenhuizen in 2017. Bron: Zorg & Gezondheid.

2 Een ziekenhuis hiervan leverde onvoldoende gegevens aan om mee te nemen in de kostenberekeningen.

2 Verwerking van de gegevens

In deze sectie beschrijven we op welke wijze de gegevens voor de berekening van het instandhoudingsforfait voor de algemene ziekenhuizen verwerkt werden. We bespreken eerst de keuze van de inputgegevens (sectie 2.1). Vervolgens lichten we toe op welke wijze de kosten per m² werden berekend (sectie 2.2). De beperkingen van de opgevraagde gegevens komen aan bod in sectie 2.3 en de toewijzing van de investeringen en de kosten aan de parameters en eenheden in sectie 2.4. In de laatste sectie 2.5 gaan we dieper in op een aantal correcties die we doorgevoerd hebben op de rekeningen en kostenplaatsen om tot de finale resultaten te komen.

⁶¹⁸ We rapporteren in dit hoofdstuk enkel de resultaten voor de algemene ziekenhuizen. In Hoofdstuk 11 komen we terug op de behandeling van de universitaire ziekenhuizen.

2.1 Keuzes inputgegevens

Zoals eerder aangegeven werd in de enquête gevraagd om, indien mogelijk, de gegevens aan te leveren op campusniveau. Aangezien slechts één algemeen ziekenhuis zowel de kosten als de m² op campusniveau heeft aangeleverd, zijn alle analyses uitgevoerd op het niveau van het globale ziekenhuis. We bespreken eerst de selectie van investeringen en rekeningen (sectie 2.1.1) en vervolgens de definitie van de bouwkosten (sectie 2.1.2).

2.1.1 Selectie van investeringen en rekeningen

Er worden drie types investeringen onderscheiden voor de berekening van het instandhoudingsforfait: groot onderhoud, medisch materieel en niet-medisch materieel. Tabel A. 6 en Tabel A. 7 in Bijlage VI bevatten de toewijzingen van de geselecteerde MARZ-rekeningen aan deze investeringstypes. Via de opgevraagde nieuwbouwindicator selecteren we enkel de investeringen met code 'REST'. Hierdoor worden alle investeringen gerelateerd aan een nieuwbouw (al dan niet gesubsidieerd) buiten beschouwing gelaten gezien deze investeringen conceptueel bij het strategisch forfait moeten verwerkt worden.

De meeste rekeningen hebben een voor de hand liggende link met het instandhoudingsforfait. Groot onderhoud wordt echter op verschillende manieren in de boekhouding opgenomen. De bestedingen van voorzieningen voor grote herstelwerken en grote onderhoudswerken worden via rekening 6361, of een alternatieve rekening opgegeven door het ziekenhuis, in rekening gebracht. We geven een gedetailleerd overzicht van onze behandeling van groot onderhoud in Bijlage VII.

In volgende paragrafen gaan we dieper in op twee rekeningen waarvoor de opname minder evident is: investeringen in IT en huurkosten voor materieel.

2.1.1.1 *Investeringen in IT*

De verwerking van IT-investeringen op rekening 243 (Materieel en meubilair voor informatie- verwerking) wordt bemoeilijkt door het gebrek aan een eenduidige afbakening van de term "informatieverwerking" enerzijds en door de fragmentatie van de financieringsbronnen anderzijds. Investeringen in IT nemen vele vormen aan en de behoefte aan IT komt zowel vanuit de klinische zorgprocessen (bv. elektronisch patiëntendossier (EPD), apotheek, telemonitoring) als vanuit de bedrijfsvoering en administratie (bv. boekhouding, management, beveiliging, helpdesk) of vanuit de nood aan gegevensbeheer en -uitwisseling (bv. data-center, connectiviteit, beveiliging)⁶¹⁹. Idealiter kan er een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen IT-infrastructuur (inclusief investeringen in materieel) en IT-kosten (bv. licentie), gezien ze conceptueel door een andere overheid worden gefinancierd. De grens tussen investeringen (goederen die boekhoudkundig geactiveerd en afgeschreven worden over een aantal jaren omwille van hun duurzame karakter en dus onder het instandhoudingsforfait vallen) en kosten (uitgaven die boekhoudkundig volledig in rekening worden genomen en dus minder een duurzaam karakter hebben en gefinancierd moeten worden door andere bronnen) is echter steeds moeilijker te onderscheiden. Waar vroeger de aankoop van een fysieke server duidelijk onder de eerste categorie viel, is een geïntegreerde cloud-oplossing al minder eenvoudig te categoriseren.

Bij gebrek aan een duidelijk onderscheid tussen investeringen en kosten, worden investeringen door de ziekenhuizen op een uiteenlopende manier geboekt en zijn ze niet eenduidig in de boekhoudgegevens af

619 https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/frzv_d_475-4_prioritaire_behoefte-_cfch_d_475-4_besoins_prioritaires_-_fiches.pdf

te zonderen. Sommige ziekenhuizen gebruiken rekening 243 voor onder andere hardware en systeemsoftware en rekening 210 (Immateriële vaste activa software) voor toepassingssoftware en bv. licenties. Op rekening 221 komen dan de onroerende investeringen (bv. datakasten, bekabeling). Dit onderscheid is echter niet consistent. Zo worden investeringen soms op rekeningen 221, 224 en 225 geboekt afhankelijk van of de investering bij nieuwbouw hoort, binnen de muren van het ziekenhuis of onder groot onderhoud valt. Hoewel IT-investeringen volgens de bevraging standaard op kostenplaats 051 (Informatieverwerking) terecht komen, werden bovendien ook de kostenplaatsen waarvoor de investering bedoeld is als gebruikte alternatieven opgegeven. 97% van de algemene ziekenhuizen gaf aan dit type investeringen op 5 jaar af te schrijven.

Daarnaast worden deze investeringen via verschillende bronnen gefinancierd. Ten eerste via het onderdeel B4 van het BFM. Dit bevat een bedrag voor de automatisering van een deel van het verpleegkundig dossier (toegekend vanaf 1/7/2008 en later getransfereerd van onderdeel A1 naar onderdeel B4). Dit nationaal budget wordt verdeeld onder de algemene ziekenhuizen in verhouding tot de vroeger toekende forfaits in onderdeel A1 (medisch en niet-medisch inclusief IT). Ten tweede via het supplement A1 voor informatica. Dit is enkel van toepassing voor het beperkte aantal ziekenhuizen dat bij hun bouw dossier een aanpassing hebben aangevraagd voor het IT-supplement in het BFM. Ten derde via een bedrag dat wordt toegekend voor de financiering van het EPD (toegekend vanaf 1/7/2016). Dit nationaal budget wordt verdeeld onder de algemene ziekenhuizen in verhouding tot de vroeger toekende forfaits in onderdeel A1 van het BFM.

Uit een interne studie van Zorgnet-Icuro bleek dat bovenstaande financieringsbronnen slechts 8% van de werkelijke investeringen in hardware, software en onroerende investeringen (bv. datacenter) dekken. Gezien er dus geen andere financieringsbron eenduidig de investeringen in IT-infrastructuur (bv. datacenter) dekt, deze expliciet zijn opgenomen als ondersteunende dienst ("informatica") in artikel 17 van het BVR 2017 betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en gezien het belang van degelijke IT-infrastructuur voor de uitbouw van een toekomstgerichte ziekenhuisinfrastructuur, worden de IT-investeringen op rekeningen 243 en 2543 (Materieel en meubilair voor informatieverwerking) mee in de analyse opgenomen. Software-licenties daarentegen worden vaak geboekt als immaterieel vast actief software en worden niet meegenomen in de analyse.

2.1.1.2 Huurlasten

Sommige ziekenhuizen verkiezen om materieel te huren in plaats van zelf de investering te doen. Deze kosten vinden we terug onder de rekeningen 610 (zie Bijlage VI). De keuze voor het al dan niet opnemen van deze kosten over de opvraagperiode is niet evident. De gegevens werden vaak niet voor de volledige opvraagperiode opgegeven. Bij de rekeningen uit klasse 6-7 werd bovendien niet gevraagd om aan elke kost de code "REST" of "NB_" (nieuwbouwindicator) te koppelen. Daardoor kunnen we geen onderscheid maken tussen kosten voor nieuwbouw en kosten voor het instandhouden van de infrastructuur. Ook rijst hier opnieuw het probleem van de diversiteit binnen de kosten voor niet-medisch materieel voor IT (goed voor 49,51% van de huurkosten voor niet-medisch materieel), zeker omdat softwarepakketten ook via huur geregeld kunnen worden. Het VIPA specificeert hier echter in zijn verantwoordingstool dat rekening 61043 mee opgenomen kan worden, met uitzondering van licenties.⁶²⁰ Daarnaast bevatten de huurlasten niet alleen een weerspiegeling van de werkelijke investeringskost, maar mogelijks ook van de financieringskost

620 VIPA voorziet een overzicht van welke elementen kunnen opgenomen worden als de verantwoording voor de controle op staatssteun, waaronder huurlasten, maar specificeert (voorlopig) nog geen gedetailleerde rekeningen. Zie <https://www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies#controle-staatssteun>

en van een winstmarge. De relatieve grootte van deze laatste twee onderdelen is moeilijk in te schatten en af te zonderen. Gezien de financieringskost in de regelgeving apart wordt toegevoegd op de bouwkosten, moeten de huurkosten dus voorzichtig geïnterpreteerd worden. De gegevens op deze huur-rekeningen zijn dus een bovengrens op de effectieve werkelijke herinvesteringen in materieel die via huur verlopen. Om die reden zullen we deze kosten in sectie 3.2 afzonderlijk rapporteren.

Gezien 13 algemene ziekenhuizen niet de huurkosten voor de volledige opvraagperiode hebben meegegeven, maken we de assumptie dat de opgegeven jaren representatief zijn voor de ontbrekende jaren. Huurlasten worden automatisch geïndexeerd en kunnen dus niet rechtstreeks vergeleken worden met de jaarlijkse afschrijvingsbedragen. In dit rapport werken we echter met de aanschaffingswaarden, die worden geïndexeerd naar een referentiejaar (2017), waardoor dit probleem zich niet voordoet.

In de verantwoordingsfiche van VIPA in verband met de boekhoudkundige verwerking van de forfaits⁶²¹ wordt voorgesteld om de huurlasten op te nemen in de forfaits, hoewel de wijze waarop dit concreet moet gebeuren niet verder gespecificeerd wordt. Hierbij dient een onderscheid te worden gemaakt tussen huurlasten voor materieel (deel van het instandhoudingsforfait) en huurlasten voor gebouwen (deel van het strategisch forfait). Ook moet bij de controle rekening gehouden worden met de beperkingen van de datakwaliteit die hierboven beschreven zijn (gebrek aan nieuwbouwcode, servicekost in huur, invulling van kosten voor IT).

2.1.2 Definitie bouwkosten

De analyse is gebaseerd op de aanschaffingswaarde van de investeringen, niet op de afschrijvingen in een bepaald jaar. Daarnaast zijn de bedragen inclusief BTW en exclusief financiële lasten en worden ze herrekend naar het jaar 2017 aan de hand van de bouwindex van 2017, gepubliceerd op de website van het VIPA.⁶²² Negatieve aanschaffingswaarden werden behouden. Op basis van een terugkoppeling naar enkele van de ziekenhuizen met negatieve waarden, bleek dit immers te gaan om overboekingen op een andere rekening en/of kostenplaats. Voor de berekening van de bouwkosten⁶²³ worden de bedragen op de FINHOSTA kostenplaatsen voor de toepassing van de versleuteling (“het laken” – zie Tekstkader 8) gebruikt.

621 Boekhoudkundige verwerking instandhoudingsforfait en strategisch forfait, Controle in functie van VIPA & Vlaamse subsidieregeling, Nota VIPA, juli 2019.

622 <https://www.departementwvg.be/vipa/cijfers/bouwindex>

623 We gebruiken hier de term “bouwkosten” om duidelijk te maken dat het over de “bouwkostcomponent” gaat in de berekening van het forfait (zie Hoofdstuk 1), ondanks het feit dat het bij het instandhoudingsforfait over de kosten van groot onderhoud en materieel gaat, niet over een effectieve kost om te bouwen.

Tekstkader 8 Het “laken”

Het laken verwijst naar het model van kostencalculatie van de ziekenhuizen. Doelstelling van dit model is om de kosten ten laste van de verpleegdagprijs op een uniforme manier vast te leggen in alle ziekenhuizen. Meer specifiek gaat het over de versleuteling van de indirecte kosten.

Bron: Financieel beleid voor ziekenhuizen, K. Kesteloot en G Van Herck, Acco, 2011

Voor het aantal gebruikte m² vertrekken we van het aantal m² op sleutel M2.12.⁶²⁴ Deze sleutel vormt een goede benadering, omdat een ziekenhuis ruimtes die buiten gebruik zijn, in principe niet meer opneemt in de FINHOSTA sleutels, met uitzondering van de ruimtes waarvoor een schadeloosstelling is verkregen.

Het aantal jaren waarvoor gegevens beschikbaar zijn voor de opgevraagde investeringskosten hangt af van de afschrijvingsduur van het type investering. Hierdoor zijn er bv. voor groot onderhoud gegevens over tien jaar beschikbaar, terwijl dit voor medisch materieel vijf jaar is. Omdat het jaar van investering voor elk ziekenhuis in de steekproef verschillend is, veronderstellen we dat de gegevens voor alle ziekenhuizen samen representatief zijn voor een investeringscyclus van respectievelijk tien en vijf jaar. De gemiddelde levensduur (gebruiksduur) van de investeringen opgegeven door de ziekenhuizen in de steekproef stemt inderdaad overeen met de afschrijvingsduur.

Voor medisch materieel (excl. toestellen uit de toestelfinanciering) was de gebruiksduur gemiddeld 6,58 jaar (n=24), voor meubilair 11,07 jaar (n=36, met een minimum van 5 en een maximum van 20 jaar), voor rollend materieel 6,45 jaar (n=36, met een minimum van 4 en een maximum van 12 jaar), voor IT 4,99 jaar (n=36, met een minimum van 3 en een maximum van 12 jaar). Alle niet-medisch materieel (met uitzondering van materieel voor IT dat op rekening 243 wordt geboekt) wordt geanalyseerd over de laatste 10 jaar.⁶²⁵

Zoals hoger vermeld, is de omslag zoals gebruikt in de vroegere berekening van het bedrag dat werd opgenomen in A1 van het BFM niet mee opgenomen in de berekeningen om zo een totaalbeeld te geven van de kosten van het ziekenhuis. Echter, deze omslag kan, net zoals in de huidige regelgeving, nadien nog worden toegepast.

De niet-ziekenhuisactiviteiten (alle investeringen op kostenplaatsen 9xx) worden in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Voor de algemene ziekenhuizen vertegenwoordigen ze minder dan 5% van alle investeringen op ieder van de geselecteerde rekeningen van de materieel vaste activa (klasse 2) voor de investeringsjaren 2008-2017. Enkel op de rekening 242 (rollend materieel) vertegenwoordigen ze 11,71%

624 Op federaal niveau worden voor allerlei berekeningen verdeelsleutels gebruikt (bv. voor de berekening van het laken – zie Tekstkader 8). Sleutel M2.12 is de “m² reële oppervlakte”. De ziekenhuizen moeten deze sleutel per kostenplaats rapporteren. Meer toelichting bij de verdeelsleutels kan gevonden worden in de FINHOSTA Brochure (Bijlage), die jaarlijks gepubliceerd wordt via <https://www.healthbelgium.be/en/node/35430>. Voor één algemeen ziekenhuis dat geen M2.12 als sleutel had opgegeven, hebben we sleutel M2.000 genomen. Op basis van een steekproef gaf deze sleutel immers vaak dezelfde resultaten als sleutel M2.12.

625 De keuze voor een analyseperiode van tien jaar wijkt af van de gebruikelijke afschrijvingsduur voor rollend materieel (zoals een MUG-wagen of een busje voor transport). Die bedraagt immers vijf jaar, waardoor een analyseperiode van tien jaar kan resulteren in een onderschatting van de kosten, wetende dat afgeschreven activa mogelijks niet meer in de boekhouding zitten. In de praktijk is het echter zo dat deze investeringen vaak langer gebruikt worden dan de afschrijvingsduur. Bovendien bedroegen de kosten voor rollend materieel bij de algemene ziekenhuizen slechts 0,36% van de investeringen op alle geselecteerde rekeningen tijdens de opvraagperiode (indien we enkel rekening houden met de ziekenhuiskostenplaatsen).

van de totale investeringswaarde. Bij kostenrekeningen voor huur en voorzieningen voor groot onderhoud vertegenwoordigen zij een groter aandeel (0,05% tot 100%).

Alhoewel de ondersteunende diensten in het ziekenhuis in realiteit ook kunnen aangewend worden voor niet-ziekenhuisactiviteiten (bv. gedeelde grootkeuken met een woonzorgcentrum), maken we hier de veronderstelling dat deze bijkomende aanwending vooral verhoogde personeelsbehoeften en verhoogde operationele kosten (bv. meer maaltijden) als gevolg heeft en slechts in beperkte mate meer nood aan infrastructuur (bv. grotere keuken). We schrijven de infrastructuuruitgaven dus volledig toe aan het ziekenhuis.

Bij de berekening van de bouwkosten ligt de nadruk op de kostzijde van de investeringen en laten we alle mogelijke opbrengsten die deze investeringen kunnen genereren, buiten beschouwing. We denken hierbij aan inkomsten van de parking of het cafetaria. Ook met eerder uitgekeerde bedragen houden we geen rekening.

2.2 Algemene berekeningswijze van de kosten per m² per jaar

In tegenstelling tot de huidige situatie waarbij de kost per m² voor elke parameter in het instandhoudingsforfait een vast percentage bedraagt van het strategisch forfait, berekenen we de kost per m² (per jaar) in de studie op basis van de ingezamelde gegevens. Impliciet komt dit neer op een instandhoudingspercentage dat gedifferentieerd is per parameter. Met deze berekeningswijze stappen we af van het levenscyclusprincipe voor de berekening van het instandhoudingsforfait. Hierdoor moeten we geen veronderstellingen maken over de periodiciteit van het groot onderhoud of de herinvestering in materieel, maar kijken we naar de gemiddelde kost per jaar.

Ook de kost voor materieel wordt per m² uitgedrukt. Hoewel in realiteit deze kosten niet noodzakelijk geraamd worden aan de hand van een m² kost, maar bijvoorbeeld eerder aan de hand van het type materieel, zijn er geen alternatieve gegevens beschikbaar die ons toelaten af te stappen van de berekening per m².

Indien een individuele kostenplaats geen m² maar wel kosten bevat veronderstellen we dat de m² van deze kostenplaats weerspiegeld zijn in één van de andere kostenplaatsen die vervat zitten in dezelfde parameter. Enkel als aan geen enkele van de kostenplaatsen onder een bepaalde parameter m² werden toegewezen, worden de gerelateerde kosten niet meegerekend. Bovendien zijn we ervan uitgegaan dat als een ziekenhuis m² geboekt heeft voor een investeringstype op minstens één van de kostenplaatsen binnen de groep kostenplaatsen die geassocieerd is met een parameter, dit ziekenhuis over deze infrastructuur beschikt, ook al heeft het ziekenhuis 0 euro aan investeringen op de kostenplaatsgroep.

Om een gemiddelde aanschaffingswaarde per jaar te verkrijgen, wordt het totale bedrag aan aanschaffingswaarde dat beschikbaar is vanuit de detailgegevens gedeeld door de afschrijvingsduur per rekening. Bij niet-medisch materieel wordt er een onderscheid gemaakt tussen niet-medisch materieel voor informatieverwerking (5 jaar) en ander niet-medisch materieel (10 jaar). In het algemeen, indien er door een ziekenhuis minder jaren zijn opgegeven dan de afschrijvingsduur, wordt de gemiddelde jaarlijkse investering berekend op het aantal opgegeven jaren.⁶²⁶

626 Zo wordt er bijvoorbeeld wanneer er maar kosten voor 1 jaar zijn opgegeven op de rekeningen 6 die betrekking hebben op huur, deze kost verondersteld representatief te zijn voor de andere jaren. Een uitzondering wordt gemaakt voor de rekeningen 6 gerelateerd aan voorzieningen: gezien de kosten voor voorzieningen worden opgeteld bij de

Om de gemiddelde investeringskost van de drie investeringstypes te berekenen, zijn er twee berekeningswijzen mogelijk, een gewogen gemiddelde of een gemiddelde met gelijke gewichten voor ieder ziekenhuis. Net zoals voor het strategisch forfait (zie Hoofdstuk 5), nemen we ook voor het instandhoudingsforfait het gewogen gemiddelde. Bij het gemiddelde op basis van gelijke gewichten wordt er eerst per kostenplaatsgroep en per ziekenhuis een kost per m² berekend, waarna een gemiddelde over de ziekenhuizen wordt berekend. In dit geval heeft elk ziekenhuis evenveel gewicht in het totale gemiddelde, wat de resultaten gevoeliger maakt aan de resultaten van kleinere diensten binnen een ziekenhuis. Bij het gewogen gemiddelde worden alle individuele ziekenhuizen samengevoegd en berekenen we de gemiddelde resultaten alsof we te maken hebben met één groot ziekenhuis.

2.3 Beperkingen van de opgevraagde gegevens

2.3.1 Afbakening investeringstypes

De investeringstypes groot onderhoud, herconditionering en nieuwbouw zijn niet eenduidig te onderscheiden in de boekhoudkundige gegevens omdat er geen eenduidige toewijzing is aan MARZ-rekeningen. Dit probleem heeft verschillende oorzaken.

Ten eerste is er een gebrek aan definities en gedetailleerde regels over welke investeringen op welke boekhoudrekeningen komen. Onroerende werken worden vaak boekhoudkundig verwerkt naargelang de grootte en de aard van het project. Zo worden bv. vervangingswerken geboekt op rekening 224 (Groot onderhoud) of rekening 221 (Gebouwen) afhankelijk van de beoordeling door het beheer van het ziekenhuis of visie van de revisor. En omdat het concept “herconditionering” oorspronkelijk enkel gebruikt werd in de federale regelgeving, en de regels op Vlaams niveau niet scherp omlijnd waren, kan een conceptueel dezelfde herconditionering (die dus gepaard gaat met verbouwingen) ofwel onder herconditionering ofwel onder rekening 221 (Gebouwen) geboekt zijn.

Ten tweede zorgt de introductie van nieuwe rekeningen of een wijziging in activeringsvoorwaarden voor een verschuiving in de toewijzingen van investeringen aan boekhoudposten. Een voorbeeld hiervan is de introductie van de rekening “herconditionering”. Hierdoor werd dit type werken theoretisch op rekening 221 geboekt voor 2012 en op rekening 2251 vanaf 2012.

Ten derde werd de toewijzing gedreven door de geldende financieringsregels op het moment van de boeking. Zo werden bv. vervangingsinvesteringen tot 2015 aan reële kost terugbetaald, terwijl voor een herconditionering een forfait voorzien was (in de mate dat afschrijvingen van reële investeringen voor herconditionering hoger waren dan het forfait, ontving men het bedrag van de afschrijvingen (na omslag) gedurende de resulterende looptijd van de investering). Afhankelijk van het bedrag van de investering was er dus mogelijks een financiële stimulans om deze investering onder rekening 221 te boeken, eerder dan op rekening 2251. Tenslotte loonde het om groot onderhoud te activeren op een rekening 224 tot 2015. Na 2015 werd groot onderhoud mogelijks vaker rechtstreeks geboekt op een kostenrekening (rekening 6). Omdat deze kostenrekeningen niet meegenomen worden in de analyse, kan dit leiden tot een onderschatting van groot onderhoud.

geactiveerde kosten voor groot onderhoud en gezien de besteding van voorzieningen niet ieder jaar gebeurt en we hierdoor dus niet 1 jaar als representatief kunnen beschouwen, nemen we hier steeds een gemiddelde kost over 10 jaar.

2.3.2 Waarde van de geboekte kosten

Het uitgangspunt van onze analyse is dat de opvraagperiode 2008-2017 een normale investeringsperiode weerspiegelt. Volgende elementen kunnen echter de resultaten vertekenen.

Een eerste factor is de invloed van de onzekere financiering in de periode vlak voor en vlak na de bevoegdheidsoverdracht. Dit effect speelt bijvoorbeeld bij investeringen in groot onderhoud. Enerzijds hebben ziekenhuizen, die in de wachtrij staan/stonden voor de goedkeuring van een nieuwbouw, door de onzekerheid over de financiering in de overgangperiode werken voor groot onderhoud uitgesteld. Hierdoor zijn de werkelijke kosten en dus de financieringsnood voor groot onderhoud onderschat. Anderzijds hebben ziekenhuizen omwille van de lange wachtperiode ook ongepland nog verbouwingen moeten doen, die mogelijks deels ook op de rekening groot onderhoud zijn terechtgekomen wegens de kortere afschrijvingsduur. Hierdoor zijn de werkelijke kosten en dus de financieringsnood voor groot onderhoud overschat. Op basis van de ingezamelde gegevens is het niet mogelijk om de grootte van beide effecten (onder- en overschatting) te achterhalen. Een ander voorbeeld zijn de herconditioneringswerken. Gezien prioritaire herconditioneringswerken door de FOD vanaf 2011 werden gefinancierd was er een investeringsgolf in de jaren voor de bevoegdheidsoverdracht. Anderzijds waren de jaren ervoor echter mogelijks gekenmerkt door onderinvestering.

Een tweede factor is de invloed van het historische financieringssysteem. Het feit dat vele investeringen (deels) aan de reële kost werden terugbetaald, kan leiden tot een mogelijke overschatting van de reële kost. Anderzijds zullen ziekenhuizen die van plan waren een nieuwbouw of een grote herconditionering door te voeren, minder geneigd zijn om in de jaren voordien nog grote onderhoudswerken door te voeren. Gezien de soms lange wachtlijsten voor een goedkeuring van een nieuwbouwproject, kan het zijn dat die laatste periode langer dan gewenst was. Dit zou dan leiden tot een onderschatting van de werkelijke kosten voor groot onderhoud.

2.4 Toewijzing investeringen en kosten aan parameters en eenheden

2.4.1 Algemene principes

Om de investeringen toe te wijzen aan de parameters, wordt iedere individuele kostenplaats toegewezen aan een van deze parameters (zie Tabel A. 8 in Bijlage VII). De basis voor deze toewijzing is een intern werkdocument⁶²⁷ van Zorgnet-Icuro. Deze toewijzing is verder aangepast op basis van input vanuit de ziekenhuizen zelf en gesprekken met Zorgnet-Icuro en het VIPA.

Gezien we voorstellen om dure, gespecialiseerde infrastructuur apart te financieren (zie Hoofdstuk 4), zou deze infrastructuur idealiter zo min mogelijk weerspiegeld mogen zitten in de kostenplaatsen die worden toegewezen aan de voorgestelde parameters. Echter, deze infrastructuur kan veelal moeilijk afgezonderd worden op basis van de kostenplaatsen. In de analyses gaan we uit van de veronderstelling (op basis van opmerkingen bij de gegevens waar mogelijk) dat deze infrastructuur (bv. cathlab) vooral onder de kostenplaatsen “andere medisch-technische diensten” geboekt wordt, waardoor dit de kosten van de andere parameters minder zou beïnvloeden. De infrastructuur die echter wel op een aparte kostenplaats

627 Opgesteld in het kader van de nieuwe financiering van de investeringen door het VIPA om de globale behoefte aan medische en niet-medische investeringen van 20% op de bedragen voor de onroerende investeringen te verfijnen. Document van 27/9/2016, opgesteld door M. Tuerlinckx.

staat (bv. brandwondencentrum, weefselbank) wordt afgezonderd in de analyse. Van zodra er een consensus is over welke infrastructuur als gespecialiseerde infrastructuur in aanmerking komt, kunnen hier in toekomstige aanpassingen van het instandhoudingsforfait concrete correcties voor gebeuren: die infrastructuurelementen kunnen dan uit de berekeningen weggelaten worden zodat ze de gemiddelde waarden voor de ziekenhuizen die deze infrastructuur niet hebben, niet beïnvloeden.

2.4.2 Ondersteunende diensten

Zoals besproken in Hoofdstuk 4, stellen we voor om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Het gaat hier natuurlijk om een beleidskeuze. In secties 3 en 4 zullen we daarom ter vergelijking ook de resultaten tonen voor het geval dat de ondersteunende diensten apart gehouden worden.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. De gemakkelijkste manier is om de totale kosten en de m^2 van de ondersteunende diensten gelijk te verdelen over de twee parameters. Deze methode houdt absoluut geen rekening met de relatieve grootte van de kosten en de ruimtes die corresponderen met de parameters. Dit wordt geïllustreerd in de eerste en de tweede kolom van Tabel 20, waar we het belang van de parameters uitdrukken in termen van aantal bedden/plaatsen.

Een meer zinvol alternatief is om ervan uit te gaan dat de kosten van ondersteunende diensten samenhangen met het aantal patiënten, en dat het aantal patiënten kan benaderd worden met het aantal erkende bedden/plaatsen. Dat betekent dat we de kosten van ondersteunende diensten kunnen verdelen over de verpleegeenheid en het dagziekenhuis in verhouding tot hun aandeel in het aantal erkende bedden/plaatsen. Dit is natuurlijk slechts een benadering gezien deze link voor bijvoorbeeld de verschillende dagziekenhuisforfaits (als deel van de berekening voor het aantal plaatsen) niet zo evident is (meer dagziekenhuisforfaits leiden niet noodzakelijk tot meer infrastructuurnoden voor ondersteunende diensten). We beschikken echter niet over de nodige informatie om de toewijzing van de ondersteunende diensten in deze richting te verfijnen.

Voor de berekening van de kost per m^2 en van het ruimtegebruik moeten we ook het totaal aantal m^2 van de ondersteunende diensten uitsplitsen over twee parameters. Hiervoor gebruiken we dezelfde sleutels als voor de kosten. Een alternatief zou zijn om de verhouding van de m^2 te gebruiken. We zullen deze tweede methode meer in detail uitleggen in Hoofdstuk 8 bij de behandeling van het instandhoudingsforfait voor de psychiatrische ziekenhuizen. Zoals duidelijk wordt in Tabel 20 verschillen bij de algemene ziekenhuizen die ratio's echter niet veel van elkaar. Het lijkt daarom aangewezen om de eenvoudigste oplossing te kiezen en zowel kosten als m^2 te versleutelen op basis van het aandeel in het totaal aantal bedden en plaatsen. Nog een andere mogelijkheid is om te vertrekken van het aantal ligdagen, maar dat zou als (ongewenst) gevolg hebben dat de niet-chirurgische dagziekenhuisactiviteit niet meegenomen zou worden.

Tabel 20 Erkende bedden/plaatsen en aantal m² voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis voor de algemene ziekenhuizen in de dataset

Parameter	# erkende bedden/ plaatsen	Aandeel totaal	# m ² (gemiddeld over 10 jaar)	Aandeel m ²
Verpleegeenheid	20.158	83,49%	768.281	87,41%
Dagziekenhuis	3.985	16,51%	110.637	12,59%

Bron: VIPA eenheden instandhoudingsforfait 2018.

2.5 Correcties op rekeningen en kostenplaatsen

Op basis van de antwoorden opgegeven in de sectie van de bevraging over de gebruikte waarderingsregels (zie sectie 1.2.3), gingen we ook na of er bedragen nog extra moesten afgezonderd worden omdat ze investeringen weerspiegelen die ofwel buiten alle forfaits vallen ofwel reeds in het strategisch forfait zitten. Hiervoor bekeken we voor ieder ziekenhuis dat een afwijking op de standaard boekingsregel heeft opgegeven of deze afwijking een impact heeft op de inputgegevens nodig voor de analyse. Indien dit het geval was, bekeken we of we met de antwoorden van het ziekenhuis voldoende informatie hadden om een correctie door te voeren. Bijlage IX bevat een overzicht van de afwijkingen en mogelijke correcties.

Een voorbeeld van een afwijking op waarderingsregels betreft zware medische apparatuur. Deze toestellen worden apart gefinancierd via de "toestelfinanciering"⁶²⁸ (vroegere BFM onderdeel A3 en nu via de toestelfinanciering van het VIPA), en de uitgaven ervan mogen bijgevolg niet meegenomen worden in de berekening van het instandhoudingsforfait. Daarom worden voor de berekening van medisch materieel, de kostenplaatsen 701 (PET), 501 (NMR⁶²⁹), 570 (radiotherapie) niet meegenomen. Indien een ziekenhuis expliciet aangaf af te wijken van de boeking op deze kostenplaatsen, werden alle lijnen met bedragen groter dan een minimumbedrag (bepaald op basis van de kostprijs in Tabel 21 op deze extra kostenplaatsen eveneens buiten beschouwing gelaten voor de rekening medisch materieel.⁶³⁰ Voorbeelden van andere kostenplaatsen zijn 500, 702 en 502.

628 Besluit van de Vlaamse Regering van 17 juni 2016 betreffende de subsidiëring van de uitrusting en apparatuur van de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, wat de financiering van de lasten van de voormelde uitrusting en apparatuur betreft.

629 Als we op deze kostenplaats alle bedragen verwijderen die 1) op basis van de gemiddelde eenheidskostprijs vermoedelijk aankopen waren van een NMR, 2) via de beschrijving konden geïdentificeerd worden als investeringen in een NMR, bleef er slechts een relatief klein bedrag over. Daarom kozen we ervoor om de volledige kostenplaats te verwijderen.

630 Deze minimumwaarde werd niet gehanteerd voor de rekeningen 610 gezien deze niet de investeringsbedragen bevatten.

Tabel 21 Kosten en termijn toestellen uit de toestelfinanciering

	PET	NMR	Lineaire versneller
Afschrijvingsduur in jaren (min-max)	5-14	10-14 ²	5-10
Kostprijs ¹ in € 1.000 (min – gem. – max)	681-1.744-2.500	326-1.271-2.000	704-2.159-3.000
Gebruiksduur (jaar)	7-10	10-14 ²	7-10
Standaard kostenplaats	701	501	570
% boeking op standaard kostenplaats	73% (n=11 ⁶³¹)	83% (n=35)	93% (n=14)

Zoals gerapporteerd in Stap 3.2 in de bevraging; 1 Afgerond op € 1.000. Resultaten op basis van antwoorden op de vraag wat de "gemiddelde eenheidskostprijs" is voor ieder type toestel, indien aanwezig in het ziekenhuis; 2 Upgrade toestel na 5-7 jaar, dus tweemaal 5-7 jaar.

3 Resultaten van de kostenanalyse

Deze sectie bespreekt de resultaten voor de kosten per m². We tonen eerst de resultaten waarbij de kosten worden toegewezen aan de huidige parameters (sectie 3.1). Vervolgens bespreken we de kosten voor de voorgestelde parameters (sectie 3.2). De bouwkostencomponent is slechts een van de drie onderdelen in de berekening van de forfaits. De tweede component nodig voor de berekening van de forfaits, nl. de eenheden per parameter, is reeds aan bod gekomen in Hoofdstuk 4. De derde component, de ruimtebehoefte, zal aan bod komen in sectie 4

3.1 De kost per m² met de huidige parameters

In Tabel 22 worden de resultaten (kost/m²/jaar) voor de huidige parameters weergegeven, exclusief de kosten voor huurlasten. In de tabellen in deze sectie worden de kosten voor ondersteunende diensten apart gehouden en niet opgenomen in de parameters tenzij expliciet vermeld. We gaan verder in op de toewijzing van de ondersteunende diensten in sectie 3.2.3.

De jaarlijkse kost per m² kan opgesplitst worden in investeringen die gelinkt zijn aan niet-medisch materieel (waarbij IT apart genomen wordt in de tabellen), medisch materieel, en groot onderhoud (GO). De opsplitsing in die verschillende componenten laat het beleid toe om transparante keuzes te maken over de mate waarin de forfaits de werkelijke kosten reflecteren. Bovendien kan er in de toekomst ook gekozen worden om (enkel) voor de component waar dit het meest voor nodig wordt geacht (bv. medisch materieel) een nieuwe toets aan de werkelijke kosten uit te voeren. Ook indien materieel via andere kanalen gefinancierd zou worden in de toekomst, kan op basis van deze resultaten het forfait nog steeds worden afgestemd op het deel voor groot onderhoud.

631 De steekproefgrootte is doorheen het rapport niet voor iedere analyse dezelfde omdat niet ieder ziekenhuis elke vraag heeft ingevuld.

Tabel 22 Gemiddelde jaarlijkse €/m² met huidige parameters

Parameter	Niet-medisch	Medisch	IT	GO	Totaal
Verpleegeenheid	6,77	6,03	0,86	13,33	26,99
Dagziekenhuis	7,10	12,76	0,86	13,46	34,19
NIC-dienst	18,64	150,91	3,20	11,76	184,51
Intensieve zorgen	10,81	63,32	2,05	26,80	102,98
Operatiekwartier	11,40	192,27	3,78	32,71	240,16
Verloskwartier	7,22	27,16	1,84	31,81	68,03
N*-functie	4,74	57,72	0,39	18,57	81,41
Radiotherapie	5,17	9,28	30,80	23,55	68,80
Dialyse	13,99	67,93	3,53	12,49	97,94
Ondersteunend	12,20	25,98	18,76	37,70	94,64

De bedragen bij de parameters intensieve zorgen en NIC-dienst zijn het volledige bedrag, niet het extra bedrag per bed, zoals gerapporteerd in het BVR 2017. Merk ook op dat de resultaten voor radiotherapie niet beperkt zijn tot de kosten van de bunker, maar alle kosten op de kostenplaatsen die aan deze parameter worden toegewezen, omvatten (idem in alle volgende tabellen).

Tabel 23 toont dan de vergelijking met het jaarlijks bedrag per m² uit de berekening van het huidige instandhoudingsforfait. We corrigeren de gegevens van het instandhoudingsforfait voor de ondersteunende diensten (voor de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, NIC-dienst, intensieve zorgen).⁶³² Het valt onmiddellijk op dat afhankelijk van de parameter de kostencomponent van het huidige instandhoudingsforfait soms boven en soms sterk onder onze schatting van de reële kosten ligt. Merk op dat het hoge bedrag voor ondersteunende diensten (en het grote verschil met de waarde in het instandhoudingsforfait) een impact zal hebben op alle parameters waaraan ondersteunende diensten worden toegewezen. Het hoge bedrag op de ondersteunende diensten is overigens deels te verklaren doordat ziekenhuisbrede investeringen mogelijk volledig op een algemene kostenplaats geboekt zijn.

⁶³² Dit wil dus zeggen dat we de huidige berekeningen voor het instandhoudingsforfait volledig volgen, maar toegepast op de ruimtebehoefte en de bouwkost per vierkante meter zonder de ondersteunende diensten.

Tabel 23 Vergelijking kosten (jaarlijkse €/m²) en de bouwkostcomponent van het huidig instandhoudingsforfait

Parameter	Reële kosten	Huidig	Sample
Verpleegeenheid	26,99	46,11	37
Dagziekenhuis	34,19	46,11	37
NIC-dienst	184,51	53,39	4
Intensieve zorgen	102,98	53,39	37
Operatiekwartier	240,16	52,35	37
Verloskwartier	68,03	53,39	32
N*-functie	81,41	53,39	31
Radiotherapie	68,80	60,67	13
Dialyse	97,94	53,39	25
<i>Ondersteunend</i>	94,64	39,01	37

De laatste kolom geeft het aantal algemene ziekenhuizen weer dat finaal m² (maar niet noodzakelijk ook kosten) heeft toegeschreven aan die specifieke parameter en waarvoor de gegevens dus werden meegenomen in de berekeningen. De kosten voor de ondersteunende diensten zijn op basis van de bijlages in het Advies NRZV 2007 herberekend om zo enkel de diensten te bevatten die ook opgenomen zijn in de selectie van het instandhoudingsforfait.

3.2 De kost per m² met de nieuwe parameters

We vergelijken eerst de resultaten voor verschillende definities van de kosten, meer bepaald wat betreft de behandeling van de huurlasten (sectie 3.2.1). We interpreteren onze resultaten in meer detail in sectie 3.2.2 en in sectie 3.2.3 bespreken we de toewijzing van de ondersteunende diensten.

3.2.1 Verschillende definities van de kosten: met of zonder huurlasten

3.2.1.1 Investerings wanneer huurlasten niet opgenomen worden

Tabel 24 geeft de resultaten weer voor de gemiddelde jaarlijkse kost per m² in de periode 2008-2017, wanneer de huurlasten niet worden opgenomen. Net als in Tabel 22 tonen we in deze eerste tabel ook de gedetailleerde uitsplitsing over de verschillende kostensoorten. De vier parameters in het grijs blijven ongewijzigd in het voorgestelde systeem. De ondersteunende diensten worden opnieuw apart gerapporteerd en zijn dus niet vertegenwoordigd in de andere parameters. In sectie 3.2.3 wordt hun toewijzing aan de parameters besproken.

Tabel 24 Gemiddelde jaarlijkse €/ m² met voorgestelde parameters

Parameter	Niet-medisch	Medisch	IT	GO	Totaal
Verpleegeenheid	6,77	6,03	0,86	13,33	26,99
Dagziekenhuis	7,10	12,76	0,86	13,46	34,19
Intensieve zorgen	11,29	68,68	2,12	25,87	107,97
Operatiekwartier	7,79	211,02	2,99	32,64	254,44
Verloskwartier	Idem Tabel 22				
N*-eenheid	Idem Tabel 22				
Radiotherapie	Idem Tabel 22				
Dialyse	Idem Tabel 22				
Labo	9,98	118,66	10,54	23,13	162,31
Apotheek	22,33	10,59	6,47	20,12	59,51
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	4,82	256,73	12,40	44,46	318,42
Spoed	12,52	35,90	2,37	21,53	72,31
CSA	31,97	85,42	8,27	33,14	158,80
Ondersteunend	12,54	1,96	21,13	39,55	75,19

Merk ook op dat de resultaten voor de parameter spoed zowel de functie "eerste opvang van spoedgevallen" als de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" bevat (idem in alle volgende tabellen).

Als we kijken naar de kostenplaatsen die niet in de parameters vertegenwoordigd zijn, zien we ook daar dat het materieel het grootste deel van de kosten in beslag neemt. De totale kosten voor kostenplaatsaggregaties "Consultaties" en "Andere medisch-technische diensten" (Bijlage VII) zijn respectievelijk € 88,81 en € 132,73 waarvan 79% en 81% voor materieel is. De weefselbank (gespecialiseerde infrastructuur) was goed voor een totale kost (materieel en groot onderhoud) van € 167,50 euro, waarvan 67% naar medisch materieel gaat.⁶³³

3.2.1.2 Investerings inclusief huurlasten

In deze sectie nemen we de huurlasten mee op in de definitie van de instandhoudingsinvesteringen (Tabel 25) Vanzelfsprekend stijgen de kosten per m² door de opname van deze bijkomende kosten. De stijging in de kosten is grotendeels toe te wijzen aan een stijging in het materieel.

Deze resultaten moeten, zoals hoger vermeld, met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Niet alleen was er door een gebrek aan nieuwbouwindicator geen mogelijkheid om de eerste investeringen in materieel af te zonderen, door een gebrek aan gegevens was het voor dertien ziekenhuizen niet mogelijk om de analyse over de volledige opvraagperiode te doen en moesten de recente jaren als representatief voor andere jaren worden genomen. Dit kan leiden tot een (mogelijks sterke) overschatting van de kosten. Indien bijvoorbeeld materieel slechts gehuurd wordt vanaf 2016, is het jaar 2017 niet representatief voor de laatste 5 jaar medisch materieel, en bovendien zijn de meest recente jaren wegens de toename van de techniciteit waarschijnlijk ook de duurdere jaren. Daarnaast weten we ook dat huurcontracten niet alleen de investering in materieel dekken, maar ook vaak extra diensten bevatten (bv. vervanging onderdelen,

633 Gebaseerd op alle kostenplaatsen van de verschillende types weefselbanken, zie Bijlage VII.

ondersteuning bij het gebruik). Omwille van deze pakketten is het niet duidelijk op welke kostenplaats de investeringen terecht komen, wat mogelijks deels een verklaring kan zijn voor het grote bedrag op ondersteunende diensten. De cijfers in Tabel 25 vormen dan ook een overschatting van de werkelijke kosten en verder onderzoek is nodig om te verduidelijken wat deze kosten precies vertegenwoordigen vooraleer ze volledig in rekening kunnen worden genomen.

Tabel 25 Gemiddelde jaarlijkse €/ m² met voorgestelde parameters (incl. huurlasten)

Parameter	Niet-medisch	Medisch	IT	GO	Totaal
Verpleegeenheid	6,94	6,89	0,90	13,34	28,06
Dagziekenhuis	7,20	12,94	0,93	13,46	34,54
Intensieve zorgen	12,04	70,61	2,19	25,87	110,71
Operatiekwartier	7,99	214,83	3,22	32,65	258,69
Verloskwartier	7,24	27,22	1,90	31,81	68,16
N*-eenheid	4,74	57,91	0,43	18,57	81,65
Radiotherapie	5,65	9,28	31,33	23,55	69,81
Dialyse	15,28	68,72	3,92	12,49	100,41
Labo	10,86	128,44	11,88	23,14	174,32
Apotheek	24,62	15,07	8,33	20,12	68,13
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	5,38	260,28	20,64	44,46	330,77
Spoed	13,71	36,23	2,70	21,53	74,17
CSA	33,16	86,00	8,29	33,21	160,66
<i>Ondersteunend</i>	18,29	3,42	29,27	39,60	90,57

3.2.2 Interpretatie

Uit de resultaten blijkt dat de (her)investeringen voor materieel zo verschillend zijn per parameter dat een identiek percentage voor alle parameters (zoals gebruikt in de berekeningen van de huidige forfaits) geen goede weerspiegeling is van de werkelijke kosten. De investeringen voor medisch materieel nemen het grootste deel in van de investeringskosten van het instandhoudingsforfait. Hierbij is het belangrijk in het achterhoofd te houden dat dit gaat over al het materieel, waarbij enkel de toestellen die via de toestelfinanciering worden gefinancierd uitgesloten zijn. Zo zien we bijvoorbeeld grote bedragen voor medisch materieel (rekening 230) onder de kostenplaatsen gerelateerd aan medische beeldvorming (bv. kostenplaats 500 (Radiologie)), gezien deze onder andere toestellen zoals de RX of de CT kunnen bevatten. Bij het medisch materieel speelt bovendien (meer dan bij niet-medisch materieel) de extra impact van snelle technologische ontwikkelingen gedurende de laatste jaren, wat de kosten omhoog drijft. De slijtage voor technisch materieel wordt immers vaak ingehaald door technologische veroudering. Voor het niet-medisch materieel gaat de grote meerderheid van de kosten naar de ondersteunende diensten, waarbij de kostenplaatsen "Administratie" en "Informatieverwerking" samen verantwoordelijk zijn voor meer dan de helft van de investeringen. Noteer wel dat voor de bevoegdheidsoverdracht niet al het materieel gefinancierd werd gezien de financiering verliep via een forfaitair bedrag als onderdeel van het BFM.

De kosten voor groot onderhoud verschillen veel minder over de parameters heen. Dit is niet onlogisch gezien groot onderhoud vooral slaat op werken met een meer beperkte technische component, waardoor het verschil in ruimtes een minder grote rol speelt. Het schilderen van de ruimtes voor intensieve zorgen zal bijvoorbeeld niet zoveel duurder zijn dan het schilderen van een verpleegeenheid. Om onze resultaten te checken is het nuttig te vergelijken met een externe benchmark. Het Nederlandse bureau Quadrance schat de onderhoudskost gemiddeld op € 35,36/m².⁶³⁴ Dit bedrag bevat ook kleinere onderhoudswerken, dus is uiteraard niet één-op-één te vergelijken, maar het lijkt toch een externe bevestiging te bieden van de grootteorde van onze resultaten voor groot onderhoud.

Om een beter zicht te krijgen op de realiteit achter deze cijfers vroegen we de respondenten hun grootste investeringen voor groot onderhoud (> € 100.000) op te geven. De investeringen betroffen werken voor energievoorzieningen (bv. noodstroomgenerator, laagspanningsbord, hoogspanningsinfrastructuur), nutsvoorzieningen/HVAC (bv. zonnepanelen, elektriciteit, verlichting), schilderwerken, groot onderhoud liften, vervangen van koelgroepen, onderhoud datanetwerk, gevelwerken (onderhoud, schilderwerken, schrijnwerk, gevelreiniging), patiënteninformatie- en communicatiesystemen, investering voor de conformering aan kwaliteitsnormen van nucleaire geneeskunde, brandbeveiliging (bv. sprinklers, branddeuren) en wifi (zie later). Daarnaast werden kleine verbouwingen of het oprissen of vernieuwen van ruimtes of gangen vaak vermeld. Ook het gebruik van een tijdelijk gebouw (bv. bij verbouwingen) knaagde aan het budget voor het in stand houden van de infrastructuur. Deze samenvatting maakt duidelijk dat het instandhoudingsforfait voor een heel uiteenlopende groep van werken wordt aangewend en toont ook de complexiteit (en het belang) van het opmaken van degelijke meerjarenonderhoudsplannen in een ziekenhuis.

Uit de enquête kwam ook naar voor dat de laatste jaren *investeringen in veiligheid/patiëntencomfort* en in duurzaamheid belangrijke elementen waren in de uitgaven voor instandhouding. Investeringen in veiligheid kunnen behoorlijk oplopen. Zo leidt een automatisch brandsplinklersysteem al gauw tot een meerkost van 30 €/m² (excl. BTW).⁶³⁵ Twee prominente voorbeelden van investeringen in patiëntencomfort zijn wifi en airco. Zo gaf 100% van de respondenten (n=32) aan geïnvesteerd te hebben in wifi op de patiëntenkamers, terwijl 30% van de respondenten geïnvesteerd heeft in airco op de patiëntenkamers (of een gelijkaardig alternatief zoals topkoeling). Ook andere investeringen voor het verhogen van patiëntencomfort vertegenwoordigden in de opvraagperiode aanzienlijke bedragen.⁶³⁶ Zo werd er naast het algemeen opsmukken van verschillende delen in het ziekenhuis ook in comfort geïnvesteerd op de kamers (bv. bedside terminals, elektrische bedden, sanitaire cellen, televisies, materniteit met hoog comfortniveau), op de afdelingen (ombouw van meerpersoonskamers, ontspanningsruimte/ lounge) en op de administratieve/ondersteunende diensten (inschrijvingskiosken, extra parkeergelegenheid en fietsenstalling).

Wat de *investeringen in duurzaamheid* betreft, gaf 91% (n=22) van de algemene ziekenhuizen aan in de opvraagperiode duurzame investeringen te hebben gedaan van meer dan 100.000 euro. De opgegeven voorbeelden situeerden zich vooral in het domein van hernieuwbare energie en in aanpassingen aan verwarming/elektriciteit (met het oog op energiebesparing). Zo investeerden veel ziekenhuizen in een

634 Handreiking kengetallen benchmark zorgvastgoed. Bouwkostennota 2017.

635 Handreiking kengetallen benchmark zorgvastgoed. Bouwkostennota 2017.

636 Vraag uit de enquête: "Indien u in de voorbije 10 jaar andere aanzienlijke (> € 10.000) niet-medische investeringen heeft gerealiseerd die als voornaamste doel hadden de patiëntentevredenheid en het comfort te verhogen, gelieve deze hier te vermelden." De drie categorieën zijn door de onderzoekers gemaakt op basis van de antwoorden.

warmtekrachtkoppeling (expliciet opgegeven door 12 ziekenhuizen) en zonnepanelen (n=7). Hoewel zes ziekenhuizen aangaven bij deze investeringen verder te gaan dan de normen die worden opgelegd, antwoordde de meerderheid van de ziekenhuizen deze investeringen te hebben gedaan om aan de norm te voldoen. Hoewel deze investeringen mogelijks besparingen opleveren in de exploitatiekosten, wegen ze toch nog steeds zwaar door in het instandhoudingsbudget.

3.2.3 De toewijzing van de ondersteunende diensten

In de vorige secties hebben we de ondersteunende diensten apart gehouden om zo de “zuivere” kosten per parameter te analyseren. In deze sectie gaan we dieper in op de invloed van de toewijzing van de ondersteunende diensten aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis.

Tabel 26 toont de toewijzing volgens de twee methoden beschreven in sectie 2.4.2: de 50/50 split (methode 1) of de verdeling volgens het aantal erkende bedden en plaatsen (methode 2). Gezien de toewijzing van ondersteunende diensten geen invloed heeft op de andere parameters, worden deze niet opnieuw opgenomen in de tabel.

Tabel 26 Impact van de opname van ondersteunende diensten in de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis op de kosten per m² (op basis van gegevens exclusief huur)

Parameter	Zonder toewijzing	Totaal toewijzing (Methode 1)	Totaal toewijzing (Methode 2)
Verpleegeenheid	26,99	67,57	51,72
Dagziekenhuis	34,19	45,64	58,43
<i>Ondersteunende diensten (OD)</i>	75,19	-	-

De ondersteunende diensten behoren niet tot de kernactiviteit, maar ze nemen wel een aanzienlijke ruimte in beslag en brengen dus ook belangrijke kosten met zich mee. Hun toewijzing heeft dan ook een groot effect op de kosten voor verpleegeenheden en dagziekenhuis. De 50/50 split leidt praktisch tot een verdubbeling van de kost voor dagziekenhuis, maar is om de redenen die we in sectie 2.4.2 hebben beschreven wellicht ook niet de meest aangewezen methode. Uiteindelijk is het echter een beleidsbeslissing of en hoe de kosten van de ondersteunende diensten aan andere parameters worden toegewezen. De informatie over de diensten die thans uitbesteed worden, zoals samengevat in Hoofdstuk 5, kan nuttig zijn bij het nemen van deze beslissing.

4 Resultaten ruimtegebruik

Naast de eenheden per parameter en de kostprijs per m², is de laatste component voor de berekening van de bouwprijs de ruimtebehoefte (m² per eenheid). De (boekhoudkundige) gegevens die gebruikt zijn voor de berekening van de investeringen voor het instandhoudingsforfait geven een blik op de historische investeringen en ruimteverdeling. Deze resultaten mogen niet zomaar als “wenselijke” ruimte geïnterpreteerd worden. De ruimtebehoefte voor sommige parameters is immers ongetwijfeld verschillend in een ziekenhuis dat nu nieuw gebouwd wordt, in vergelijking met een ziekenhuis dat 20 jaar geleden is gebouwd. Niettemin is het nuttig om te onderzoeken wat het ruimtegebruik is gebaseerd op de ingezamelde gegevens, omdat dit een startpunt kan vormen voor het aanpassen van de ruimtebehoeften na de finale keuzes van de parameters en eenheden door het beleid.

Tabel 27 toont het ruimtegebruik voor de *huidige parameters en eenheden* op basis van de sleutel M2.12. Hiervoor werd uitgegaan van het aantal eenheden, zoals gebruikt door het VIPA voor de berekening van het instandhoudingsforfait van 2018. Gezien de waarde voor de eenheid erkend bed voor de parameter verpleegeenheid ook het aantal NIC-bedden bevat, worden deze NIC-bedden voor deze analyse afgetrokken van het totaal aantal erkende bedden om zo tot het zuivere ruimtegebruik van de parameter verpleegeenheid te komen. Om zo transparant en flexibel mogelijk te zijn, rapporteren we de ondersteunende diensten apart. Gezien het aantal bedden intensieve zorgen officieel niet onder de erkende bedden per kenletter wordt gerapporteerd, worden deze bedden in deze sectie ook niet onder erkende bedden gerekend.

Tabel 27 M² huidige parameters op basis van de eenheden uit het instandhoudingsforfait van 2018

Parameter	m ² /eenheid	Eenheid ¹
Verpleegeenheid	38,23	Erkende bedden – excl. NIC bedden ²
Dagziekenhuis	27,76	Plaatsen
NIC-dienst	53,07	NIC-bedden
Intensieve zorgen (IZ)	69,26	IZ-bedden
Operatiekwartier	303,71	Weerhouden operatiezalen
Verloskwartier	42,40	Verlossingen/100 ²
N*-functie	15,71	Verlossingen/100 ²
Radiotherapie	460,06	Lineaire versnellers
Dialyse	1.401,96	Centrum
Ondersteunend	49,62	Erkende bedden – Excl. NIC-bedden + plaatsen

1 Gegevens zoals gebruikt door het VIPA voor de berekening van het instandhoudingsforfait van 2018, tenzij een aanpassing is aangegeven. Noteer dat de erkende bedden in dit geval de NIC-bedden bevatten. 2 De eenheden voor de ziekenhuizen waarvoor een correctie is doorgevoerd op de kostenplaatsen voor de N-functie, het bevallingskwartier en de materniteit (zie Tabel A. 9, Bijlage IX) werden aangepast (bv. het aantal erkende M-bedden voor de ziekenhuizen waarvoor de kostenplaats materniteit niet werd meegenomen werden in mindering gebracht van het totaal aantal erkende bedden).*

Voor de interpretatie van deze resultaten is het belangrijk op te merken dat de ruimtebehoeften uit het MB 2007 gebaseerd zijn op een verhouding van 50% bedden in éénpersoonskamers en 50% in meerpersoonskamers (Advies NRZV 2007) of anders gezegd in de veronderstelling dat 66% van de kamers éénpersoonskamers zijn. Daarom vroegen we ook de verhouding van het aantal eenpersoonskamers (per campus⁶³⁷) mee op. Er bleek een grote range te zijn in het percentage éénpersoonskamers (van 0% tot 100%), waarbij werd vermeld dat de lagere percentages vooral in de oudere gebouwen voorkwamen. Het gemiddelde van alle campussen (n=50) waarvoor het percentage werd opgegeven is 45%. Bijgevolg is de ruimtebehoefte op basis van de historische mix van ziekenhuizen dus mogelijk een onderschatting van de ruimte nodig voor de verpleegeenheid, zeker gezien de nieuwbouw- of herconditioneringsprojecten steeds meer éénpersoonskamers zullen bevatten (zie ook de toekomstperspectieven in Hoofdstuk 11).

637 Hoewel de rest van het rapport focust op een analyse per ziekenhuis wegens een gebrek aan campus-gegevens, werd deze vraag per campus bevestigd en geanalyseerd.

Omdat de waarden voor de nieuwe eenheden niet beschikbaar waren voor deze studie, is eenzelfde analyse voor de door ons *voorgestelde parameters en eenheden* niet mogelijk. Echter, met de huidige gegevens kunnen we wel enkele inzichten voor de nieuwe parameters en eenheden afleiden.

Ten eerste, toont Tabel 28 de resultaten voor de nieuw voorgestelde parameters op basis van de erkende bedden en de huidige eenheden gebruikt in de berekening van het instandhoudingsforfait (zoals in Tabel 27). De vijf extra parameters worden dus weergegeven met dezelfde eenheid als voor de parameter waaronder ze in de huidige parameters worden opgenomen. De parameters die een gewijzigde inhoud hebben worden onder “aangepast” weergegeven. De resultaten voor de andere parameters wijzigen niet.

Tabel 28 M² per eenheid van de voorgestelde parameters op basis van beschikbare eenheden

Parameter	m ² /eenheid	Eenheid
Extra		
Labo	2,29	Erkende bedden – excl. NIC-bedden + plaatsen
Apotheek	1,45	Erkende bedden – excl. NIC-bedden + plaatsen
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	3,27	Erkende bedden – excl. NIC-bedden + plaatsen
Spoed	2,34	Erkende bedden – excl. NIC-bedden + plaatsen
CSA	45,34	Weerhouden OKA-zalen
Aangepast		
Intensieve zorgen	67,99	IZ-bedden + erkende NIC-bedden
Operatiekwartier	258,37	Weerhouden operatiezalen
Ondersteunende diensten ¹	40,28	Erkende bedden – excl. NIC-bedden + plaatsen

1 Ondersteunende diensten bevatten in dit geval dus niet meer de eerste vier parameters in deze tabel, in tegenstelling tot de resultaten van Tabel 27. Zonder de plaatsen zou het resultaat 48,27 m² per eenheid zijn.

Ten tweede, om de impact van de overgang naar verantwoorde bedden als (deel van) de eenheid voor de parameter verpleegeenheid in kaart te brengen, toont Tabel 29 de resultaten voor de parameter verpleegeenheid, mits een afsplitsing van de ondersteunende diensten (zoals gedefinieerd in vorige tabel). Hiervoor nemen we het aantal bedden op basis van de definitie in het huidige strategisch forfait (nl. verantwoorde bedden indien beschikbaar, anders erkend/vergund, zie Hoofdstuk 4 voor meer detail) en het aantal plaatsen.

Tabel 29 M² per eenheid van de nieuwe parameters op basis van verantwoorde bedden

Parameter	m ² /eenheid	Eenheid ¹
Verpleegeenheid	41,95	Verantwoorde/erkende/vergunde bedden excl. NIC-bedden en IZ-bedden
Ondersteunend	52,96	Verantwoorde/erkende/vergunde bedden excl. NIC-bedden en IZ-bedden + plaatsen

1 De eenheden voor de ziekenhuizen waarvoor een correctie is doorgevoerd op de kostenplaatsen voor de N-functie, het bevallingskwartier en de materniteit (zie Tabel A. 9, Bijlage IX) werden aangepast (bv. het aantal verantwoorde M-bedden voor de ziekenhuizen waarvoor de kostenplaats materniteit niet werd meegenomen werden in mindering gebracht van het totaal aantal verantwoorde bedden). Voor de verantwoorde bedden (zoals gedefinieerd in Hoofdstuk 4 sectie 2.1.1) nemen we gegevens van 2017 (beschikbaar via de website van de FOD). Voor de bedden For-K en intensieve zorgen nemen we de waarden zoals gebruikt in de berekening door het VIPA van het instandhoudingsforfait van 2018. Voor de erkende bedden gebruiken we de gegevens van december 2017 (beschikbaar via de website van Zorg & Gezondheid).*

Als we onze resultaten vergelijken met de ruimtebehoefte uit de regelgeving (zie Tabel 12 in Hoofdstuk 5) zien we dat ze voor de meerderheid van de parameters in dezelfde lijn liggen. We moeten hierbij natuurlijk vergelijken met de ruimtebehoefte zonder de ondersteunende diensten, die in het huidige systeem 46 m² vertegenwoordigen voor de paramters verpleegeenheid en dagziekenhuis en 76 m² voor intensieve zorgen en de NIC-dienst. Het door ons geschatte ruimtegebruik voor het dagziekenhuis, de N*-functie, de NIC-dienst en het labo, valt beduidend kleiner uit dan de behoeften in 2007. Anderzijds valt het ruimtegebruik voor het verloskwartier en de ondersteunende diensten (buiten labo, spoed, medische beeldvorming, apotheek) groter uit dan in de cijfers van 2007. Als we voor het bevallingskwartier echter de bijlage van het Advies NRZV 2007 erop nalezen wordt hier 65 m² per 100 bevallingen toegewezen, terwijl in de hoofdtekst (en ook in het MB 2007) 24 m² wordt voorgesteld. Het is niet duidelijk waarom die ruimtebehoefte meer dan gehalveerd is in het finale advies. Merk op dat de resultaten voor de parameter dialyse niet vergelijkbaar zijn omdat een andere eenheid werd gebruikt (post versus centrum). De ruimtebehoefte per bed en plaats voor de kostenplaatsen die we onder de categorieën “Consultaties” en “Andere medisch-technische diensten” plaatsen (zie Bijlage VII) is respectievelijk 6.99 en 2.68 m²/bed. Dit ligt opnieuw in lijn met de 11 m² die in het advies NRZV 2007 is opgenomen voor “Consultaties en andere basis medische functies”. Deze diensten worden echter niet gefinancierd via de VIPA-forfaits en mogen dus niet in de ruimtebehoefte opgenomen worden.

5 Besluit

We stellen voor om het instandhoudingsforfait niet langer te definiëren als een afgeleide van het strategisch forfait, maar rechtstreeks te baseren op de kosten die samenhangen met de verschillende parameters. De eenheden die daarvoor worden voorgesteld, werden beschreven in Hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk toonden we voor de voorgestelde parameters schattingen van de relevante bouwkost per m², zoals die gereflecteerd werden in de instandhoudingsprojecten van de algemene ziekenhuizen in de periode 2008-2017. De gegevens hiervoor werden verzameld met een vragenlijst, ingevuld door 37 ziekenhuizen.

Hierbij moet wel beslist worden op welke wijze de ondersteunende diensten worden toegewezen. We stellen voor om dezelfde methode te volgen als bij het strategisch forfait (zie Hoofdstuk 5). De zorgondersteunende diensten worden in dat voorstel apart gehouden, de overige ondersteunende diensten worden toegewezen aan “verpleegeenheid” en “dagziekenhuis” op basis van hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen. Onze resultaten illustreren de implicaties van de verschillende opties. Ze tonen dat het hier gaat om een belangrijke beleidskeuze.

We toonden ook voorlopige schattingen voor het ruimtegebruik, zoals dat uit de bevraging kan worden afgeleid. Het *ruimtegebruik* in het verleden is natuurlijk slechts een eerste benadering van de *ruimtebehoefte*. Bovendien is er nog bijkomende reflectie nodig om de ruimtebehoeften vast te leggen die corresponderen met de door ons nieuw voorgestelde parameters en eenheden.

Hoofdstuk 7

Het strategisch forfait voor de psychiatrische ziekenhuizen

Nadat in de vorige hoofdstukken de resultaten voor het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait bij de algemene ziekenhuizen toegelicht werden, hernemen we in het huidige en volgende hoofdstuk dezelfde onderzoeksvragen voor de psychiatrische ziekenhuizen. We volgen hierbij dezelfde structuur. Eerst beschrijven we de methode die toegepast werd om de gegevens in te zamelen (sectie 1). Vervolgens bespreken we de verwerking van de gegevens en lichten we de daarbij gemaakte veronderstellingen toe (sectie 2). Tenslotte tonen we de resultaten voor de bouwkost per m² (sectie 3) en voor het ruimtegebruik (sectie 4).

1 Gegevensinzameling

Doorheen het volledige onderzoek streefden we ernaar om voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen dezelfde methode van dataverzameling en gegevensverwerking te volgen. Praktische belemmeringen verplichtten ons echter om soms van dit principe af te wijken. Terwijl we voor de analyse van het strategisch forfait bij de algemene ziekenhuizen konden werken met informatie over recente volledige nieuwbouwprojecten (zie Hoofdstuk 5), hebben we ons bij de psychiatrische ziekenhuizen moeten focussen op uitbreidings-, herconditionerings- en gedeeltelijke nieuwbouwprojecten. We lichten eerst de keuze van de methode toe (sectie 1.1) en beschrijven dan hoe het sjabloon voor de algemene ziekenhuizen werd aangepast om de gegevens voor de psychiatrische ziekenhuizen op te vragen (sectie 1.2). Tenslotte bespreken we de kenmerken van de geselecteerde projecten en de deelnemende ziekenhuizen (sectie 1.3).

1.1 Onderzoeksmethode

Omdat in essentie dezelfde basisgegevens bevroegd worden bij de psychiatrische en bij de algemene ziekenhuizen werd het invulsjabloon⁶³⁸ van deze laatste grotendeels overgenomen waarbij volgende elementen werden opgevraagd: de gebouwde oppervlakte, de bouwkosten per type zorggroep of per type ruimte en per bouwfase, de financiële kosten en de overige projectkosten. Bijkomend werden er open vragen gesteld over onder meer het ontwerp, de gehanteerde duurzaamheidscriteria en bijhorende (energiebesparende) technieken, de mate van specifieke of meer generieke invulling van de ruimten, kostenverhogende of –verlagende factoren, ... Tot slot werd een rooster voorzien, gebaseerd op de bevraging voor het instandhoudingsforfait bij de psychiatrische ziekenhuizen, dat inzicht geeft in een eventuele gewijzigde invulling naar zorggroepen ná ingebruikname van het betrokken bouwproject. Meer informatie over dit rooster wordt gegeven in Hoofdstuk 8.

Het invullen van het sjabloon vergde een grote inspanning van zowel de financiële als de facilitaire dienst van de deelnemende ziekenhuizen. Omdat de doorlooptijd van bouwprojecten meerdere jaren in beslag kan nemen, was de betrokken interne bouwcoördinator vaak niet meer aanwezig. Om de gegevens zo uniform mogelijk te krijgen werd ieder ziekenhuis dat de intentie had om deel te nemen, telefonisch

638 De keuze voor deze methode wordt toegelicht in Hoofdstuk 5, sectie 1.1. De gehanteerde bronnen die de basis gelegd hebben voor de opbouw van het sjabloon worden aangereikt in Hoofdstuk 5, sectie 1.2.

gecontacteerd. Tijdens dit voorafgaande contact werd onder meer de opbouw van het sjabloon besproken, werden de aandachtspunten overlopen, het bouwproject even doorgepraat en eventuele onduidelijkheden of opmerkingen uitgeklaard. Tot slot werd gevraagd om ons naast het ingevulde sjabloon eveneens de betrokken grondplannen en, indien beschikbaar, de bouwtechnische evaluatie van VIPA te bezorgen.

1.2 Herwerking van het sjabloon

Het sjabloon voor de inzameling van de bouwkosten en de oppervlakten bij de psychiatrische ziekenhuizen was zoals hierboven vermeld, gebaseerd op dat van de algemene ziekenhuizen. Gezien de verzameling van de gegevens voor de psychiatrische ziekenhuizen plaatsvond na de verwerking van de gegevens voor de algemene ziekenhuizen, konden we dieper ingaan op aspecten die moeilijkheden gaven bij die verwerking (bv. door het opvragen van de grondplannen en de bouwtechnische evaluatie) en vragen weglaten die geen meerwaarde opleverden. Zoals besproken in Hoofdstuk 4, zijn de ziekenhuisfuncties bij psychiatrische en algemene ziekenhuizen grotendeels verschillend en hebben we bij de psychiatrische ziekenhuizen andere parameters en eenheden vooropgesteld. Dit maakte een herwerking van elk tabblad in het sjabloon noodzakelijk.

Het eerste en voornaamste tabblad "Investeringskost bouwproject" be vraagt de reële bouwkosten die aan de basis liggen van de berekening van de gewogen gemiddelde bouwkost per m² en het overeenstemmende ruimtegebruik per parameter. Zoals bij de algemene ziekenhuizen werd de aankoopkost van de bouwgrond zelf niet opgevraagd aangezien deze door het ziekenhuis zelf gefinancierd dient te worden. De volgende gegevens werden opgevraagd:

- het aantal betrokken eenheden: aantal bedden en plaatsen, aantal bevroren bedden en plaatsen en aantal gedwongen opnames.
- de gebouwde oppervlakte: zowel bruto als netto, waarbij de netto oppervlakte staat voor de nuttige ruimte, of de oppervlakte exclusief buiten- en binnenmuren, exclusief kelders en zolders zonder specifieke invulling en inclusief horizontale en verticale circulatieruimtes zoals gangen, traphallen en liften.
- de bouwkosten (inclusief BTW, in euro), verdeeld over vier bouwfases⁶³⁹: ruwbouw (PF1), technieken (PF2), afwerking en vast meubilair (PF3) en roerende investeringen (medisch en niet-medisch) (PF4).
- de bouwkosten (inclusief BTW, in euro), opgesplitst per zorggroep of per type ruimte en verdeeld over 4 categorieën:
 - Verpleegeenheid onderverdeeld in zeven basis zorggroepen en de zorggroep basis plus
 - Basis volledige hospitalisatie kind
 - Basis dag hospitalisatie kind
 - Basis volledige hospitalisatie volwassene
 - Basis dag hospitalisatie volwassene
 - Basis ouderen

639 De invulling van deze 4 projectfases kan geraadpleegd worden in Hoofdstuk 5, sectie 1.2.

- Basis familiaal milieu
 - Basis intensieve behandeling volwassenen
 - Basis plus met opsplitsing tussen forensische zorg kinderen, forensische zorg volwassenen en dubbeldiagnose, geïntensifieerde werking high intensive care en intensieve dienst (HIC/ID), en mobiele teams
- Onderzoek en behandeling zoals consultatieruimtes (exclusief polikliniek), therapie, sportzaal, medische beeldvorming, labo.
 - Ondersteunende functies met extra detailopsplitsing binnen de onderdelen administratie, technische en facilitaire dienst en voeding.
 - “Overige projectkosten” die een verzameling van uitgaven bevatten die onder de huidige regelgeving opgenomen zijn onder “marge boven bouwplafond” of onder “algemene kosten”. Specifiek in dit sjabloon werden de afbraakwerken, omgevingswerken inclusief parking, studiekosten en erelonen, kost gerelateerd aan te voorziene kunstwerken, aanloopkosten en bijkomende kosten bevroegd. Deze uitgaven worden niet mee opgenomen voor de berekening van de gewogen gemiddelde bouwkost per m² maar apart verwerkt naar analogie met de huidige regelgeving waarbij voor deze uitgaven een toeslag van respectievelijk 20% en 10% voorzien wordt bovenop het bekomen strategisch forfait (zie verder in sectie 3.1).
- eventuele huurlasten en kosten van leasing die betrekking hebben op onroerend of roerend materieel dat noodzakelijk is bij ingebruikname van het bouwproject, op jaarbasis, in euro. Deze kosten zijn opgenomen onder voorbehoud van aanvaarding door de overheidsdiensten.
 - de financiële kosten, zoals de intercalaire en gewone rentelasten, verbonden aan een leningsovereenkomst, die apart gesubsidieerd worden via de financieringscomponent.

In een tweede tabblad “Toelichting ontwerp” werden gerichte vragen om extra toelichting bij het betrokken bouw dossier gesteld. Deze gegevens kunnen helpen om bij sterke onderlinge afwijkingen tussen de ziekenhuizen een achterliggende verklarende factor te ontdekken. De vragen zijn deels gebaseerd op deze bij de algemene ziekenhuizen maar een ruim aantal daarvan werd geschrapt of vervangen door meer gerichte vragen die bijvoorbeeld kostenbesparende of kostenverhogende factoren betreffen bij een herconditionering in vergelijking met een nieuwbouw, of bij oudere bouw dossiers kritische reflectie vragen bij eventuele verbeterpunten of aanpassingen in het ontwerp indien er voor dezelfde doelgroep opnieuw gebouwd zou worden.

In het derde en laatste tabblad “Zorggroepen” wordt de ruimte van het nieuwbouw- of uitbreidingsproject, waarvoor de bouwkost en oppervlakte werden opgegeven in het tabblad “Investeringskost bouwproject”, toegewezen aan de zorggroepen waarvoor de ruimte momenteel in werkelijkheid wordt gebruikt.

Het volledige sjabloon is beschikbaar op aanvraag.

1.3 Selectie en deelname van de ziekenhuizen

Voor de psychiatrische ziekenhuizen waren we genoodzaakt de selectiecriteria die gehanteerd werden bij de algemene ziekenhuizen te versoepelen. Het aantal bouwprojecten met principieel akkoord van het VIPA én met ingebruikname vanaf 2014 bleek immers te beperkt. De selectie werd uitgebreid naar

bouwprojecten vanaf 2011 tot 2020, één project in aanbouw en één bouwdoosier van voor de selectieperiode om de sample binnen de zorggroep basis plus uit te breiden.

De voorwaarde “volledig nieuwbouwproject” kon voor de psychiatrische ziekenhuizen evenmin opgelegd worden. Dit is te verklaren door de architectonische bouwstructuur van een psychiatrisch ziekenhuis dat sterk verschillend is van een algemeen ziekenhuis en waarbij het merendeel van de campussen bestaat uit diverse vrijstaande paviljoenen met een beperkt aantal bouwlagen. De gedifferentieerde patiëntenpopulatie wordt verdeeld over deze paviljoenen in leefgroepen van diverse groottes afhankelijk van de zorgnoden. Vrijstaande therapiegebouwen en ondersteunende diensten zoals keuken met bijhorend restaurant, administratieve diensten en facilitaire dienst liggen eveneens verspreid over het terrein. Deze bouwstructuur resulteert in de praktijk in een gefaseerde periodieke infrastructuurvernieuwing, gekoppeld aan het lange termijn masterplan dat door de directie van het ziekenhuis opgemaakt wordt.

Tevens is niet voor alle bouwdoosiers het volledige kostenoverzicht beschikbaar. De reden hiervoor is dat het zorglandschap van de geestelijke gezondheidszorg snel en voortdurend evolueert. De wijzigingen⁶⁴⁰ volgen zich in sneltempo op binnen de vijf zorgfuncties en hebben invloed op velerlei domeinen zoals het bevriezen van bedden in ruil voor het oprichten van mobiele teams, het intensifiëren van de zorg door intensievere behandeling van zwaardere patiëntengroepen en het verkorten van de verblijfsduur, het opnemen van forensische psychiatrische patiënten en de verhoogde aandacht voor kinderen en jongeren. Deze diversiteit dwingt lokale directies om de bestaande infrastructuur continu in vraag te stellen en de bestaande masterplannen regelmatig te herzien wat de beslissing bemoeilijkt om tot zware investeringsprojecten over te gaan. Een goede illustratie van deze evolutie in het zorglandschap is de diversiteit binnen de parameter basis plus. Om voor zoveel mogelijk zorggroepen binnen de parameter basis plus specifiek gekoppelde bouwdoosiers en dus gegevens beschikbaar te hebben, zijn ook bouwprojecten opgenomen die bij het uitsturen van de bevraging nog niet in gebruik genomen waren en waarvoor bijgevolg geen volledig kostenoverzicht beschikbaar is.

De risico's bij het niet naleven van de strenge selectiecriteria die vermeld worden in Hoofdstuk 5 gelden dus als kanttekening bij de analyse in dit hoofdstuk en worden voor de volledigheid hierbij herhaald:

- Oudere projecten weerspiegelen onvoldoende de recente (en vaak hogere) materiaalkosten, de kosten die het gevolg zijn van recente reglementering, bijvoorbeeld op vlak van duurzaamheid en energie efficiëntie, de kosten die wijzigingen reflecteren in de architectonische normen voor bepaalde doelgroepen gekoppeld aan een wijziging in de behandelingscultuur, zoals bijvoorbeeld het vermijden van vrijheidsbeperkende maatregelen. Tevens kan de zorggroep waarvoor het bouwproject voorzien was, gewijzigd zijn na ingebruikname.
- Het niet beschikken van een volledig kostenoverzicht heeft tot gevolg dat de bouwkosten niet volledig accuraat berekend kunnen worden.
- Het ontbreken van volledige nieuwbouwziekenhuizen heeft tot gevolg dat we niet voor alle ziekenhuisfuncties gegevens hebben kunnen verzamelen. Zo dekken de resultaten voor de ondersteunende diensten niet het volledige spectrum af zoals wel het geval is bij de algemene ziekenhuizen. Ook komen bepaalde kosten, zoals omgevingswerken of het aanleggen van nutsvoorzieningen, in mindere mate voor bij een deelproject dan bij een volledig nieuwbouwproject. Daar komt nog bij dat de verscheidenheid in bouwdoosiers (zowel naar grootte,

640 Voor een uitgebreide analyse wordt verwezen naar Hoofdstuk 4, sectie 3.2.1.

naar bouwjaar, naar zorggroep, ...) de vergelijkbaarheid bemoeilijkt en het risico op zowel over- als onderschatting vergroot. Deze problemen kunnen pas opgelost worden indien er een voldoende aantal volledige nieuwbouwdossiers beschikbaar zou zijn.

Op basis van bovenstaande criteria kwamen 16 Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen in aanmerking om deel te nemen aan de bevraging met één of meerdere bouwdossiers. 12 van de 16 ziekenhuizen hebben effectief deelgenomen en hebben het sjabloon ingevuld. Van 11 ziekenhuizen zijn de ingestuurde data van voldoende kwaliteit om mee opgenomen te worden in de gegevensverwerking.

2 Gegevensverwerking

We lichten eerst toe op welke wijze de ingevulde bevestigingen gecontroleerd werden (sectie 2.1) en welke aanpassingen doorgevoerd werden om de vergelijkbaarheid van de gegevens te verbeteren (sectie 2.2). Vervolgens overlopen we de toewijzing van de verschillende lijnen in het sjabloon aan de vooraf bepaalde parameters (sectie 2.3) en bespreken we de berekeningswijze van het ruimtegebruik (sectie 2.3). Tot slot introduceren we een tabel op basis waarvan onze nieuwe resultaten met de huidige regelgeving kunnen vergeleken worden (sectie 2.5). Parallel met de aanpak bij de algemene ziekenhuizen werden diverse aannames zoveel mogelijk individueel met elk ziekenhuis afgetoetst en werden belangrijke afwegingen besproken op overlegmomenten met een expertgroep.

2.1 Controle van de gegevens

We volgden dezelfde basisregels als bij de algemene ziekenhuizen (zie ook Hoofdstuk 5, sectie 2.1). De werkelijke bouwkosten worden ingevuld voor de vier projectfasen apart, inclusief BTW en exclusief financiële lasten. Het jaar van ingebruikname wordt als basisjaar van de kostprijsberekening beschouwd en de gegevens worden met de VIPA bouwindex⁶⁴¹ omgezet naar referentiejaar 2017. De omslag wordt buiten beschouwing gelaten in de berekeningen om zo de totale bouwkosten niet te vertekenen, maar kan indien wenselijk nog worden ingevoerd bij omzetting van de resultaten in concrete beleidsvoering. Opbrengsten die volgen uit de gerealiseerde investeringen worden niet in de analyse opgenomen.

Bij het berekenen van de resultaten wordt de gewogen gemiddelde bouwkost berekend voor enerzijds de som van projectfasen 1 tot en met 3 en anderzijds voor projectfase 4, zoals dit ook in de huidige regelgeving voorzien is. Eveneens worden de "overige projectkosten" (zie sectie 1.2) en de financiële lasten apart behandeld (Hoofdstuk 10).

Bij ontvangst van het ingevulde sjabloon werden een aantal vaste elementen gecontroleerd. De ingevulde eenheden zoals het aantal bedden en/of plaatsen waarvoor het bouwdossier gerealiseerd werd dienden overeen te stemmen met de van VIPA ontvangen informatie. De aangereikte cijfergegevens werden vergeleken met de meegestuurde bouwtechnische evaluatie van VIPA, indien beschikbaar. Deze bouwtechnische evaluatie bevat naast de goedkeuring voor het project ook een overzicht van de geraamde kosten over de verschillende projectfasen, de geraamde omgevings- en afbraakwerken, en de voorziene bebouwde oppervlakte. Het grondplan dat eveneens deel uitmaakte van de gevraagde bijlagen werd ontleed naar de ingevulde netto en bruto oppervlakten en naar de omschrijving van de ruimtes. Omdat apotheek en therapie binnen de psychiatrische ziekenhuizen aparte parameters zijn, werden deze lokalen

641 <https://www.departementwvg.be/vipa/cijfers/bouwindex>

apart gehouden. Indien het bestaan van traphallen suggereerde dat er meerdere bouwlagen waren binnen het bouwproject, werden de plannen van een eventuele kelder en/of zolder extra opgevraagd ter verificatie van ontbrekende en nuttige netto oppervlakten. Opvallende afwijkingen werden extra bevraagd zoals erg hoge ruwbouwkosten (PF1), hoge roerende investeringen (PF4), het ontbreken van omgevingswerken, voorziene kost van een kunstwerk of erelonen (overige projectkosten), ... om de aangereikte data zo uniform mogelijk te maken. Tot slot werden de opgegeven oppervlakten en bouwkosten voor een polikliniek niet opgenomen in de gegevensverwerking.

2.2 Opsplitsing van bouwkosten en oppervlakten per zorggroep, type ruimte en bouwfase

Hoewel aan de ziekenhuizen werd gevraagd om voor de betrokken zorggroepen of ruimtetypes in de bevraging de bouwkosten en m² apart op te geven voor PF1 tot en met PF4, bleek dit niet zo vanzelfsprekend. Indien de opsplitsing op basis van de beschikbare facturen niet mogelijk was, werd uitgegaan van een procentuele verdeling op basis van de aanbestedingsdossiers of op basis van de architectenraming. Voor het onderzoeksteam was de initiële gedetailleerde bevraging echter wel noodzakelijk om tot een uniforme gegevensverwerking te komen, omdat deze uitsplitsing ons toeliet om enkel de relevante ruimten en oppervlakten te fusioneren en te verwerken.

De aangeleverde oppervlakten waren meestal bij de diverse bouwprojecten mooi opgesplitst tussen de verschillende functies zoals verpleegeenheid, vergaderruimtes, therapielokalen, technische ruimte, berging en kleedkamers, maar de totale bouwkost voor ruwbouw, technieken en veelal ook afwerking (PF123) werd regelmatig over die verschillende functies verdeeld pro rata van het aantal m². Dit leidde tot éénzelfde gemiddelde bouwkost per m². Voor roerend materieel (PF4) was vaak wel een opsplitsing van de bouwkost beschikbaar over de diverse ruimten/zorggroepen. De psychiatrische ziekenhuizen gaven zelf aan dat de gedetailleerde opsplitsing naar ruimtes binnen de verpleegeenheid van de betreffende zorggroep onnatuurlijk aanvoelt. Ruimtes zoals onderzoekslokalen, burelen van de sociale werkers en psychologen, verpleegpost, vergaderzalen, kleedkamers, berging, technische ruimte technieken, afdelingskeuken, ... werden dan ook als één geheel binnen de zorggroep opgenomen. Bij de ondersteunende diensten was een gedetailleerde opsplitsing over de diverse lijnen minder relevant daar de betrokken bouwprojecten meestal slechts één, hooguit twee, ondersteunende functies bevatten (bv. een administratief gebouw, een technische dienst met een magazijn, een keuken met een cafetaria).

De polikliniek was een onderdeel van de ziekenhuisfuncties dat wel apart gehouden werd. Indien de overeenstemmende bouwkosten niet apart beschikbaar waren, werden deze op basis van de opgegeven oppervlakte geëxtrapoleerd. Op dezelfde wijze werd bij één van de twee beschikbare bouwprojecten de hoofdapotheek afgezonderd binnen de grondplannen van een bouwproject "ondersteunende diensten".

Enkele bouwprojecten hadden betrekking op meerdere zorggroepen, bijvoorbeeld een aantal bedden volledige hospitalisatie volwassenen en een aantal plaatsen daghospitalisatie volwassenen, of een beddenhuis waarin zowel ouderen als volwassenen deel uitmaakten van de patiëntenpopulatie. Indien hiervoor enkel een totale kostprijs beschikbaar was, werden de overeenstemmende bouwkosten toegewezen aan elke zorggroep op basis van het aandeel van de bedden of plaatsen per zorggroep in het totaal aantal bedden of plaatsen van het bouwproject.

Eén ziekenhuis gaf de jaarlijkse huurlasten van een telefooncentrale op. Deze huurkost werd omgezet naar een investeringswaarde door hem te vermenigvuldigen met de afschrijvingsjaren zoals deze ook aanvaard worden binnen het onderdeel A1 van het BFM. Overige opvallende meerkosten zoals het voorzien van een noodstroomgenerator voor het volledige ziekenhuis of de aanvaarde afschrijvingen van aangekochte prefab

containers die tijdens de werkzaamheden als tijdelijk onderkomen voor de betrokken zorggroep fungeerden, zijn opgenomen onder respectievelijk projectfase 2 en overige projectkosten. Anderzijds zijn een aantal bouwkosten buiten beschouwing gelaten zoals de meerkost voor renovatiewerkzaamheden aan beschermd erfgoed. Die is aangepast door het ontvangen subsidiebedrag van monumentenzorg in mindering te brengen.

Enkele psychiatrische ziekenhuizen gaven aan dat afbraakwerken en grondwerken om het terrein bouwklaar te maken niet uit de ontvangen aannemersfacturen afgesplitst konden worden en inbegrepen zijn in de bouwkost onder projectfase 1. Na overleg met de betrokken ziekenhuizen werd besloten om de geraamde kosten, zoals beschreven in de bouwtechnische evaluatie van VIPA uit projectfase 1 te halen en toe te wijzen aan de categorie overige projectkosten.

Na de aanpassingen zoals hierboven omschreven, zoals het samennemen van ruimtes, het toewijzen van gemeenschappelijke ruimtes aan verschillende doelgroepen, het toekennen van de juiste bouwkostonderdelen aan overige projectkosten, werden de totale verkregen bouwkosten en oppervlakten via kruiscontroles gecheckt met de initiële bezorgde gegevens.

2.3 Allocatie van ruimtes en diensten aan de voorgestelde parameters

Zoals uiteengezet in Hoofdstuk 4, sectie 3.2 stellen we voor om af te stappen van de huidige parameters, verpleegeenheid en dagziekenhuis, en om te werken met nieuwe parameters gebaseerd op zorggroepen. De basis zorggroepen worden als aparte lijnen opgevraagd in het sjabloon: volledige hospitalisatie kind, daghospitalisatie kind, volledige hospitalisatie volwassene, daghospitalisatie volwassene, ouderen, familiaal milieu en intensieve behandeling volwassenen. De parameter “basis plus” werd opgesplitst in diverse deelcomponenten die nu onder projectcontracten vallen zoals forensische K-dienst, dubbeldiagnose en forensische psychiatrie (low, medium en high risk), geïntensifieerde ID en HIC diensten, en de mobiele teams. Indien bepaalde ruimtes na ingebruikname, door middel van bevroering of upgrade van bedden, veranderen van een bepaalde zorggroep naar bijvoorbeeld mobiele teams, werden de overeenstemmende kosten en oppervlakten herbestemd.

Tabel 30 geeft een overzicht van het aantal eenheden per parameter en het totaal aantal bouwdoSSIers dat opgenomen is in de bevraging. Voor de meeste parameters beschikken we over informatie van meerdere bouwprojecten. Er zijn echter te weinig diverse bouwdoSSIers om de complexiteit van de parameter basis plus voldoende weer te geven.

Tabel 30 Aantal beschikbare bouwdoosiers en eenheden per parameter ter berekening van de resultaten

Nieuwe parameters	Aantal eenheden ¹	Aantal bouwdoosiers ²
Basis volledige hospitalisatie kind	70	2
Basis daghospitalisatie kind	35	2
Basis volledige hospitalisatie volwassene	464	7
Basis daghospitalisatie volwassene	74	3
Basis hospitalisatie ouderen	55	2
Basis hospitalisatie familiaal milieu	0	0
Intensieve behandeling volwassenen	xx ³	1
Basis plus: For-K	15	2
Basis plus: Forensisch en dubbeldiagnose	113	3
Basis plus: ID / HIC	0	0
Basis plus: Mobiele teams	152	2
Apotheek	605	2
Therapie	364	2
Ondersteunende diensten	/	6

1 Voor de definitie van de eenheid, verwijzen we naar Tabel 8 in Hoofdstuk 4. In het aantal eenheden in deze tabel zijn geen gedwongen opnames opgenomen. De aantallen zijn samengesteld uit verschillende jaren, omdat we het aantal eenheden geven waarvoor er gebouwd werd, exclusief bevroren bedden indien van toepassing.

2 Bouwdoosiers van 11 psychiatrische ziekenhuizen waarbij per bouwdoosier gegevens voor één of meerdere parameters beschikbaar zijn.

3 Om de anonimiteit van het betrokken ziekenhuis te waarborgen, is het niet mogelijk om het aantal eenheden te publiceren.

We beschouwen therapie bij de psychiatrische ziekenhuizen als een aparte bijkomende parameter. Hiertoe maken we een onderscheid tussen de therapieruimten die horen bij de verpleegeenheden en de specifieke therapiegebouwen op de ziekenhuiscampus. De invulling van de therapieruimtes op de verpleegeenheid varieert van therapieruimte naar bezoekersruimte, ontspanningsruimte, gesprekslokaal of extra leefruimte, afhankelijk van de noden. De specifieke therapiegebouwen van de ziekenhuiscampus omvatten zowel arbeidstherapie, kooktherapie, psychomotorische therapie, creatieve therapie, ... en vereisen een meer gerichte invulling van infrastructuur zoals werkmateriaal, kookeiland en werkbladen, specifieke vloerbekleding en toestellen, eventueel zone om schilders- of boetseermaterialen af te werken of uit te wassen. Bovendien worden die therapiegebouwen gebruikt voor de volledige patiëntenpopulatie.⁶⁴² Na overleg met de betrokken ziekenhuizen en de expertgroep werd de keuze gemaakt om de therapieruimten horend bij de verpleegeenheden toe te wijzen aan de parameter voor de overeenstemmende zorggroep en de bouwdoosiers met betrekking tot aparte therapiegebouwen toe te wijzen aan de parameter therapie.

642 De afdelingen kinderpsychiatrie en forensische psychiatrie vormen hierop een uitzondering. Aansluitend bij de regelgeving, veronderstellen we dat deze uitsluitend gebruik maken van de voorziene therapieruimten van de eigen afdeling.

Bij de algemene ziekenhuizen hebben we voorgesteld om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Dit was mogelijk doordat er uitsluitend met bouwkosten en oppervlaktes van volledige nieuwbouwziekenhuizen gerekend wordt. Voor de psychiatrische ziekenhuizen bevatten de bouwdoSSIers diverse ondersteunende diensten. Concreet hebben we gegevens voor 2 onthaalgebouwen, 2 administratieve gebouwen, 1 keuken met cafetaria, 1 centraal magazijn, 2 technische diensten en 1 verpleegondersteunende dienst. Deze mix laat ons weliswaar toe om één gewogen gemiddelde bouwkost per m² te berekenen voor de parameter ondersteunende diensten, maar het bepalen van bijhorend ruimtegebruik is minder evident. We zullen daarop dieper ingaan in sectie 4.

Tabel 31 toont voor de psychiatrische ziekenhuizen hoe de ruimten en diensten opgevraagd in het sjabloon, toegewezen werden aan de verschillende parameters. Deze tabel is het equivalent van Tabel 10 voor de algemene ziekenhuizen.

Tabel 31 Toewijzing van ruimtes en functies aan parameters

Functie/ruimte uit sjabloon ¹	Detail	Parameter huidig
Verpleging		
Kind: volledige hospitalisatie	Kenletters K, Kn	Basis volledige hospitalisatie kind
Kind: daghospitalisatie	Kenletter Kd	Basis daghospitalisatie kind
Volw: volledige hospitalisatie	Kenletters A, An, T, Tn	Basis volledige hospitalisatie volwassene
Volw: daghospitalisatie	Kenletter Ad	Basis daghospitalisatie volwassene
Ouderen: hospitalisatie	Kenletters Sp, Tg	Basis hospitalisatie ouderen
Volw: intensieve behandeling	Kenletter IB	Intensieve behandeling volwassenen
For-K	Geïnterneerde kinderen en jongeren	Basis plus (forensische K)
For medium risk	Geïnterneerde patiënten, categorie 'medium risk'	Basis plus (dubbeldiagnose en forensisch)
Dubbeldiagnose	Combinatie van psychiatrische met mentaal verstandelijke problematiek	Basis plus (dubbeldiagnose en forensisch)
Mobiele teams	Ambulante behandeling in het thuismilieu van de patiënt voor zowel personen met een acute als chronische psychiatrische problematiek	Basis plus (mobiele teams)
Onderzoek en behandeling		
Consultatieruimtes	Raadpleging, polikliniek, gelinkt aan ambulante patiënten	Ambulant
Verpleeg ondersteunende diensten ²	Lokalen voor gesprekken met huisarts, kinesist, psycholoog, psychiater, sociaal assistent voor gehospitaliseerde patiënten	Ondersteunende diensten
Therapieruimtes ²	Functionele readaptatie, psychomotorische, crea-, ergo-, kook-, ontspanningstherapie, therapietuinen	Therapie
Comfortrooms	Relaxatiekamers	Betreffende zorggroep
Rooming-in	Kamers voorzien op overnachting van familielid of vertrouwenspersoon	Betreffende zorggroep
Ondersteunende functies		
Apotheek	Zowel apotheek productie als apotheek distributie	Apotheek
Bezoekersruimte	Afgescheiden ontmoetingsruimte voor bezoek van familie, ...	Betreffende zorggroep
Inschrijving en onthaal	Inkomhal, inschrijvingen en onthaal	Ondersteunende diensten
Vergaderruimte ²	Vergaderruimte	Ondersteunende diensten
Administratie en archief ²	Administratie, medische archieven	Ondersteunende diensten

Bestuur en directie	Bestuur en directie	Ondersteunende diensten
Centraal magazijn	Centraal magazijn	Ondersteunende diensten
Facilitaire / Technische dienst en ruimte ²	Informatica, ruimte voor IT, hardware, energie, etc.	Ondersteunende diensten
Wasserij	Wasserij	Ondersteunende diensten
Kleedruimtes ²	Kleedkamers	Ondersteunende diensten
Voeding	Centrale keuken, restaurant, cafetaria (patiënten, personeel, bezoekers) en internaat personeel.	Ondersteunende diensten

1 Lijnen die opgenomen waren in het sjabloon maar geen gegevens genereerden zijn weggelaten in de tabel. Lokalen die vervat zitten in de afdeling en uitsluitend diensten verlenen voor de betreffende zorggroep worden meegenomen onder de verpleegeenheid van deze zorggroep.

2.4 Berekeningswijze van het ruimtegebruik

Het ruimtegebruik wordt voor elke parameter berekend als het quotiënt van de totale som van de netto oppervlakten over de totale som van de overeenstemmende eenheden. We hebben dus informatie nodig over de netto m² ⁶⁴³ en over het aantal eenheden waarvoor het bouwproject gerealiseerd is. Gezien het beperkt aantal bouwdoSSIers per parameter bestaat ook hier het risico op over- en/of onderschatting indien er een bouwdoSSier bij de beschikbare data opgenomen is met een uitzonderlijk hoge of lage bebouwde oppervlakte.

Indien na ingebruikname een aantal bedden en/of plaatsen bevroren werden om een zorggroep te creëren binnen de parameter basis plus, werd de overeenstemmende oppervlakte afgezonderd en toegewezen (overgedragen) aan deze zorggroep binnen basis plus. De resterende oppervlakte (d.w.z. de oorspronkelijke oppervlakte minus de overgedragen oppervlakte) werd gedeeld door het initiële aantal bedden minus de bevroren bedden. Om het ruimtegebruik te bepalen van de zorggroep binnen basis plus, werd de overgedragen oppervlakte gedeeld door het aantal bevroren bedden. Deze werkwijze is toegepast voor het subonderdeel mobiele teams.

2.5 Vergelijkingsbasis in het huidige systeem

Het is nuttig om onze bevindingen over bouwkosten en ruimtegebruik te vergelijken met de bouwkosten en oppervlakten die aan de basis liggen van de berekening van de huidige strategische forfaits. Tabel 32 herneemt grotendeels Tabel 2 uit Hoofdstuk 5, aangepast voor de psychiatrische ziekenhuizen. De laatste twee kolommen kunnen gebruikt worden als vergelijkingsbasis voor de resultaten in de volgende secties.

643 Voor de motivering van deze keuze wordt verwezen naar Hoofdstuk 5, sectie 2.4.

Tabel 32 Vergelijkingsbasis resultaten psychiatrische ziekenhuizen voor ruimtebehoefte en bouwkost op basis van huidige forfaits

Parameter	Ruimtebehoefte (m ² /eenheid)	Bouwkost (€/m ²) (2007, excl. BTW)	Ruimtebehoefte (m ² /eenheid) Vergelijkingsbasis	Bouwkost (€/m ²) Vergelijkingsbasis (2017 en incl. BTW)
Verpleegeenheid	87,5 ¹	1.685 ²	46 ³	2.540,59
Dagziekenhuis	87,5 ¹	1.685 ²	46 ³	2.540,59
Ondersteunend (OD)	In andere parameters	In andere parameters	Zie toelichting OD	Zie toelichting OD
Toelichting (OD)				
Apotheek	2	1.600	2	2.139,45
Consultaties ⁴	11	1.600	11	2.139,45
Andere OD ⁵	28,5	1.378,95	28,5	1.843,87

1 - De huidige regelgeving voorziet voor de psychiatrische, Sp-diensten (en PVT) 87,5 m² per erkend bed en/of plaats⁶⁴⁴.

2 - De bedragen in de derde kolom zijn een gewogen gemiddelde van de prijs voor ondersteunende diensten en de prijs voor de ruimte voor bedden/plaatsen. Uit het Advies NRZV 2007 kennen we de kost van iedere component apart en deze is weergegeven in de laatste kolom. Zo is de basisprijs voor de bedden/plaatsen € 1.900 en voor apotheek € 1.600 wat geïndexeerd met de VIPA bouwindex en inclusief 21% BTW de getallen in de laatste kolom oplevert. De bedragen zijn berekend zonder de omslag.

3 - Dit is enkel de ruimtebehoefte voor het bed/plaats (46 m²).

4 - Bij de psychiatrische ziekenhuizen beschouwd als bijkomende gesprekslokalen en onderzoekslokalen van psychiater, psycholoog, huisarts, kinesist, sociaal assistent, ten dienste van de behandelde patiënten, niet verbonden aan een specifieke afdeling, (verpleegondersteunende diensten) die niet aanzien worden als polikliniek.

5 - Andere OD = kostenplaatsen 020-120 (inclusief keuken en internaat). De resultaten in de tabel zijn een som (voor de ruimtebehoefte) en gewogen gemiddelde (voor de kosten) van de aparte bedragen onder deze categorie uit het Advies NRZV 2007 (22,5 m² kostenplaatsen 020-120 (exclusief 070, 080); 2,5 m² kostenplaats 070 (keuken); 3,5 m² (internaat)). Omdat een berekening van het ruimtegebruik bij de ondersteunende diensten ontbreekt, kan dit niet naast de vergelijkingsbasis gelegd worden.

3 Resultaten bouwkost per m²

We geven eerst een overzicht van de basisgegevens voor de berekeningen, gedifferentieerd per parameter (sectie 3.1). Vervolgens worden de resultaten besproken van de basis zorggroepen (sectie 3.2), de basis plus (sectie 3.3) en de overige parameters zoals apotheek, therapie en ondersteunende diensten (sectie 3.4). We tonen steeds aparte resultaten voor projectfases 123 en projectfase 4. De resultaten voor het ruimtegebruik worden besproken in sectie 4.

3.1 Basisgegevens

De basisgegevens voor de berekening van de resultaten (de totale kosten voor ruwbouw, technieken en inrichting (PF123), de roerende investeringen (PF4) en de netto oppervlakte in m²) worden samengevat in Tabel 33.⁶⁴⁵

644 Advies NRZV 2007, waarbij aantal m² gebaseerd is op een verhouding van 50% bedden in éénpersoonskamers en 50% in meerpersoonskamers, met uitzondering van de medisch-technische diensten.

645 In ieder bouwproject waarbij een polikliniek mee onderdeel uitmaakte van het geheel werden de overeenstemmende bouwkosten en netto oppervlakte verwijderd uit de basisgegevens.

Tabel 33 Totale bouwkosten PF123, totale bouwcost PF4 (in euro) en totale netto oppervlakte (m²)

Parameter	Totale kost PF123	Totale kost PF4	Totale oppervlakte
Basis volledige hospitalisatie kind	16.072.302	1.415.627	5.579
Basis daghospitalisatie kind	6.203.328	595.935	2.128
Basis volledige hospitalisatie volwassene	63.533.138	3.610.251	27.276
Basis daghospitalisatie volwassene	5.223.283	362.903	2.432
Basis hospitalisatie ouderen	7.982.810	326.521	3.283
Basis hospitalisatie familiaal milieu			
Intensieve behandeling volwassenen ¹	x.xxx.xxx	xxx.xxx	x.xxx
Basis plus: For-K	2.118.662	92.508	804
Basis plus: Dubbeldiagnose en forensisch	20.137.008	479.095	9.296
Basis plus: ID / HIC			
Basis plus: Mobiele teams	2.818.522	262.030	1.166
Apotheek	716.238	60.686	312
Therapie	3.242.151	372.273	2.007
Ondersteunende diensten	26.786.080	3.046.576	12.765

1 Om de anonimiteit van het betrokken ziekenhuis te waarborgen, is het niet mogelijk om de gebruikte basisgegevens zoals de totale bouwcost en de totale oppervlakte te publiceren.

De informatie over de ondersteunende diensten werd samengesteld uit zes verschillende bouwdoSSIERS met een diverse invulling voor een steeds verschillende patiëntenpopulatie. Door het ontbreken van volledige nieuwbouwprojecten, missen we het geheel aan bouwcosten en oppervlakten voor de diverse onderdelen. In sectie 4 wordt meer in detail besproken dat we als gevolg daarvan het ruimtegebruik voor de ondersteunende diensten niet op een relevante wijze kunnen berekenen. We houden daarom ook in deze sectie de bijhorende costen apart en wijzen ze niet toe aan de parameters. De verkregen bouwcost per m² kan eventueel wel behouden blijven en gekoppeld worden aan het ruimtegebruik bij de algemene ziekenhuizen, zoals dat met de nieuwe parameters werd berekend. Er zijn namelijk weinig redenen om aan te nemen dat de invulling van de ondersteunende diensten tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen verschilt, zeker omdat de specifieke zorgondersteunende diensten zoals spoeddienst, centrale sterilisatieafdeling, laboratorium, medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde bij de algemene ziekenhuizen als aparte parameters behandeld worden. Een mogelijk alternatief is om het ruimtegebruik zoals berekend voor het instandhoudingsforfait ook toe te passen bij het strategisch forfait.

Enkele kanttekeningen zijn belangrijk voor een correcte interpretatie van de resultaten.

Ten eerste stellen we het aantal gedwongen opnames voor als variabele eenheid voor de psychiatrische ziekenhuizen (zie Hoofdstuk 4). De grotere infrastructurele noden die samenhangen met gedwongen opnames komen echter niet volledig tot uiting in onze resultaten. Een erkenning voor gedwongen opnames vereist namelijk aanpassingen aan de infrastructuur, zowel onafhankelijk als afhankelijk aan het aantal gedwongen opnames. Zo is het noodzakelijk om over een aparte toegang te beschikken voor de hulpdiensten met hieraan gekoppeld vrije afzonderingsruimtes, continu vrije beschikbare plaatsen te hebben voor crisisopvang en extra vergaderlokalen voor overleg met justitie. Bovendien verhoogt de nood

aan extra comfortrooms en afzonderingskamers die ingericht zijn met specifieke beveiligingstechnieken en agressie verlagende materialen, rekening houdend met de richtlijnen van suïcidepreventie. Daar bovenop komen nog extra rooming-in ruimten, alsook extra leefruimtes om het gevoel van crowding te voorkomen. Het lijkt dan ook opportuun om een verhogingscoëfficiënt te voorzien voor deze extra infrastructuurnoden indien het ziekenhuis zich engageert om gedwongen opnames te aanvaarden.⁶⁴⁶ We hebben getracht om het verband te bevragen tussen het aantal simultane gedwongen opnames en de bijhorende extra benodigde ruimtebehoefte maar de complexiteit in de antwoorden laat ons niet toe om een éénduidig antwoord te geven. Verder onderzoek is nodig om de extra infrastructurele ruimte voor de ziekenhuizen die gedwongen opnames doen, in te schatten. Tot slot dienen deze infrastructuurnoden uitgebreid te worden naar de nieuwe intensieve zorgvormen ID en HIC die momenteel enkel gefinancierd worden voor de personeelsondersteuning maar die ook substantiële aanpassingen vergen aan de infrastructuur.

Ten tweede geeft de tabel geen overzicht van de “overige projectkosten”, waarvan de invulling besproken werd in sectie 1.2. In de huidige regelgeving voor de berekening van het strategisch forfait wordt bovenop de bouwkosten (PF123, incl. BTW) een eerste toeslag gegeven van 20% voor de kosten boven bouwplafond en een bijkomende toeslag van 10% voor de algemene kosten, wat uitmondt in een totaal supplement van 32%. Het hoger percentage van 20% omvatte naast de gekende onderdelen voor alle ziekenhuizen (afbraakwerken, omgevingswerken, parking en buitengewone uitgaven), specifiek voor de psychiatrische ziekenhuizen eveneens de sportinfrastructuur, infrastructuur voor spoedgevallen inclusief de infrastructuur nodig voor de gepaard gaande activiteiten van klinische biologie en een lokaal waarbinnen onderzoeken met een RX-apparaat kunnen gebeuren, dienst voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten en de forensische psychiatrie.⁶⁴⁷ Als we de totale som aan overige projectkosten in onze gegevens afzetten tegen de totale onroerende bouwkost PF123, krijgen we een gewogen gemiddeld percentage van 22,06%. Dit ligt hoger dan bij de algemene ziekenhuizen (17,59%) maar toch merkbaar lager dan wat voorzien wordt in de huidige regelgeving.

Dit kan door drie elementen verklaard worden:

- De bouw dossiers betreffen nieuwbouw en herconditionerings- of uitbreidingsprojecten op een bestaande ziekenhuiscampus. We kunnen dus veronderstellen dat de kosten voor aanleg van wegen, parkeergelegenheden, nutsvoorzieningen en dergelijke beperkt waren omdat er reeds bestaande infrastructuur aanwezig is.
- Er zijn geen bouw dossiers opgenomen met een eigen volwaardige sporthal. De keuze ligt bij de beleidsmakers om dit te financieren binnen de procentuele toeslag “marge boven bouwplafond” óf op te nemen onder de parameter therapie, waarbij dan de bijhorende bouwkost per m² én het ruimtegebruik per eenheid dient onderzocht te worden.
- Bij de beperkte projecten waarbij er bouwkosten gerapporteerd zijn voor een inrijstrook en bijhorende ruimtes voor de hulpdiensten, of bouw dossiers voor intensieve behandeling of forensische psychiatrie, zijn deze bouwkosten opgenomen onder de totale kosten (PF1234).

We hebben alle berekeningen uitgevoerd op basis van de netto oppervlakte. Deze is af te lezen in de laatste kolom van Tabel 33. De verhouding bruto op netto oppervlakte varieerde tussen de 107% en de 123% met

646 Zie ook sectie 1.1 in Hoofdstuk 8 voor een mogelijke alternatieve berekeningswijze die onderzocht werd.

647 Ministerieel besluit van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst

een gewogen gemiddelde van 113,4%. Dit stemt overeen met de bevindingen voor de algemene ziekenhuizen.

3.2 Bouwkost per m² voor de basis zorggroepen

De schattingen van de gewogen gemiddelde⁶⁴⁸ bouwkost per m² voor de basis zorggroepen worden getoond in Tabel 34. Zoals in Hoofdstuk 5 splitsen we de bouwkost op over de onroerende (PF123) en de roerende investeringen (PF4).

Tabel 34 Basis zorggroepen: bouwkost per m² (in euro)

Parameter: Basis Zorggroepen	PF123	PF4	PF1234	PF1234/PF123
Volledige hospitalisatie kind	2.881	254	3.134	108,81
Daghospitalisatie kind	2.916	280	3.196	109,61
Volledige hospitalisatie volwassene	2.329	132	2.461	105,68
Daghospitalisatie volwassene	2.147	149	2.296	106,95
Hospitalisatie ouderen	2.432	99	2.531	104,09
Hospitalisatie familiaal milieu				
Intensieve behandeling volwassenen	2.670	85	2.755	103,19

De infrastructuur voor kinderen- en jongerenpsychiatrie is aanzienlijk duurder dan die voor de overige zorggroepen, en dat zowel voor volledige als voor daghospitalisatie.⁶⁴⁹ Daarna volgen intensieve behandeling volwassenen, ouderenhospitalisatie en volledige hospitalisatie volwassenen. Daghospitalisatie volwassenen heeft de laagste bouwkost binnen de basis zorggroepen.

Het aandeel van de roerende investeringen (PF4) in de totale onroerende bouwkost (PF123) ligt veel lager dan bij de algemene ziekenhuizen met een percentage tussen de 3,2% en de 9,6%. Het algemene percentage over alle geanalyseerde bouwdoosiers en parameters heen bedraagt 6,8%. Dit relatief lage aandeel kan deels verklaard worden doordat de betrokken zorggroepen verhuisd zijn van bestaande, vaak af te breken, gebouwen naar een nieuwe afdeling, waarbij een deel van het meubilair of materiaal verplaatst is. Bovendien bestaan de roerende investeringen bij de psychiatrische ziekenhuizen bijna uitsluitend uit niet-medisch materiaal, terwijl bij de algemene ziekenhuizen het grootste deel binnen PF4 medisch materiaal betreft (Hoofdstuk 6). Dat laatste verantwoordt binnen de huidige regelgeving het grote verschil in tussenkomst in roerende investeringen met 20% toeslag voor de algemene en 8% toeslag voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Vergelijken we de resultaten in Tabel 34 met de berekende actualisatie van het huidige subsidiëringssysteem in Tabel 32 dan blijken deze niet ver af te wijken voor volledige hospitalisatie

648 De bespreking van de keuze voor gewogen gemiddelde, met bijhorende argumentatie en voor- en nadelen wordt toegelicht in Hoofdstuk 5, sectie 3.2.

649 Het is enigszins verrassend dat de bouwkost per m² iets hoger ligt voor daghospitalisatie kinderen dan voor volledige hospitalisatie kinderen. Deze schattingen zijn gebaseerd op slechts twee bouwprojecten waarbij één project een duidelijk hogere bouwkost per m² heeft dan het andere, en tegelijkertijd een veel groter aandeel in het aantal plaatsen daghospitalisatie.

volwassenen en ouderenhospitalisatie. Hierbij zijn in de voorgestelde resultaten de bouwkosten van gesprekslokalen⁶⁵⁰ en therapielokalen verbonden aan de verpleegafdeling van de zorggroep mee opgenomen. Voor de kinderpsychiatrie en de intensieve behandeling van volwassenen liggen onze geschatte bouwkosten aanzienlijk hoger dan de vergelijkingsbasis in het huidige systeem. In elk geval lijken de grote verschillen in bouwkost per m² binnen de basis zorggroepen onze keuze te ondersteunen voor een benadering waarin de huidige parameters verpleegeenheden en dagziekenhuis verlaten worden en vervangen worden door een uitgebreide set aan zorggroepen.

3.3 Bouwkost per m² voor de basis plus zorggroep

De tweede categorie waarvoor we de resultaten bespreken is de parameter “basis plus”. Tabel 35 geeft een overzicht van de bouwkost per m², opnieuw uitgesplitst over de onroerende (PF123) en de roerende investeringen (PF4).

Tabel 35 Basis plus zorggroep: bouwkost per m² (in euro)

Parameter: Zorggroep basis plus	PF123	PF4	PF1234	PF1234/PF123
Basis plus (alles)	2.226	74	2.300	103,32
Basis plus: Forensische K	2.636	115	2.751	104,37
Basis plus: Dubbeldiagnose en forensisch	2.166	52	2.218	102,38
Basis plus: ID / HIC				
Basis plus: Mobiele teams	2.418	225	2.643	109,30
Basis plus (exclusief mobiele teams)	2.204	56	2.260	102,57

Ook hier moeten de resultaten zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat ze slechts berusten op een beperkt aantal dossiers. Voor de forensische kinderpsychiatrie ligt de bouwkost lager dan voor de zorggroep basis hospitalisatie kinderen. Het duurdere bouwproject binnen deze laatste zorggroep had geen For-K-bedden waardoor het geen invloed had op de bouwkost per m².

Bij de subgroep dubbeldiagnose en forensisch lijkt de gemiddelde bouwkost, gebaseerd op drie projecten, eveneens laag te zijn. Een bouwproject werd gekenmerkt door een erg snelle opbouw wat de kosten drukte. Een ander dossier betrof een grote afdeling met een groot aantal leefgroepen waardoor schaalvoordelen de lagere bouwkost kunnen verklaren. Bovendien is de architectuur erg sober uitgewerkt en werd gebruikt gemaakt van een binnentuin wat kosten aan bijvoorbeeld omheining vermijdt. Het derde bouwproject is nog niet gerealiseerd waardoor de opgegeven bouwkosten niet definitief zijn.

Vergelijken we de bouwkost per m² voor het onderdeel mobiele teams met de basis zorggroepen dan situeert de component PF123 zich tussen basis hospitalisatie volwassenen en hospitalisatie ouderen. Intuïtief lijken deze resultaten moeilijk te verdedigen. Ze worden echter verklaard door de methodiek van de gegevensverwerking. Onze schatting van de gemiddelde bouwkost per m² voor de mobiele teams wordt immers bepaald door de bouwdoosjes die na ingebruikname bedden hebben omgezet in bevroren bedden.

650 In het advies van de NRZV 2007 bestaat de gewogen gemiddelde bouwkost van € 1.685 uit meerdere componenten. Voor de verpleegeenheid wordt een bouwkost van € 1.900 genomen, voor consultatieruimtes € 1.600. In de vergelijkingstabel wordt enkel rekening gehouden met de bouwkost voor de verpleegeenheid.

De gelijkenis met de basis zorggroepen is dus begrijpelijk, maar strookt niet met het nieuwe doel van deze infrastructuur. We suggereren daarom de mogelijkheid om de gemiddelde bouwkost per m² van de ondersteunende diensten over te nemen voor het onderdeel mobiele teams binnen de parameter basis plus. Met de nood aan (landschaps-) bureaus, vergaderzalen, lokalen voor consultaties via beeldbellen, lijken de infrastructurele noden immers gelijkaardig aan deze van de ondersteunende diensten.

De verscheidenheid binnen de parameter basis plus, het ontbreken van bouwdoSSIERS voor onder andere geïntensifieerde ID en HIC werking die eveneens infrastructuuraanpassingen vergen en de realiteit dat de bekomen resultaten van de subonderdelen niet in lijn liggen met de verwachtingen, doen de vraag rijzen of het wenselijk is om de resultaten voor basis plus om te vormen tot één bedrag. Voor de volledigheid is dit berekend en zou de gemiddelde bouwkost per m² voor PF123, exclusief de resultaten voor de mobiele teams, 2.204 euro bedragen.

3.4 Bouwkost per m² voor apotheek, therapie en ondersteunende diensten

Tenslotte toont Tabel 36 de gemiddelde bouwkost per m² voor de bijkomende parameters apotheek en therapie en voor de ondersteunende diensten.

Tabel 36 Overige parameters: bouwkost per m² (in euro)

Parameter	PF123	PF4	PF1234	PF1234/PF123
Apotheek	2.294	194	2.488	109,19
Therapie ¹	1.616	185	1.801	111,48
Ondersteunende diensten	2.098	239	2.337	111,37

1 Therapiegebouwen die niet inbegrepen zijn in de verpleegeenheid van de zorggroepen

De gemiddelde bouwkost per m² (PF123) voor de parameter apotheek is meer dan 25% lager dan bij de algemene ziekenhuizen. Om hiervoor een sluitende verklaring te vinden zouden de bouwdoSSIERS voor apotheek meer in detail moeten onderzocht worden, wat buiten het (tijds)bestek van deze studie viel.

Zoals beschreven in sectie 2.3 hebben we voor de parameter therapie enkel de bouwdoSSIERS behouden die een nieuw therapiegebouw omvatten en dus niet verbonden zijn aan één specifieke afdeling of zorggroep. De resulterende bouwkost per m² is de laagste voor alle parameters. Met twee projecten is de vertegenwoordiging en de diversiteit binnen deze parameter echter beperkt. Zo hadden we bijvoorbeeld geen bouwdoSSIER waarin een sporthal was opgenomen.

De ondersteunende diensten zijn samengesteld vanuit een divers aantal bouwdoSSIERS (zie sectie 2.3). De gewogen gemiddelde bouwkost per m² lijkt echter toch een betrouwbaar resultaat te geven. Hij ligt ook in de lijn van de corresponderende bouwkost bij de algemene ziekenhuizen (PF123) voor een gelijkaardige invulling. Dit ondersteunt ons voorstel in sectie 3.3 om deze gemiddelde bouwkost per m² als uitgangspunt te nemen voor de behandeling van de mobiele teams.

Het aandeel van de uitgaven voor roerende investeringen (PF4) ligt zowel voor apotheek, therapie als ondersteunende diensten opmerkelijk hoger dan bij de zorggroepen. De gemiddelde waarde ervan ligt met 11,3% ruim boven de huidige voorziene toeslag van 8%. Net als bij de algemene ziekenhuizen zou een diversifiëring per parameter in de toeslag voor materieel kunnen overwogen worden.

4 Resultaten ruimtegebruik

Deling van de totale netto oppervlakte door het aantal eenheden per parameter resulteert in het gewogen gemiddelde ruimtegebruik. Tabel 37 geeft een overzicht per parameter. Voor een vergelijking van deze resultaten met de huidige regelgeving (zie Tabel 32) moet er rekening mee gehouden worden dat deze laatste uitgaat van een verhouding 50% éénpersoonskamers-50% meerpersoonskamers. De verdeling over alle verwerkte bouwdoSSIers van de psychiatrische ziekenhuizen wijkt hier sterk van af met 95% éénpersoonskamers en slechts 5% tweepersoonskamers⁶⁵¹.

Wanneer we basis plus buiten beschouwing laten, vinden we het hoogste ruimtegebruik voor de zorggroepen intensieve behandeling volwassenen en volledige hospitalisatie kinderen. Dit resultaat kan verklaard worden doordat voornamelijk deze zorggroepen ingedeeld zijn in kleine leefgroepen, met elk eigen ontspanningsruimten, verpleegposten, gespreksruimten, leefkeuken en woonkamer. Bovendien zijn voor de kinderpsychiatrie de therapieruimten inbegrepen in het ruimtegebruik voor de zorggroep aangezien hun verblijf en behandeling volledig gescheiden dienen te zijn van de faciliteiten en infrastructuur van de overige zorggroepen. Dat kan mede het verschil in ruimtegebruik verklaren tussen daghospitalisatie volwassenen en daghospitalisatie kinderen.

In de vergelijkingstabel (Tabel 32) wordt er slechts 46 m² voorzien voor de parameter verpleegeenheid. In deze studie worden voor de psychiatrische ziekenhuizen de burelen van onder andere de psychiaters, psychologen, verpleging en sociaal assistenten mee opgenomen in de oppervlakte van de verpleegeenheid van de zorggroep.

651 Meer inzichten in de infrastructurele aanpassingen (bv. eenpersoonskamers) ter bevordering van het behandelingsproces kunnen nagelezen worden in Bijlage II.

Tabel 37 Ruimtegebruik per parameter (in m²)

Parameter	Ruimtegebruik
Volledige hospitalisatie kind	79,71
Daghospitalisatie kind	60,79
Volledige hospitalisatie volwassene	58,78
Daghospitalisatie volwassene	32,87
Hospitalisatie ouderen	59,69
Hospitalisatie familiaal milieu	
Intensieve behandeling volwassenen	85,22
Basis plus: Forensische K	53,59
Basis plus: Dubbeldiagnose en forensisch	82,27
Basis plus: ID / HIC	
Basis plus: Mobiele teams	7,67
Basis plus (alles)	40,23
Apotheek	0,52
Therapie	5,51
Ondersteunende diensten	

De resultaten voor de parameter basis plus moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Het beperkte aandeel For-K bedden in het totaal aantal bedden en/of plaatsen van een K-dienst maakt het toewijzen van bijhorende oppervlakten van gemeenschappelijke delen inderdaad vrij arbitrair. Dit zou het beperkte ruimtegebruik kunnen verklaren. Voor de patiëntengroep dubbeldiagnose en forensisch blijkt het ruimtegebruik overeen te stemmen met deze van de intensieve behandeling volwassenen. Het ruimtegebruik voor de mobiele teams per bevroren bed/plaats wordt geschat op 7,67 m².

De resultaten voor de parameter apotheek zijn drie keer lager dan bij de algemene ziekenhuizen⁶⁵². Bij de interpretatie van het ruimtegebruik onder parameter therapie moet er rekening mee gehouden worden dat dit niet de therapieruimte voor de kinderpsychiatrie, noch voor de forensische psychiatrie omvat, aangezien deze zorggroepen uitsluitend gebruik maken van therapieruimten op de verpleegeenheid van de zorggroep. Vermits in onze data geen informatie beschikbaar is over een sporthal, zijn de mogelijke uitgaven daarvoor ook niet opgenomen in de resultaten. Indien toekomstige bouwprojecten binnen de psychiatrische ziekenhuizen een volwaardige sportzaal zouden bevatten, dient de benodigde ruimte per eenheid nog onderzocht te worden.

We hebben het ruimtegebruik enkel kunnen berekenen voor de parameters waarvoor er bijhorende eenheden beschikbaar zijn, met name voor de zorggroepen, voor apotheek en voor therapie. Om redenen die hierboven reeds werden beschreven kon voor de ondersteunende diensten het ruimtegebruik niet op

652 Het ruimtegebruik is wel vergelijkbaar met het ruimtegebruik voor de parameter apotheek in het instandhoudingsforfait (zie Tabel 48 in Hoofdstuk 8).

een relevante manier berekend worden. Voor sommige ondersteunende diensten is er in onze gegevens geen informatie beschikbaar. Bovendien zijn de eenheden per beschikbare ondersteunende dienst steeds verschillend. Omdat we het ruimtegebruik voor de ondersteunende diensten niet kunnen berekenen, hebben we in sectie 3.1 reeds voorgesteld om de bouwkost per m² voor de ondersteunende diensten te koppelen aan het ruimtegebruik van de ondersteunende diensten bij de algemene ziekenhuizen.

5 Besluit

In dit hoofdstuk werd beschreven op welke wijze de gegevens van 11 deelnemende ziekenhuizen met minstens één of meerdere bouwdoSSIers nuttig kunnen zijn voor de berekening van het strategisch forfait bij de psychiatrische ziekenhuizen. Hierbij gingen we uit van de parameters die voorgesteld werden in Hoofdstuk 4. De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat:

1. De gemiddelde bouwkosten per m² zijn erg uiteenlopend voor de verschillende zorggroepen. Voor de basiszorggroepen liggen onze schattingen in de lijn van de verwachtingen en illustreren ze de wenselijkheid van gedifferentieerde parameters ter vervanging van de huidige parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Door de verscheidenheid binnen de basis plus zorggroep, en het beperkt aantal bouwdoSSIers, lijkt de optie van één gemiddelde bouwkost voor deze zorggroep minder wenselijk. Een alternatief kan zijn om de resultaten van de meest aanleunende zorggroep over te nemen. Voor de mobiele teams zou dit de ondersteunende diensten kunnen zijn, voor de forensische kinderafdeling de zorggroep basis hospitalisatie kinderen en voor de ID / HIC werking de zorggroep intensieve behandeling volwassenen.
2. We hebben ook voorlopige schattingen getoond voor het ruimtegebruik dat samenhangt met de verschillende parameters. Zoals in al onze andere analyses van het ruimtegebruik, weerspiegelen ook deze schattingen wel de huidige maar daarom niet noodzakelijk de gewenste (conform de ruimtebehoefte) m². Deze relativering geldt bijvoorbeeld zeker voor de gedwongen opnames. Bovendien is verder onderzoek nodig om de ruimtebehoefte te bepalen die overeenkomen met de door ons voorgestelde nieuwe eenheden, voornamelijk binnen de basis plus en voor de ondersteunende diensten.
3. We hebben voorgesteld om de ondersteunende diensten als aparte parameter te behandelen omdat we wegens het ontbreken van volledige nieuwbouwdoSSIers geen overeenstemmend ruimtegebruik konden berekenen, noch een voorstel konden doen voor toewijzing aan de gedifferentieerde zorggroepen. We suggereren wel om de door ons geschatte bouwkost per m² desgevallend te combineren met de schattingen van het ruimtegebruik voor de algemene ziekenhuizen.
4. In onze berekeningen bedragen de kosten voor roerende investeringen in materieel (PF4) over alle bouwdoSSIers heen 6,8% van de onroerende bouwkosten (PF123). Dit ligt onder het huidige toeslagpercentage van 8%. Dit kan mogelijks verklaard worden doordat het materieel vaak samen verhuist met de verpleegeenheid van de zorggroep. Ook voor de psychiatrische ziekenhuizen is er een verschil in het aandeel roerende investeringen tussen de zorggroepen en de parameters apotheek, therapie en ondersteunende diensten. Voor deze laatste is het aandeel 11,3%. Parallel aan de aanbeveling van de algemene ziekenhuizen lijkt het ook hier te overwegen om de toeslag voor roerende investeringen op een gedifferentieerde manier toe te wijzen aan de individuele parameters.
5. De overige projectkosten vertegenwoordigen in onze schatting 22%. Dit is merkkelijk lager dan het huidige toeslagpercentage van 32% en doet de vraag rijzen of het onderscheid tussen algemene

ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen nog behouden dient te worden. Een deel van de initiële meerkosten die door dit percentage gedekt werden zoals forensische psychiatrie en intensieve behandeling worden in ons voorstel immers mee opgenomen onder de nieuwe parameters. Anderzijds lijkt het wenselijk om een extra procentuele verhoging te voorzien, zowel naar ruimte als naar budget, voor de ziekenhuizen die een erkenning hebben voor gedwongen opnames.

Hoofdstuk 8

Het instandhoudingsforfait voor de psychiatrische ziekenhuizen

Voor de analyse van het instandhoudingsforfait voor de psychiatrische ziekenhuizen werden de gegevens op dezelfde wijze ingezameld als voor het instandhoudingsforfait voor de algemene ziekenhuizen. Omdat deze methode uitvoerig werd toegelicht in Hoofdstuk 6, beperken we ons hier in secties 1 en 2 (respectievelijk inzameling en verwerking van de gegevens) tot die punten die specifiek zijn voor de psychiatrische ziekenhuizen. In secties 3 en 4 bespreken we de resultaten voor de kosten en het ruimtegebruik.

1 Inzameling van de gegevens

We gaan eerst in op de opgevraagde gegevens (sectie 1.1) en vervolgens op het verloop van de gegevensinzameling (sectie 1.2).

1.1 Detail van de opgevraagde gegevens

Op basis van de literatuurstudie (zie Bijlage II) en van contacten met de sector (psychiatrische ziekenhuizen en Zorgnet-Icuro) werd de bevraging van de algemene ziekenhuizen aangepast om rekening te houden met de typische infrastructuurkenmerken van de psychiatrische ziekenhuizen. Daarom werd zowel bij de interpretatie van de gegevens (Stap 3.2 in de enquête) als bij de vragen omtrent de toekomst (Stap 4) bijkomende informatie gevraagd. Bijvoorbeeld, omdat psychiatrische ziekenhuizen onderworpen zijn aan strenge veiligheidsvoorschriften voor personeel en/of patiënten, werd een vraag gesteld over grote investeringen (> € 10.000) die werden uitgevoerd om die veiligheid te garanderen (zoals camerabewaking of deuren die worden bediend met een toegangsbadge).

Er zijn ook grote verschillen tussen psychiatrische ziekenhuizen onderling. Meer dan in algemene ziekenhuizen is de zorg die in psychiatrische ziekenhuizen wordt aangeboden, afgestemd op de noden van specifieke zorggroepen (op basis van leeftijd, diagnose, etc.). Hierbij denken we zowel aan een intensifiëring van zorg (bv. HIC-werking en ID-bedden) als aan het dichterbij de patiënt brengen van de zorg (bv. via de mobiele teams). Dit vertaalt zich in een infrastructuur die aangepast is aan specifieke zorggroepen, zowel via specifieke architecturale normen als veiligheidsvereisten. Binnen de sector van de psychiatrische ziekenhuizen wordt verwacht dat deze trend, waarbij ziekenhuizen zich gaan toeleggen op het aanbieden van gedifferentieerde zorg voor specifieke groepen, zich verder zal zetten in de toekomst. Hierdoor is de historische indeling in bv. A- en T-diensten en bijhorende bedden achterhaald waardoor een infrastructurele opsplitsing in beide diensten niet langer de huidige praktijkvoering weerspiegelt (zie sectie 3.2.1 in Hoofdstuk 4).

Om verschillen tussen psychiatrische ziekenhuizen als gevolg van een aanbod gericht op specifieke zorggroepen in kaart te brengen, werd aan de ziekenhuizen gevraagd om de beschikbare m² per kostenplaats (die in de meeste gevallen overeenkomt met een bedtype) te verdelen over de zorggroep(en) waarvoor de ruimte effectief bedoeld is. Bijvoorbeeld, hoewel kostenplaats (KP) 370 boekhoudkundig verwijst naar A-bedden, kan de ruimte voorzien voor de A-bedden ingezet worden voor de zorg voor meerdere zorggroepen, zoals “basis volledige hospitalisatie volwassenen” en “basis plus”, waarbij een deel

van de ruimte vrijgemaakt wordt in het kader van een pilootproject. Voor meer details verwijzen we naar sectie 2.2.

1.2 Verloop van de gegevensinzameling

Net zoals voor de gegevensinzameling bij de algemene ziekenhuizen, was ook voor de psychiatrische ziekenhuizen de input van de sector onontbeerlijk. Een eerste versie van de bevraging werd opgesteld en getest in nauwe samenwerking met twee pilootziekenhuizen (o.a. via een bezoek aan het ziekenhuis, verschillende gesprekken met medewerkers van de financiële en/of de technische dienst, het invullen en feedback geven op de bevraging). In deze fase wilden we de volledigheid van de bevraging testen en een goede balans vinden tussen de invullast en voldoende detail. Naast de input van de pilootziekenhuizen werden de voorgestelde aanpassingen op de bevraging van de algemene ziekenhuizen voorgelegd op één van de bijeenkomsten van financiële directies (Financieel-economische of FEA-vergadering van Zorgnet-Icuro). Daarnaast werd ook samengewerkt met experts van de Organisatie Broeders van Liefde en van Zorgnet-Icuro.

De definitieve bevraging werd via het VIPA samen met een begeleidende e-mail uitgestuurd naar de algemene en financiële directeurs van alle Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen op 28 mei 2019, met als deadline 30 juni 2019. De ziekenhuizen die aangaven dat ze niet konden deelnemen tegen de deadline werden gecontacteerd om de mogelijkheden te bespreken (bv. gegevens in een ander formaat aanleveren of een deel van de gegevens aanleveren). Net zoals bij de algemene ziekenhuizen was het doel van deze exhaustieve bevraging om een goede mix te krijgen van verschillende types onderhoudsinvesteringen en van infrastructuur die zich in verschillende levensfasen bevindt.

Iets meer dan 70% van de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen heeft gegevens aangeleverd voor deze studie⁶⁵³ (zie Tabel 38). De 22 ziekenhuizen die zijn opgenomen in de analyses, vertegenwoordigen bijna 80% van de erkende psychiatrische bedden/plaatsen in Vlaanderen. Opvallend is de lage vertegenwoordiging van ziekenhuizen in Oost-Vlaanderen. Aangezien slechts zeven psychiatrische ziekenhuizen gegevens hebben aangeleverd op campusniveau, zijn alle analyses uitgevoerd op het niveau van het ziekenhuis.

653 In totaal hebben 23 ziekenhuizen gegevens aangeleverd, maar voor 1 ziekenhuis hebben we de gegevens niet kunnen opnemen in de analyses wegens het ontbreken van essentiële informatie. Bij de gegevensverwerking bleek dat bij geen enkele rekening de code "REST" ingevuld was (zie Stap 3 in de bevraging; nieuwbouwcode = REST verwijst naar alle investeringen die geen nieuwbouw of uitbreiding zijn), waardoor een correcte interpretatie van de data niet mogelijk was. Voor de berekening van de kosten voor het instandhoudingsforfait zijn immers enkel de investeringsbedragen die betrekking hebben op de code "REST" relevant. De timing van de studie liet niet toe om terug te koppelen naar het ziekenhuis om bijkomende gegevens op te vragen.

Tabel 38 Respons van de bevraging van de psychiatrische ziekenhuizen

	Ontvangen	Totaal	Percentage
Bedden¹	7.989	10.050	79%
Ziekenhuizen	22	31	71%
Provincies			
Antwerpen	5	5	100%
Limburg	3	4	75%
West-Vlaanderen	7	7	100%
Oost-Vlaanderen	3	10	30%
Vlaams-Brabant	4	5	80%

1 Erkende bedden en plaatsen 2018 (exclusief For-K bedden); Bron: Zorg & Gezondheid

2 Verwerking van de gegevens

We geven eerst, voor de psychiatrische ziekenhuizen relevante, informatie over de definities van kosten en ruimtegebruik (sectie 2.1). Deze informatie is complementair aan die in Hoofdstuk 6 over de algemene ziekenhuizen. We bespreken dan hoe m² en kosten werden toegewezen aan de zorggroepen (sectie 2.2) en de wijze waarop de ondersteunende diensten in de analyse werden verwerkt (sectie 2.3). Tenslotte overlopen we in sectie 2.4 een aantal correcties op rekeningen en kostenplaatsen die zijn doorgevoerd om de gegevens vergelijkbaar te maken tussen de ziekenhuizen.

2.1 Definities van kosten en ruimtegebruik

- In principe vormt het aantal m² op sleutel M2.12 een goede benadering van het aantal gebruikte vierkante meters in het ziekenhuis, omdat een ziekenhuis ruimtes die buiten gebruik zijn, niet meer opneemt in de FINHOSTA sleutels voor m² (met uitzondering van de ruimtes waarvoor een schadeloosstelling is verkregen). Tijdens de gegevensverzameling is er teruggekoppeld naar alle psychiatrische ziekenhuizen die de M2.12-sleutel niet of verkeerdelijk hadden doorgegeven. De berekeningen in dit hoofdstuk zijn hierdoor integraal gebaseerd op het aantal m² opgegeven onder sleutel M2.12.
- De bedragen van de bouwkosten zijn inclusief BTW en exclusief financiële lasten en werden geïndexeerd aan de hand van de bouwindex van 2017, gepubliceerd op de website van het VIPA⁶⁵⁴. Twee psychiatrische ziekenhuizen meldden voor een klein deel van de opvraagperiode gemengd belastingplichtig te zijn. In de data-analyse hebben we echter verondersteld dat de bedragen voor alle psychiatrische ziekenhuizen inclusief BTW zijn. Bij de psychiatrische ziekenhuizen rapporteerden 17 ziekenhuizen dat ze financiële lasten (of aflossingen op investeringskredieten) op de rekening 650 boeken en/of (intercalaire) intresten activeren op de rekening 203. Na analyse van de vijf andere psychiatrische ziekenhuizen bleek dat geen van hen een rekening 65 en/of de gebruikelijke kostenplaats 010 of 012 (Financiële lasten) onder een rekening 2 of 6 hadden meegegeven. Daarnaast kon ook nergens in opmerkingen teruggevonden worden dat er effectief

654 <https://www.departementwvg.be/vipa/cijfers/bouwindex>.

financiële lasten opgenomen waren in de investeringsbedragen. Om deze redenen hebben we verondersteld dat de opgegeven bedragen exclusief financiële lasten waren.

- De niet-ziekenhuisactiviteiten (alle investeringen op kostenplaatsen 9xx) worden in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Alle psychiatrische ziekenhuizen gaven aan niet-ziekenhuisactiviteiten geboekt te hebben op een kostenplaats 9xx. Met uitzondering van rekeningen 220, 221⁶⁵⁵, 224 en 230⁶⁵⁶ vertegenwoordigen deze kostenplaatsen bij de psychiatrische ziekenhuizen minder dan 5% van de totale investeringswaarde in de periode 2008-2017 op de rekeningen van klasse 2.
- Alhoewel ondersteunende diensten in het ziekenhuis ook deels kunnen aangewend worden voor niet-ziekenhuisactiviteiten (bv. een grootkeuken kan gedeeld worden met een PVT), veronderstellen we, zoals bij de algemene ziekenhuizen, dat deze activiteiten vooral verhoogde personeelsbehoeften en verhoogde operationele kosten (bv. meer maaltijden) met zich mee brengen en slechts in beperkte mate meer nood aan infrastructuur (bv. grotere keuken).
- Op basis van gesprekken met de sector zelf bleek dat er bij de psychiatrische ziekenhuizen binnen de opvraagperiode een verschuiving heeft plaatsgevonden in de gebruikelijke manier om groot onderhoud onder te brengen in de boekhouding. Bijlage VII bevat een uitgebreide bespreking van de verwerking van investeringen/kosten voor groot onderhoud (incl. voorzieningen voor grote herstelwerken en grote onderhoudswerken).
- Huurlasten. Sommige ziekenhuizen verkiezen om materieel te huren in plaats van zelf de investering te doen. Alle psychiatrische ziekenhuizen hebben aangegeven dat de bedragen op rekening 25 (vaste activa in huurfinanciering) enkel erfpacht bevatten en geen huur- of leasekosten. De huur- en leasekosten zelf zijn geboekt op een rekening 610 (zie Bijlage VI).⁶⁵⁷ Eén psychiatrisch ziekenhuis heeft de huurkosten niet voor de volledige opvraagperiode meegegeven. We hebben verondersteld dat de opgegeven jaren representatief zijn voor de ontbrekende jaren. Rond de behandeling van de huurlasten rijzen bij de psychiatrische ziekenhuizen dezelfde vragen als reeds beschreven werden in Hoofdstuk 6 over de algemene ziekenhuizen. Het is problematisch dat we de kosten die gerelateerd zijn aan nieuwbouw niet duidelijk kunnen afzonderen. Zeker voor duurder materiaal, kan er bij een nieuwbouw gekozen zijn voor een huurformule. Anderzijds kan de huur ook extra dienstverlening bevatten naast de compensatie voor het onderliggende materieel vast actief. Deze extra diensten vallen eerder onder “klein onderhoud” (en dus niet onder instandhouding van de infrastructuur). Het is echter niet mogelijk om met de ingezamelde gegevens deze elementen uit te splitsen. Bovendien rijst de vraag wat precies onder de huurkosten voor niet-medisch materieel voor IT wordt geboekt, gezien investeringen in IT-infrastructuur wel onder het instandhoudingsforfait vallen maar licenties bijvoorbeeld niet (zie FAQ nr 9 VIPA controle⁶⁵⁸). Samenvattend kunnen we stellen dat de gegevens op deze rekeningen een

655 Investerings voor niet-ziekenhuisactiviteiten vertegenwoordigen respectievelijk 29,36% en 6,77%. Deze rekeningen (220 en 221) worden echter niet mee opgenomen bij de berekening van het instandhoudingsforfait.

656 Onder de geselecteerde rekeningen van materieel vaste activa vertegenwoordigen de investeringen op deze rekeningen respectievelijk 5,4% en 5,5% van de totale investeringswaarde voor de 22 deelnemende ziekenhuizen.

657 Eén psychiatrisch ziekenhuis heeft schulden voor erfpacht zelf geboekt onder een rekening 610 in plaats van ze te activeren op de rekening 25. Dit bedrag werd geboekt op rekening 6102 (Terreinen en gebouwen) en zou bij activering terecht moeten komen op de rekening 252. Bij de berekening van het instandhoudingsforfait worden deze rekeningen echter niet meegenomen.

658 <https://www.departementwvg.be/vipa-algemene-en-universitaire-ziekenhuizen-subsidies#controle-staatssteun>

bovengrens vormen op de effectieve werkelijke herinvesteringen in materieel die via huur verlopen. Om al die redenen zullen we deze kosten in sectie 3 afzonderlijk rapporteren.

2.2 Toewijzing van m² en kosten aan zorggroepen

Zoals toegelicht in Hoofdstuk 4, zijn voor de psychiatrische ziekenhuizen de parameters in het instandhoudingsforfait (en in het strategisch forfait) gerelateerd aan zorggroepen. We stellen ook voor om apotheek en therapieruimte als aparte parameters op te nemen. Om de investeringen te koppelen aan deze parameters, moet iedere kostenplaats toegewezen worden. We beschrijven nu de methode die we toegepast hebben om deze toewijzing zo dicht mogelijk bij de effectieve benutting van de beschikbare ruimte in psychiatrische ziekenhuizen te laten aansluiten.

2.2.1 Welke zorggroepen maken gebruik van welke ruimte?

In samenwerking met een groep experts van Zorgnet-Icuro en van de psychiatrische ziekenhuizen werd een matrix opgesteld waarbij de “rijen” van de matrix zorggroepen voorstellen en de “kolommen” kostenplaatsen (zie Tabel 31). Voor kostenplaats 410 werd bijkomend een onderscheid gemaakt naar bedtype: T-bed (dienst neuropsychiatrie voor behandeling) en Tg-bed (T-bedden voor geriatrische patiënten die een neuro-psychiatrische behandeling vergen) (zie sectie 3.2.2.1 in Hoofdstuk 4). Voor de opgenomen kenletters van bedden en plaatsen verwijzen we naar Tabel 2-9 in de MPG-registratie (Minimale Psychiatrische Gegevens).⁶⁵⁹ De ondersteunende diensten en de apotheek werden niet opgevraagd in de matrix.

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de totale beschikbare ruimte (aantal m², volgens de FINHOSTA sleutel M2.12 in Stap 2 van de enquête) in hun ziekenhuis per kostenplaats (of type bed/plaats) te verdelen over de zorggroepen in Tabel 39. Deze verdeling van de beschikbare ruimte werd gebruikt voor de verdeling van de kosten per kostenplaats (per type bed of plaats) over de zorggroepen en therapieruimte. De concrete verdeling zal dus verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis, en is afhankelijk van de ruimte die elke aanwezige zorggroep effectief in beslag neemt. Voor 12 ziekenhuizen was er geen “herverdeling” van het aantal m² over de zorggroepen in vergelijking met de M2.12 sleutel.⁶⁶⁰

Bij de meerderheid⁶⁶¹ van de ziekenhuizen kwamen de therapieruimtes terecht op de kostenplaatsen die worden toegewezen aan de parameter therapieruimte (zie Bijlage VIII). Echter, indien deze op de kostenplaatsen in de invulmatrix terecht kwamen, hebben we gevraagd om de ruimte voor therapie op deze kostenplaatsen af te zonderen.

Er werd geopteerd om de kosten te verdelen over de zorggroepen op basis van de toegewezen m². De belangrijkste reden voor deze keuze was dat het voor de ziekenhuizen eenvoudiger is om een inschatting te maken van de verdeling van ruimtes over zorggroepen, eerder dan rechtstreeks de kosten te verdelen, zeker wanneer de opvraagperiode tien jaar bedraagt. Een beperking van onze methode is dat de ziekenhuizen de huidige ruimteverdeling als een proxy voor de volledige opvraagperiode hebben ingevuld.

659

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20190731_3_continue_bestanden_mpg_2019.pdf

660 Eén ziekenhuis heeft de matrix niet ingevuld. We hebben voor dit ziekenhuis de verdeling van kostenplaatsen over zorggroepen en therapieruimte behouden zoals weergegeven door sleutel M2.12 in de boekhouding.

661 Slechts 5 ziekenhuizen zonderden vierkante meters af voor therapie in de invulmatrix. We maken hier de assumptie dat dit over “algemene” therapieruimtes gaat, die door meerdere zorggroepen gebruikt worden.

Indien er tussen 2008 en 2017 een nieuwbouw of uitbreidingsproject is geweest, dan weerspiegelt een verdeling in termen van huidige m² niet noodzakelijk de kostenverdeling over de opvraagperiode. Het aantal m² in de matrix werd enkel gebruikt als instrument om m² per kostenplaats toe te wijzen aan de correcte zorggroep(en). In overleg met de expertgroep werd beslist om het aantal m² in de matrix niet te beschouwen als nieuwe “M2.12-sleutel”, d.w.z. als indicator voor de reële oppervlakte voor de betreffende zorggroepen. Wel werd de gemiddelde m² over de opvraagperiode (volgens de M2.12-sleutel) per kostenplaats van de matrix verdeeld over de zorggroepen binnen die kostenplaats in dezelfde verhoudingen als het aantal m² in de ingevulde matrix.

Een tweede beperking is dat zorggroepen die pas recent zijn opgestart, ondervertegenwoordigd zijn in de kosten die over de laatste 10 jaar worden berekend.

In de invultabel in de enquête werd ook gevraagd naar het percentage van de totale investering (per kostenplaats) dat bedoeld was voor een gesloten afdeling. Deze vraag werd echter door zeer weinig ziekenhuizen beantwoord, ook omdat de vraag niet voldoende specifiek was. Een gesloten afdeling kan bijvoorbeeld ook een afzonderingskamer op de afdeling zelf zijn. De antwoorden zijn bijgevolg niet verder geanalyseerd.

Tabel 39 Toewijzing van kostenplaatsen aan zorggroepen: invultabel in de enquête

Kernletter bed	A(d+n)	a(d)	a(n)	T(d+n)	t(d)	t(n)	Tg(d+n)	Sp(psyger)	IB	K(d+n)	k(d)	k(n)	Tf(bed)	Tf(pl)	Piloot	Totaal
Gerelateerde kostenplaats	370	380	390	410	420	430	410	315	480	340	350	360	460	411	450/451	
Kinderen & jongeren (<15 jaar)																
Basis K																
Basis k-dag																
Basis k-nacht																
For K																
Volwassenen																
Basis – volledige hospitalisatie																
Basis – daghospitalisatie																
Basis – nachthospitalisatie																
ID/IBE (SGA)																
For high risk																
For medium risk																
Dubbel diagnose																
Ouderen (> 75 jaar)																
Sp/Tg																
Mobiele teams																
Andere: therapieruimtes (enkel als deze vervat zitten in de VE ¹ kostenplaatsen)																
% totale investering naar gesloten afdeling (rest voor open)																
Totaal																

¹ VE=verpleegeenheid

2.2.2 Aggregatie tot acht zorggroepen

De zorggroepen in Tabel 39 werden vervolgens geaggregeerd tot de acht zorggroepen die de parameters uitmaken voor het instandhoudingsforfait (zie Hoofdstuk 4). De groep “For low risk” (ingedeeld bij zorggroep “basis plus”) en de zorggroep “basis hospitalisatie familiaal milieu” waren initieel niet opgenomen in de matrix, maar zijn in overleg met de expertgroep nadien toegevoegd. Echter, tot op heden biedt slechts één ziekenhuis de zorggroep “basis hospitalisatie familiaal milieu” aan, waardoor de resultaten slechts op dat ene ziekenhuis gebaseerd zullen zijn.⁶⁶²

Tabel 40 geeft een overzicht van de toegewezen kostenplaatsen per parameter. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de kostenplaatsen die omwille van hun (boekhoudkundige) bedindex of plaatstype rechtstreeks aan de gerelateerde (logische) zorggroep werden toegewezen en kostenplaatsen die in de matrix (Tabel 39) extra aan de zorggroep zijn toegewezen. Op basis van Tabel 40 kunnen we besluiten dat aan de zorggroepen “basis volledige hospitalisatie kind”, “intensieve behandeling volwassene”, “hospitalisatie ouderen” en “basis hospitalisatie familiaal milieu” geen m² werden toegewezen vanuit andere kostenplaatsen dan degene die via hun type bed/plaats standaard gerelateerd zijn aan deze zorggroep. Van zodra één ziekenhuis een deel van de m² van een kostenplaats toeweest aan een niet-standaard zorggroep is de kostenplaats in de laatste kolom opgenomen.

Tabel 40 Toewijzing van kostenplaatsen aan zorggroepen: resultaten

Parameter	Kostenplaatsen Boekhouding	Kostenplaatsen Toewijzing matrix
Zorggroepen		
Basis volledige hospitalisatie kind	340, 360	
Basis daghospitalisatie kind	350	340
Basis volledige hospitalisatie volwassene	370, 390, 410, 430, 410 (Tg)	380
Basis daghospitalisatie volwassene	380, 420	370, 410
Hospitalisatie ouderen	315, 410 (Tg)	
Basis hospitalisatie familiaal milieu	411, 460	
Intensieve behandeling volwassene	480	
Basis plus ¹	450, 451	315, 340, 370, 410, 430
Andere		
Apotheek	830, 831	
Therapieruimte	130-137, 139	340, 370, 410, 420

1 For-K, For low/medium/high risk, mobiele teams, intensifiëring (HIC/ID), dubbeldiagnose

662 In de gegevens waren er drie ziekenhuizen die kosten en of m² op de kostenplaatsen gerelateerd aan deze zorggroep hadden geboekt, alhoewel slechts 1 ziekenhuis deze zorgvorm aanbiedt. Een van die ziekenhuizen had geen m² (enkel investeringen in materieel vaste activa) en viel dus uit de berekening. Een andere had geen investeringen, maar wel huurlasten en m². Deze huurlasten waren echter beperkt in tijd (slechts 3 jaar) en in bedrag (< € 2.000 jaarlijks) en hadden vooral betrekking op medisch materieel en rollend materieel. Er was bovendien geen duidelijke indicatie in de gegevens dat deze kosten en m² bij een andere zorggroep thuishoorden (bv. door de aanwezigheid van een uitschieter in kosten of m²). Daarom zijn voor dit ziekenhuis zowel de huurlasten als de m² buiten beschouwing gelaten.

2.3 Toewijzing van ondersteunende diensten aan zorggroepen

Zoals besproken in Hoofdstuk 4, stellen we voor om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de acht zorggroepen. Apotheek en therapieruimte worden behandeld als aparte parameters. Dit is echter een beleidskeuze met voor- en nadelen. In secties 3 en 4 zullen we daarom ter vergelijking ook de resultaten tonen voor het geval dat de ondersteunende diensten apart gehouden worden.

Er zijn verschillende opties om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de verschillende zorggroepen. Een eerste mogelijkheid zou erin bestaan om de totale kosten en de m² van de ondersteunende diensten gelijk te verdelen over alle zorggroepen (concreet: 1/8 van de kosten en m² van de ondersteunende diensten voor elke zorggroep). Dit is zeker de gemakkelijkste methode, maar ze houdt absoluut geen rekening met de relatieve grootte van de zorggroepen. Dit wordt geïllustreerd in de eerste en de tweede kolom van Tabel 41, waar we het belang van de zorggroepen uitdrukken in termen van aantal bedden/plaatsen. De grootste zorggroep (“basis volledige hospitalisatie volwassene”) vertegenwoordigt in de 22 psychiatrische ziekenhuizen die aan de bevraging hebben deelgenomen bijna 60% van alle erkende bedden/plaatsen, de kleinste groep (“basis daghospitalisatie kind”), vertegenwoordigt slechts 0,32%. Bij een gelijke toewijzing van de kosten en m² aan de acht zorggroepen, zouden kleine zorggroepen overgefinancierd worden voor de ondersteunende diensten en grote zorggroepen ondergefinancierd.

Tabel 41 Verdeling van het aantal erkenden bedden en plaatsen over de zorggroepen

Zorggroep	Aantal erkende bedden/plaatsen	Aandeel erkende bedden/plaatsen	Aantal m ² per zorggroep (gemiddeld over 10 jaar)	Aandeel m ²
Basis volledige hospitalisatie kind	156	1,94%	15.313	3,81%
Basis daghospitalisatie kind	26	0,32%	496	0,12%
Basis volledige hospitalisatie volwassene	4.772	59,35%	291.693	72,54%
Basis daghospitalisatie volwassene	1.095	13,62%	30.785	7,66%
Basis hospitalisatie familiaal milieu	416	5,17%	9.225	2,29%
Hospitalisatie ouderen	796	9,90%	29.504	7,34%
Intensieve behandeling volwassene	32	0,40%	3.050	0,76%
Basis plus ¹	748	9,30%	22.057	5,49%

Bron: Zorg & Gezondheid; 1 Inclusief For-K bedden in de zorggroep “basis plus”

Het lijkt een aanvaardbare benadering om ervan uit te gaan dat de kosten van ondersteunende diensten sterk gecorreleerd zijn met het aantal patiënten in die zorggroepen, en dat het aantal patiënten zinvol kan benaderd worden met het aantal erkende bedden/plaatsen. Dit zou er dus voor pleiten om de kosten van ondersteunende diensten te verdelen over de zorggroepen in verhouding tot hun aandeel in het aantal erkende bedden/plaatsen. Op die wijze houden we rekening met de grote verschillen die zichtbaar zijn in Tabel 41. Natuurlijk vormen de ondersteunende diensten een heterogene groep. Ze omvatten ook diensten waarbij de kosten minder direct gelinkt zijn met het aantal bedden, bv. omdat patiënten in sommige

zorggroepen er relatief meer beroep op doen dan in andere zorggroepen. Andere ondersteunende diensten hangen eerder samen met het aantal personeelsleden van het ziekenhuis dan met het aantal bedden (bv. vergaderzalen of personeelsrestaurant). We beschikken echter niet over de nodige informatie om dergelijke verfijnde toewijzing uit te werken en bovendien zou dit de berekening van het instandhoudingsforfait zeer complex maken. We beschouwen daarom alle ondersteunende diensten als één geheel en wijzen de kosten toe aan de zorggroepen in verhouding tot hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen van het ziekenhuis.

Voor de berekening van de kost per m² en van het ruimtegebruik moeten we ook het totaal aantal m² van de ondersteunende diensten uitsplitsen over de zorggroepen. Deze keuze is voor de berekeningen in dit hoofdstuk minder belangrijk, omdat voor de berekening van het forfait de ruimtebehoefte (in m²) per eenheid vermenigvuldigd wordt met de kost per m². De toegewezen ruimte van de ondersteunende diensten verschijnt in het eerste geval in de teller, in het tweede geval in de noemer van de breuk – en in de berekening vallen deze uitdrukkingen tegenover elkaar weg. Maar toch is het belangrijk om ook hier een logische benadering te kiezen, omdat in latere toepassingen ruimtebehoefte en kost per m² wellicht onafhankelijk van elkaar zullen worden vastgelegd. Twee logische mogelijkheden dringen zich op. De eerste, op het eerste gezicht meest voor de hand liggende, methode bestaat erin om de oppervlakte van de ondersteunende diensten te verdelen over de zorggroepen in verhouding tot het relatieve ruimtegebruik van deze diensten. De derde en de vierde kolom van Tabel 41 tonen de verdeelsleutel, wanneer we het ruimtegebruik berekenen als het gemiddelde aantal m² per zorggroep over de periode van 10 jaar in onze gegevens. De tweede methode gebruikt voor de verdeling van de oppervlakte dezelfde sleutel als voor de verdeling van de kosten: het aandeel van de verschillende parameters in het totale aantal bedden/plaatsen. Bij de bespreking van de resultaten zullen we beide methoden vergelijken. Uit de tabel blijkt duidelijk dat de gewichten voor bepaalde zorggroepen, zoals “basis volledige hospitalisatie volwassene” en “basis daghospitalisatie volwassene”, gevoelig kunnen verschillen.

2.4 Correcties op rekeningen en kostenplaatsen

Op basis van de antwoorden en afwijkingen opgegeven in de sectie van de bevraging over waarderingsregels (Stap 1 in de enquête) gingen we ook na of er bedragen nog extra moesten afgezonderd worden omdat ze investeringen weerspiegelden die ofwel buiten beide forfaits vallen ofwel niet in het instandhoudingsforfait mogen opgenomen worden omdat ze reeds in het strategisch forfait zitten. Bijlage X geeft een overzicht van correcties op rekeningen en kostenplaatsen.

De nieuwe zorggroep “basis plus” bevat een collectie van nieuwe zorgvormen. Omwille van hun recent en/of niet-structureel karakter zijn de kosten voor deze zorggroep moeilijk op een coherente manier af te bakenen in de boekhouding. Het blijft daarom steeds mogelijk dat in deze resultaten een vertekening zit.

3 Resultaten van de kostenanalyse

We bespreken nu de resultaten die we verkregen hebben voor de kosten per m². Om de vergelijking mogelijk te maken met het huidige systeem, tonen we eerst het geval waarbij de kosten worden toegewezen aan de huidige parameters (sectie 3.1). Vervolgens geven we de kosten voor instandhouding zoals die kunnen toegewezen worden aan de zorggroepen, d.w.z. de nieuwe door ons voorgestelde structuur van parameters (sectie 3.2). De ruimtebehoefte zal aan bod komen in de volgende sectie 4.

We hebben in de vorige secties gezien dat de kostengegevens uit Stap 3.1 van de enquête de voornaamste bron voor de analyses van het instandhoudingsforfait zijn. Die gegevens worden gebruikt in sectie 3.2.1.1. De ingezamelde gegevens met betrekking tot de huurlasten zijn minder eenduidig als kosten voor instandhouding te interpreteren: de implicaties daarvan komen aan bod in sectie 3.2.1.2.

3.1 De kost per m² met de huidige parameters

In het huidige systeem worden slechts twee parameters gehanteerd voor het toekennen van het instandhoudingsforfait: het dagziekenhuis (met als eenheid het aantal dagplaatsen) en de verpleegeenheid (met als eenheid het aantal erkende bedden). In Tabel 42 worden de resultaten (kost/m²/jaar) voor die twee parameters weergegeven (zie Bijlage VI voor een overzicht van de opgenomen rekeningen). De kosten voor ondersteunende diensten (inclusief apotheek) werden apart gehouden. De kosten en m² met betrekking tot therapieruimten werden toegewezen aan de parameter “verpleegeenheid”⁶⁶³. De voorlaatste kolom toont ter vergelijking de equivalente waarden in de huidige regelgeving (zonder omslag, op basis van de prijzen voor ondersteunende diensten in het advies van 2007, herrekend naar 2017).

Tabel 42 Kosten per m² voor de huidige parameters – ondersteunende diensten apart

Parameter	NM	MM	IT	GO	Totaal	Huidig	Sample
Dagziekenhuis	3,92	0,07	0,07	10,12	14,18	46,11	17
Verpleegeenheid	4,42	0,30	0,28	19,81	24,81	46,11	22
Ondersteunend	12,13	0,34	11,32	38,94	62,72	33,82	22

NM = niet-medisch materieel; MM = medisch materieel; GO = groot onderhoud

We hebben verondersteld dat, indien er aan een specifieke parameter m² toegeschreven kunnen worden, die m² meegenomen worden in de berekening van de kost per m², ook wanneer er voor die parameter binnen de opvraagperiode geen kosten geboekt werden. Voor de berekening van het instandhoudingsforfait voor de parameter “verpleegeenheid” werden logischerwijze dan ook de gegevens gebruikt van alle 22 ziekenhuizen in de steekproef. Bij de berekening van de kost per m² voor de parameter “dagziekenhuis” werden gegevens gebruikt van de 17 ziekenhuizen die direct m² hebben toegeschreven aan minstens één kostenplaats die toegewezen is aan dagziekenhuis (zie Bijlage VII voor een overzicht van die kostenplaatsen).

Zoals reeds eerder besproken kan de kost per m² opgesplitst worden in investeringen die gelinkt zijn aan niet-medisch materieel, medisch materieel, IT en groot onderhoud. Noteer dat de kosten van IT bijna

663 In deze resultaten houden we geen rekening met de correcties op basis van de toewijzing van de kostenplaatsen aan de zorggroepen. De verschuiving van kostenplaatsen van zorggroepen gerelateerd aan hospitalisatie-eenheden naar zorggroepen gerelateerd aan dagziekenhuis wordt hier dus niet vertaald naar de huidige parameters.

volledig toegeschreven worden aan de ondersteunende diensten. Dit wordt onmiddellijk verklaard door de wijze waarop de rekeningen 243 en 2543 (Niet-medisch materieel en meubilair voor informatieverwerking) in de analyse verwerkt werden (zie Bijlage VI).

3.2 De kost per m² met de nieuwe parameters

In wat volgt beschrijven we de resultaten voor de nieuwe parameters, zoals beschreven in Hoofdstuk 4. In het voorgaande hebben we voor de beleidsmakers twee belangrijke beslissingen opengelaten: de eerste is wat precies moet opgenomen worden in de kosten, de tweede is de wijze waarop de ondersteunende diensten al dan niet aan de zorggroepen toegewezen worden. In sectie 3.2.1 spitsen we de bespreking van de resultaten toe op de eerste keuze, waarbij we voor de eenvoud de ondersteunende diensten apart houden. In sectie 3.2.2 bespreken we hoe de schattingen van de kosten per m² beïnvloed worden door de toewijzing van de ondersteunende diensten.

3.2.1 Verschillende definities van de kosten: met of zonder huurlasten

We bespreken eerst de resultaten exclusief huurlasten. Vervolgens introduceren we ook de huurlasten in de berekeningen.

3.2.1.1 Resultaten exclusief huurlasten

Tabel 43 geeft de resultaten weer voor de gemiddelde kost per m² in de periode 2008-2017, voor alle psychiatrische ziekenhuizen (n=22), wanneer de huurlasten niet mee opgenomen worden. De laatste kolom geeft het aantal ziekenhuizen weer dat finaal m² (maar niet noodzakelijk ook kosten) heeft toegeschreven aan die specifieke parameter en waarvoor de gegevens dus werden meegenomen in de berekeningen.

Tabel 43 Kosten per m² voor de nieuwe parameters met de ondersteunende diensten apart –exclusief huurlasten

Parameter	NM	MM	IT	GO	Totaal	Sample
Basis volledige hospitalisatie kind	3,54	0,01	0,15	12,12	15,82	8
Basis daghospitalisatie kind	6,94	0,00	0,31	1,03	8,28	4
Basis volledige hospitalisatie volwassene	4,25	0,25	0,21	19,79	24,49	22
Basis daghospitalisatie volwassene	3,89	0,08	0,07	11,64	15,68	19
Basis hospitalisatie familiaal milieu	4,90	0,37	0,13	20,51	25,91	1
Hospitalisatie ouderen	5,43	0,45	0,11	24,39	30,38	15
Intensieve behandeling volwassene	1,85	0,41	1,35	9,40	13,02	2
Basis plus	6,84	0,14	1,47	28,11	36,57	13
Apotheek	9,68	1,81	5,13	24,19	40,81	20
Therapie	3,83	0,40	0,13	17,38	21,74	20
Ondersteunend	12,10	0,31	11,42	39,20	63,03	22

NM = niet-medisch materieel; MM = medisch materieel, GO = groot onderhoud

Tabel 43 toont ook de gedetailleerde uitsplitsing over de verschillende kostensoorten. Niet verrassend is het relatief grote belang van de uitgaven geboekt op de rekeningen die worden toegewezen aan het investeringstype groot onderhoud (GO). Anderzijds zijn de investeringen die betrekking hebben op medisch materieel relatief laag, ongeacht de zorggroep waarop de kost finaal betrekking had.

Opvallend zijn de lage resultaten die gevonden worden voor de zorggroep "basis daghospitalisatie kind", zelfs voor groot onderhoud. Deze resultaten moeten natuurlijk voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat ze gebaseerd zijn op een kleine steekproef van slechts vier ziekenhuizen. Maar er is ook een meer fundamentele verklaring voor het lage resultaat, en die verklaring wordt bevestigd door input van de sector zelf. Het blijkt dat de voornaamste uitgaven voor instandhouding in het geval van daghospitalisatie bij alle investeringstypes (niet-medisch, medisch, IT, groot onderhoud) mee geboekt worden onder de hoofdkostenplaats (KP340 voor kinderen en KP410 voor volwassenen) eerder dan op de specifieke kostenplaats die betrekking heeft op daghospitalisatie (KP350 voor kinderen en KP420 voor volwassenen). In de realiteit worden immers ruimtes zowel gebruikt voor dagopnames als voor volledige hospitalisatie, wat een gedetailleerde toewijzing aan beide zorggroepen bemoeilijkt. De invulmatrix had als doel om dit probleem op te vangen, maar zal dit in praktijk maar slechts voor een deel gedaan hebben.⁶⁶⁴ Op de rekeningen die betrekking hebben op materieel voor medische uitrusting en op groot onderhoud zijn er

664 De uitsplitsing van de vierkante meters in de invulmatrix zal vermoedelijk vooral gedaan zijn door de ziekenhuizen die deze oefening reeds eerder intern hadden gedaan.

voor de zorggroep “basis daghospitalisatie kind” in de opvraagperiode zelfs geen investeringen geboekt.⁶⁶⁵ Naast het feit dat daghospitalisatie kinderen in het algemeen tot nu toe minder courant is, dienen de resultaten met betrekking tot daghospitalisatie dus met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, omdat zij waarschijnlijk een onderschatting vormen van de werkelijke kosten. Gegeven de veranderingen binnen het geestelijke gezondheidszorglandschap voor kinderen, is het belangrijk dat – indien de cijfergegevens in de toekomst geüpdatet worden – de ziekenhuizen bij een latere gegevensopvraging proberen expliciet een onderscheid te maken in de kosten (en m²) die betrekking hebben op daghospitalisatie (kind) versus die voor volledige hospitalisatie (kind).

3.2.1.2 Resultaten inclusief huurlasten

In de tweede berekeningsronde (zie Tabel 44) nemen we de kosten mee voor huur, huurlasten en schulden voor erfpacht (een overzicht van de in aanmerking genomen rekeningen 6 kan gevonden worden in Bijlage VI). Vanzelfsprekend stijgen de kosten per m² door de opname van deze bijkomende kosten. De stijging blijft echter relatief klein. Deze resultaten kunnen beschouwd worden als een overschatting van de werkelijke kost, omdat we niet in staat zijn om kosten met betrekking tot huur die betrekking hebben op nieuwbouw te onderscheiden van de kosten die betrekking hebben op investeringen die de huidige infrastructuur in stand dienen te houden (zie sectie 2.1). De beste schatting van de kost per m² ligt ergens tussen de cijfers in Tabel 43 en die in Tabel 44. We hebben hoger geargumenteed dat het wellicht niet aangewezen is om huurlasten mee op te nemen, maar uiteindelijk is het een beleidskeuze welke investeringsuitgaven (geboekt op specifieke rekeningen van klasse 2 en/of 6) mee opgenomen mogen worden en welke niet.

Tabel 44 Kosten per m² voor de nieuwe parameters met de ondersteunende diensten apart – inclusief huurlasten

Parameter	Totaal	Sample
Basis volledige hospitalisatie kind	16,06	8
Basis daghospitalisatie kind	8,46	4
Basis volledige hospitalisatie volwassene	24,84	22
Basis daghospitalisatie volwassene	16,13	19
Basis hospitalisatie familiaal milieu	27,95	1
Hospitalisatie ouderen	31,00	15
Intensieve behandeling volwassene	13,02	2
Basis plus	37,21	13
Apotheek	41,46	20
Therapie	21,87	20
Ondersteunend	68,19	22

3.2.2 De toewijzing van de ondersteunende diensten

In de vorige sectie hebben we de ondersteunende diensten apart gehouden. Er zijn nochtans goede redenen om de kosten van ondersteunende diensten toe te wijzen aan de zorggroepen. In sectie 2.3 hebben

⁶⁶⁵ Het cijfer in Tabel 43 voor groot onderhoud bij de zorggroep “basis daghospitalisatie kind” is het gevolg van de correctie op kostenplaatsen.

we verschillende methoden van toewijzing voorgesteld en er uiteindelijk voor geopteerd om (a) de kosten van de ondersteunende diensten te verdelen over de zorggroepen op basis van hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen; en (b) het aantal m² gebruikt door de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de zorggroepen, ofwel i. op basis van hun eigen ruimtegebruik als aandeel van het totale ruimtegebruik, ofwel ii. op basis van hun aandeel in het totale aantal bedden/plaatsen. We bespreken eerst het effect van de toewijzing van ondersteunende diensten en we vergelijken de mogelijkheden i. en ii. voor de instandhoudingskosten exclusief huurlasten. Vervolgens tonen we voor de volledigheid ook de resultaten wanneer huurlasten wel worden opgenomen. Noteer dat we, om de redenen die uiteengezet werden in Hoofdstuk 4, “therapie” en “apothek” wel apart blijven houden en dus niet toewijzen aan de zorggroepen.

3.2.2.1 Toewijzing van ondersteunende diensten voor kosten exclusief huurlasten

Tabel 45 toont de kost per m² wanneer de huurlasten niet opgenomen zijn in de definitie van de instandhoudingsinvesteringen, de kosten van de ondersteunende diensten toegewezen worden aan de parameters op basis van hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen en de m² van de ondersteunende diensten toegewezen worden op basis van respectievelijk het aandeel van de parameters in het totaal aantal m² (toewijzing i.) en hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen (toewijzing ii.).

Tabel 45 Jaarlijkse kosten per m² voor de nieuwe parameters met toewijzing (i.) en (ii.) van kosten en m² van de ondersteunende diensten – exclusief huurlasten

Parameter	Totaal Toewijzing (i.)	Totaal Toewijzing (ii.)	Sample
Basis volledige hospitalisatie kind	21,22	25,34	8
Basis daghospitalisatie kind	60,31	39,22	4
Basis volledige hospitalisatie volwassene	33,46	35,61	22
Basis daghospitalisatie volwassene	47,63	37,86	19
Basis hospitalisatie familiaal milieu	64,42	45,50	1
Hospitalisatie ouderen	48,49	43,46	15
Intensieve behandeling volwassene	19,66	23,34	2
Basis plus	59,87	48,65	13
Apotheek	40,81	40,81	20
Therapie	21,74	21,74	20

Toewijzing i.: toewijzing van kosten van de ondersteunende diensten aan de zorggroepen op basis van de verhouding erkende bedden/plaatsen van een zorggroep t.o.v. totaal aantal erkende bedden/plaatsen voor alle zorggroepen, en de m² van de ondersteunende diensten op basis van de verhouding van m² in bepaalde zorggroep t.o.v. totaal aantal m² voor alle zorggroepen

Toewijzing ii.: toewijzing van kosten en van m² van de ondersteunende diensten aan de zorggroepen op basis van de verhouding erkende bedden/plaatsen van een zorggroep t.o.v. totaal aantal erkende bedden/plaatsen voor alle zorggroepen

De meest spectaculaire verandering in Tabel 45 bij de inclusie van de kost/m² van ondersteunende diensten (toewijzing i.) is deze bij de zorggroep “basis daghospitalisatie kind”, waar de kost stijgt van 8,28 €/m² naar 60,31 €/m². Het aandeel van die zorggroep in het totale aantal m² is immers slechts 0,12%, haar aandeel in het aantal bedden/plaatsen is meer dan het dubbele (0,32%) – zie Tabel 41. In de verhouding kost/m² stijgt de teller dus veel sterker dan de noemer. Vergelijk dit met het resultaat voor “basis volledige hospitalisatie kind”. Het aandeel van die groep in het totale aantal m² is 3,81%, haar aandeel in het totaal aantal bedden

is 1,94%. De relatieve toename van de kost ten gevolge van de toewijzing van de ondersteunende diensten zal dus ook relatief kleiner zijn.

In de alternatieve benadering, waarbij zowel de kosten als de m^2 van de ondersteunende diensten over de zorggroepen verdeeld worden op basis van de verhouding erkende bedden/plaatsen in de zorggroep op het totaal aantal bedden/plaatsen over alle zorggroepen heen, is de variatie van de kost per m^2 over de verschillende zorggroepen kleiner. De verschillen tussen de resultaten voor beide toewijzingen kunnen relatief gemakkelijk geïnterpreteerd worden op basis van de resultaten in Tabel 41: wanneer het aandeel van een parameter in het aantal bedden/plaatsen groter is dan in het totaal aantal m^2 , zal de toewijzing van de kosten van de ondersteunende diensten een relatief kleiner effect hebben op de globale kost per m^2 in de tweede benadering dan in de eerste, omdat er een relatief groter aantal m^2 wordt toegewezen.

Het is niet evident om uit te maken wat de beste methode is om de m^2 voor de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de parameters. De eerste methode (op basis van de m^2 gebruikt door de zorggroepen) is wellicht dynamischer, omdat wijzigingen in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg eerder tot uitdrukking komen in het ruimtegebruik voor de verschillende zorggroepen dan in het meer statische gegeven van het aantal erkende plaatsen en bedden per type. Anderzijds is de tweede methode (op basis van het erkende aantal bedden/plaatsen) gemakkelijker te implementeren, omdat die informatie gemakkelijker beschikbaar is. De uiteindelijke keuze moet door de beleidsmakers gemaakt worden.

3.2.2.2 Toewijzing van ondersteunende diensten wanneer huurlasten worden meegenomen

Tabel 46 geeft de resultaten van de toewijzing van de ondersteunende diensten volgens dezelfde twee methoden voor de bredere definities van de kosten (uitbreiding met huurlasten). De interpretatie is gelijklopend, maar alle schattingen van de kost per m^2 zijn iets groter dan in de vorige sectie (zoals toegelicht in sectie 3.2.1).

Tabel 46 Kosten per m² voor de nieuwe parameters met toewijzing van kosten en m² van de ondersteunende diensten (2 toewijzingen) – inclusief huurlasten

Parameter	Inclusief huurlasten		Sample
	OD 1	OD 2	
Basis volledige hospitalisatie kind	22,25	26,57	8
Basis daghospitalisatie kind	64,92	42,21	4
Basis volledige hospitalisatie volwassene	35,09	37,34	22
Basis daghospitalisatie volwassene	50,97	40,52	19
Basis hospitalisatie familiaal milieu	69,64	49,18	1
Hospitalisatie ouderen	51,21	45,90	15
Intensieve behandeling volwassene	20,56	24,40	2
Basis plus	63,19	51,35	13
Apotheek	41,46	41,46	20
Therapie	21,87	21,87	20

OD 1: Toewijzing van kosten van de ondersteunende diensten aan de zorggroepen op basis van de verhouding erkende bedden/plaatsen van een zorggroep t.o.v. totaal aantal erkende bedden/plaatsen voor alle zorggroepen, en de m² van de ondersteunende diensten op basis van de verhouding van m² in bepaalde zorggroep t.o.v. totaal aantal m² voor alle zorggroepen; OD 2: Toewijzing van kosten en van m² van de ondersteunende diensten aan de zorggroepen op basis van de verhouding erkende bedden/plaatsen van een zorggroep t.o.v. totaal aantal erkende bedden/plaatsen voor alle zorggroepen

4 Resultaten ruimtegebruik

We geven tenslotte enkele voorlopige resultaten over het ruimtegebruik (uitgedrukt in aantal m² per eenheid) voor de verschillende parameters. In het huidige systeem wordt er per bed in de psychiatrische ziekenhuizen een ruimtebehoefte van 87,5 m² voorzien. Hierin werd de ruimtebehoefte voor apotheek (2 m²) en voor consultatieruimtes en ondersteunende diensten (39,5 m²) meegerekend (zie sectie 3.1 in Hoofdstuk 4).

In sectie 4.1 geven we een indicatie van het ruimtegebruik per eenheid (erkende bedden/plaatsen) voor de verschillende zorggroepen, gebaseerd op het gemiddeld aantal m² (per zorggroep) op basis van “sleutel M2.12”. In sectie 4.1 bespreken we de extra ruimtebehoefte voor gedwongen opnames. In sectie 4.3 tonen we ter vergelijking de antwoorden die door de ziekenhuizen in de enquête gegeven werden op de vraag wat een minimaal (en financieel realistisch) aantal m² zou zijn dat ze zouden willen nastreven bij een toekomstig bouw- of herallocatieproject.

4.1 Ruimtegebruik per zorggroep gebaseerd op gegevens van de enquête

In een eerste stap houden we de ondersteunende diensten apart. Tabel 47 geeft de resultaten die we verkrijgen door voor elke zorggroep het gemiddeld aantal m² te delen door het aantal erkende bedden/plaatsen die gelinkt kunnen worden aan die specifieke zorggroep. Deze resultaten variëren sterk tussen de verschillende zorggroepen. De veronderstelling van een uniforme ruimtebehoefte (per bed) over alle nieuw gedefinieerde zorggroepen lijkt dan ook zeker niet optimaal. Merk op dat niet alle eenheden

beschikbaar waren en dat deze aantallen dus nog niet alle elementen van de voorgestelde definitie in Hoofdstuk 4 bevatten.

Tabel 47 Ruimtegebruik per zorggroep op basis van aantal erkende bedden/plaatsen die aanwezig zijn in een zorggroep (n=22) – ondersteunende diensten apart

Parameter	m ² /eenheid	Eenheid ¹
Basis volledige hospitalisatie kind	98,16	156
Basis daghospitalisatie kind	19,07	26
Basis volledige hospitalisatie volwassene	61,13	4.772
Basis daghospitalisatie volwassene	28,11	1.095
Basis hospitalisatie familiaal milieu	22,17	416
Hospitalisatie ouderen	37,06	796
Intensieve behandeling volwassene	95,31	32
Basis plus	29,49	748
For-K	-	52
Dubbeldiagnose, For low/medium/high risk	-	Niet beschikbaar
Mobiele teams	-	696
Intensifiëring (HIC en ID)	-	Niet beschikbaar
Apotheek	0,44	7.989
Therapie	11,38	7.989
Ondersteunende diensten	24,94	7.989

¹ Voor de definitie van de eenheid verwijzen we naar Hoofdstuk 4 Tabel 8. Echter, in deze berekening houden we enkel rekening met erkende bedden/plaatsen (2018, Zorg & Gezondheid) en/of bevroren bedden (2017). Het aantal gedwongen opnames, de “erkende bedden en plaatsen toegewezen aan de zorggroep” en de “bedden voor intensifiëring” zijn niet opgenomen in deze berekeningen gezien deze gegevens niet beschikbaar waren in deze studie. Deze eenheden geven dus een eerste indicatie, maar dienen nog gecorrigeerd te worden voor deze extra gegevens. De eenheid voor mobiele teams bevat alle bevroren bedden/plaatsen. Het totaal aantal m² per zorggroep is te vinden in Tabel 41. Het totaal aantal m² voor apotheek en therapie kan gevonden worden in Tabel 48.

Voor de toewijzing van de ondersteunende diensten kunnen we weer de twee methoden volgen die hoger werden beschreven.

Wanneer we de ruimte van de ondersteunende diensten toewijzen op basis van het aandeel van de zorggroepen in het totaal aantal bedden en plaatsen, veronderstellen we impliciet dat de bijkomende ruimte gekoppeld aan ondersteunende diensten per bed/plaats voor alle zorggroepen gelijk is. Dit betekent dus dat we voor elke zorggroep 24,94 m² optellen bij de resultaten in Tabel 47.

Er was in de boekhoudkundige gegevens onvoldoende gedetailleerde informatie aanwezig om de infrastructurele noden met betrekking tot therapie te variëren tussen afdelingen die betrekking hebben op kinderen, volwassenen of ouderen. Uit reacties van de sector zelf blijkt nochtans dat er wel degelijk een onderscheid dient gemaakt te worden. De berekeningen kunnen verfijnd worden wanneer in verder onderzoek bijkomende gegevens zouden opgevraagd worden over de nood aan therapieruimte gedifferentieerd op basis van de leeftijd van de doelgroep. Met de huidige informatie was dat echter niet mogelijk.

In de tweede door ons voorgestelde methode wordt het ruimtegebruik voor de ondersteunende diensten toegewezen aan de zorggroepen in functie van het aandeel van die zorggroepen in het totaal aantal m² voor alle zorggroepen. Wanneer we die methode volgen, maar apotheek en therapie nog steeds apart houden, krijgen we de resultaten in Tabel 48.

Zoals we ook reeds bij de bespreking van de kostenresultaten gezien hebben, maakt de gekozen methode om de ondersteunende diensten toe te wijzen wel degelijk een verschil. Het aandeel van de ondersteunende diensten in Tabel 48 is zeker niet uniform. De verschillen kunnen opnieuw begrepen worden vanuit de aandelen die samengevat werden in Tabel 41 in sectie 2.3: wanneer het aandeel van een zorggroep relatief groter is in het aantal m² dan in het aantal bedden/plaatsen krijgt ze ook een groter additioneel ruimtegebruik door toewijzing van de ondersteunende diensten wanneer die toewijzing gebaseerd is op het aantal m².

Ondanks deze verschillen blijven enkele belangrijke bevindingen toch dezelfde, ongeacht de methode om de ondersteunende diensten toe te wijzen. In de eerste plaats is het ruimtegebruik voor daghospitalisatie (zowel kinderen als volwassenen) veel kleiner dan het ruimtegebruik voor volledige hospitalisatie⁶⁶⁶. De eerste is overigens substantieel lager, de tweede substantieel hoger dan de uniforme hoeveelheid (76,5 m²/bed) die thans als ruimtebehoefte vooropgesteld wordt. Uit deze eerste voorzichtige analyse blijkt dus dat het ruimtegebruik tussen de verschillende zorggroepen wel degelijk verschilt. De resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden door de kleine sample voor sommige zorggroepen. Bovendien wordt het aantal m² voor daghospitalisatie vaak geboekt onder volledige hospitalisatie.

Ten tweede is ook het ruimtegebruik voor “basis plus” redelijk klein in vergelijking met het ruimtegebruik voor de zorggroepen die betrekking hebben op volledige hospitalisatie. Ook dit resultaat moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Deze zorgvormen waren tijdens de opvraagperiode nog minder aanwezig in het zorglandschap. Bovendien is dit een heterogene zorggroep, die naast activiteiten die intensiever zijn qua ruimtegebruik, zoals HIC-units en For-K bedden, ook activiteiten omvat die minder ruimte nodig hebben, zoals mobiele teams. Wanneer sommige pilotprojecten structureel zouden uitgebouwd worden, bijvoorbeeld wanneer For-K bedden erkend worden, en als gevolg daarvan als een zelfstandige zorggroep zou geïmplementeerd worden, zal het uitsluiten van deze doelgroep *ceteris paribus* leiden tot een daling van het ruimtegebruik voor “basis plus”. Het is daarom belangrijk de veranderingen van pilotprojecten binnen deze zorggroep (en het bijbehorende ruimtegebruik) nauwkeurig op te volgen.

Ten derde is het duidelijk dat momenteel “basis volledige hospitalisatie kind” en “intensieve behandeling volwassenen” het meest ruimte-intensief zijn. Deze resultaten liggen in lijn met wat uit de input van de sector naar voren kwam.

Uiteindelijk moeten de beleidsmakers beslissen of er een differentiatie komt in de ruimtebehoefte die voor verschillende zorggroepen vergoed wordt. De resultaten in deze sectie kunnen helpen bij deze beslissing maar moeten zeer voorzichtig geïnterpreteerd worden. Zij geven een beeld van de huidige situatie, zoals

666 In Hoofdstuk 7 werd aangehaald dat we veronderstellen dat de afdelingen kinderpsychiatrie en forensische psychiatrie uitsluitend gebruik maken van de voorziene therapieruimten van de eigen afdeling. In de bevraging van het instandhoudingsforfait heeft één van de ziekenhuizen via de invulmatrix een aantal meter voor therapieruimte afgezonderd op de kostenplaatsen gerelateerd aan de zorggroepen “basis plus” (For-K), “basis daghospitalisatie kind” en “basis volledige hospitalisatie kind”. Indien we het afgezonderde bedrag voor therapie op basis van het aantal vierkante meters opnieuw zouden toewijzen aan de drie zorggroepen, is de relatieve stijging bij “basis daghospitalisatie kind” het grootst (wegens een beperkt aantal totaal m² voor deze zorggroep). Hierdoor is het ruimtegebruik voor deze zorggroep dus mogelijks onderschat. De impact op de andere parameters is beperkt.

dat kan afgeleid worden op basis van de gegevens in onze steekproef, die ongeveer 80% van het totaal aantal erkende bedden/plaatsen in Vlaanderen vertegenwoordigt. Deze gegevens weerspiegelen de realiteit zoals die in het verleden gevormd is: deze realiteit komt echter niet noodzakelijk overeen met de gewenste situatie. Het is dat laatste concept dat uiteindelijk aan de grondslag moet liggen van de schattingen van de ruimtebehoefte in het subsidieschema.

Tabel 48 Ruimtegebruik per zorggroep op basis van aantal erkende bedden/plaatsen die aanwezig zijn in een zorggroep (n=22) – met toewijzing van de ondersteunende diensten op basis van aantal m²

Parameter	Totaal aantal m ² (gemiddelde over 10 jaar) (1)	Bijkomende m ² /bed van ondersteunende diensten (2)	(1) + (2)	Eenheid	Nieuwe m ² / eenheid
Basis volledige hospitalisatie kind	15.313	7.588	22.901	156	146,80
Basis daghospitalisatie kind	496	246	741	26	28,51
Basis volledige hospitalisatie volwassene	291.693	144.542	436.235	4.772	91,42
Basis daghospitalisatie volwassene	30.785	15.255	46.039	1.095	42,04
Basis hospitalisatie familiaal milieu	9.225	4.571	13.796	416	33,16
Hospitalisatie ouderen	29.504	14.620	44.123	796	55,43
Intensieve behandeling volwassene	3.050	1.511	4.561	32	142,54
Basis plus	22.057	10.930	32.986	748	44,10
Apotheek	3.481		3.481	7.989	0,44
Therapie	90.954		90.954	7.989	11,38

4.2 Extra ruimtebehoefte voor gedwongen opnames

In Hoofdstuk 4 en Hoofdstuk 7 hebben we de argumenten gegeven waarom we voor het bepalen van de ruimtebehoefte, naast bedden en plaatsen, ook rekening houden met gedwongen opnames. De uitdaging hierbij is om de ruimtebehoefte voor gedwongen opnames op een vergelijkbare basis te brengen met de ruimtebehoefte uitgedrukt in termen van een bed of plaats. Net zoals de ruimtebehoefte wordt uitgedrukt als een aantal m² per bed of plaats, moeten we de ruimtebehoefte voor gedwongen opnames ook kunnen uitdrukken als een aantal m².

In eerste instantie hebben we geprobeerd om hier meer zicht op te krijgen via het aandeel gedwongen opnames in het totaal van de opnames (per leeftijdsgroep). Omdat het aantal of aandeel gedwongen opnames per leeftijdsgroep niet beschikbaar is in het Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen⁶⁶⁷, werden deze gegevens bijkomend opgevraagd bij vier psychiatrische ziekenhuizen. De idee was om het aantal gedwongen opnames (afgevlakt en/of getrapt) per relevante zorggroep van een ziekenhuis te vermenigvuldigen met dit aandeel. Nadeel van deze methode is dat de eenheid waarin de gedwongen opnames worden uitgedrukt, nog steeds niet afgestemd is op de eenheid “bed” of “plaats”. Er is enkel een herschaling van het aantal gedwongen opnames. We hebben deze methode bijgevolg niet verder uitgewerkt.

Wanneer we de parameter “basis volledige hospitalisatie volwassene” als voorbeeld nemen, dan bedraagt het ruimtegebruik nu 91,42 m² per erkend A- of T-bed (inclusief nachtplaatsen) (zie Hoofdstuk 4 en Tabel 48). Om de ruimtebehoefte per erkend bed te kunnen “optellen” met de ruimtebehoefte voor gedwongen opnames, moeten we een inschatting kunnen maken van het aantal gedwongen opnames dat nodig is om een extra 91,42 m² te verantwoorden. We hebben thans niet voldoende informatie om dit probleem op te lossen. Verder onderzoek is bijgevolg nodig (zie ook 3.1 in Hoofdstuk 7).

4.3 Ruimtebehoefte gebaseerd op antwoorden van de psychiatrische ziekenhuizen

Bijkomende nuttige inzichten worden geleverd door de antwoorden van de psychiatrische ziekenhuizen op de vraag in de enquête naar het minimaal (of financieel realistisch) aantal m² voor specifieke infrastructuur, waar ze zouden naar streven indien ze in de toekomst een nieuwbouwproject (of herallocatieproject) zouden indienen (in de enquête is dit Stap 4 – Toekomst). Vermits er bij opvraag van deze gegevens nog geen sprake was van een indeling van de kosten en m² op basis van zorggroepen, kunnen deze resultaten niet vergeleken worden met de resultaten uit de voorgaande sectie. Ze kunnen wel afgezet worden tegen de huidige universele ruimtebehoefte (per bed) van 87,5 m²⁶⁶⁸ en een eerste beeld geven van wat mogelijks de wenselijke oppervlakte is.

De resultaten uit de enquête worden weergegeven in Tabel 49. Vermits de antwoorden uitgedrukt zijn in ruimtebehoefte per patiënt en niet per bed, zijn ze niet perfect vergelijkbaar met de bevindingen in de vorige sectie en met de ruimtebehoefte in het huidige systeem. Het is wel opvallend dat de therapieruimte per patiënt (11,71 m²) zeer dicht ligt bij het resultaat zoals dat volgt uit de analyse van de boekhoudkundige gegevens (11,38 m²). Als we de som nemen over de m² van een éénpersoonskamer, van de leefruimte en de therapieruimte per patiënt, komen we overigens op een totale ruimtebehoefte van 46,43 m²/patiënt,

667 Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – Zorginspectie, 2017

668 Inclusief consultaties en andere basis (para)medische functies.

die de 46 m² die in het huidige systeem toegeschreven wordt aan bedden/plaatsen goed benadert. Dit gedeelte van de enquête was echter eerder vrijblijvend en werd ook slechts door een gedeelte van de respondenten ingevuld. Met de resultaten in Tabel 49 moet dan ook omzichtig worden omgesprongen.

Tabel 49 Minimaal of financieel realistisch aantal m² voor verschillende infrastrukturelementen – gemiddelde van de antwoorden in de enquête

Infrastructuur	Gewenste gemiddelde m ²	Sample
Eénpersoonskamer	24,27	19
Leefruimtes (inclusief rustruimtes, exclusief therapielokalen) per patiënt	10,45	15
Crisiseenheid per patiënt	9,23	2
Grootte van een gesprekslokaal per patiënt	3,42	9
Oppervlakte van een gesprekslokaal zelf	15,72	8
Therapieruimte per patiënt	11,71	13
Oppervlakte therapieruimte zelf	57,49	2

5 Besluit

In dit hoofdstuk toonden we schattingen voor de bouwkost per m² voor instandhoudingsprojecten van de psychiatrische ziekenhuizen. Zoals beargumenteerd in Hoofdstuk 4, werd er in het licht van de recente ontwikkelingen in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg voor geopteerd om de parameters te herdefiniëren in termen van zorggroepen. De schattingen van de kosten werden afgeleid op basis van de gegevens geleverd door 22 psychiatrische ziekenhuizen die onze enquête hebben ingevuld. Deze enquête is een aangepaste versie van degene die beschreven is in Hoofdstuk 6.

De gemiddelde kost per m² verschilt sterk tussen de verschillende zorggroepen. Bij de keuze van de uiteindelijke resultaten moeten door de beleidsmakers nog twee belangrijke beslissingen genomen worden. In de eerste plaats moet beslist worden of de huurlasten al dan niet in de definitie van de relevante uitgaven worden opgenomen. We hebben de resultaten getoond voor beide mogelijke keuzes.

In de tweede plaats moet een keuze gemaakt worden voor de toewijzing van de kosten en de ruimte voor de ondersteunende diensten. Men kan ervoor opteren om de ondersteunende diensten apart te houden, maar dat is niet onze voorkeur. Wanneer men de ondersteunende diensten aan de parameters wenst toe te wijzen, stellen we voor om de kosten van de ondersteunende diensten te verdelen over de zorggroepen op basis van hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen. Voor de toewijzing aan de zorggroepen van de ruimte (het aantal m²) gebruikt door de ondersteunende diensten vergelijken we de resultaten voor twee opties: ofwel krijgen de zorggroepen bijkomende m² van de ondersteunende diensten in verhouding tot hun eigen ruimtegebruik als aandeel van het totale ruimtegebruik, ofwel in verhouding tot hun aandeel in het totale aantal bedden/plaatsen. De implicaties van die verschillende opties worden in dit hoofdstuk duidelijk gemaakt.

De toewijzing van de ruimte voor ondersteunende diensten aan de zorggroepen heeft natuurlijk ook gevolgen voor de schatting van het ruimtegebruik per zorggroep. Die schattingen van het ruimtegebruik, gebaseerd op de huidige situatie, geven slechts een eerste indicatie van de werkelijke ruimtebehoefte, wat

in essentie een normatief begrip is. Het lijkt echter weinig twijfel dat de veronderstelling van een uniforme ruimtebehoefte voor alle parameters onrealistisch is.

DEEL IV: HERALLOCATIE EN FINANCIERING

Hoofdstuk 9

Een herallocatietoeslag als prikkel voor vernieuwing?

Zoals we reeds verschillende keren in dit rapport hebben benadrukt, staat de ziekenhuiswereld voor grote structurele wijzigingen. Infrastructuurinvesteringen moeten vanuit dat perspectief bekeken (en gesubsidieerd) worden. Tegelijkertijd moet de huidige infrastructuur natuurlijk ook aan de huidige noden, binnen de huidige structurele omgeving, kunnen voldoen. De moeilijkheid ligt precies hierin dat infrastructuur die nu wordt gebouwd, ook tenminste gedeeltelijk vast ligt op langere termijn: hoe kan in deze context flexibiliteit ingevoerd worden, en hoe kunnen noodzakelijke toekomstige wijzigingen opgevangen worden? Zoals beschreven in Hoofdstuk 1, worden zogenaamde herconditioneringen in het huidige systeem ingepast in een levenscyclusmodel van 40 jaar en gefinancierd via een proportionele ophoging van het strategisch forfait. We formuleren enkele vragen bij deze benadering in sectie 1. In sectie 2 bespreken we de veronderstelling over de levensduur van ziekenhuisinfrastructuur. Een mogelijk alternatief voor de proportionele ophoging van het strategisch forfait wordt geschetst in sectie 3. In sectie 4 illustreren we onze voorstellen met nuttige, maar partiële, empirische informatie. De implicaties van verschillende essentiële beleidskeuzes worden samengevat in sectie 5.

1 Levenscyclus en herconditionering: probleemstelling

De levenscyclusbenadering die aan de grondslag ligt van het huidige model gaat ervan uit dat ziekenhuisinfrastructuur een levenscyclus heeft van 40 jaar, waarbij de nodige werken als volgt kunnen worden opgedeeld:

- in het jaar 0 wordt een nieuwbouw gerealiseerd;
- in jaar 10 is een eerste groot onderhoud noodzakelijk;
- in jaar 20 wordt een grondige herconditionering van de bestaande infrastructuur gepland;
- in jaar 30 is er opnieuw een fase van groot onderhoud, naar het einde van de 40 jaar-periode toe waarschijnlijk gecombineerd met afbraakwerken.

De veronderstelde levensduur van 40 jaar houdt dus rekening met de mogelijkheid van tussentijds groot onderhoud en herconditionering.⁶⁶⁹ Het strategisch forfait wordt toegekend voor nieuwbouw, voor uitbreiding en voor herconditionering, het instandhoudingsforfait voor groot onderhoud en voor vervangingswerken die nodig zijn om kwalitatieve dienstverlening te blijven waarborgen.

De eerste vraag die bij dit systeem kan gesteld worden is die van de lengte van de levenscyclus. De snelle technologische ontwikkelingen en de toename van vereisten inzake duurzaamheid en energiegebruik

⁶⁶⁹ Zoals reeds vermeld in Hoofdstuk 1 kunnen de investeringsplanning in het jaar 0 en het jaar 20 respectievelijk in het jaar 10 en 30 worden omgewisseld ingeval het eerst de intentie is om de bestaande bouw te herconditioneren en pas in een latere fase over te gaan tot nieuwbouw.

hebben tot gevolg dat de veronderstelde levensduur van 40 jaar wellicht een overschatting is van de werkelijke nuttige levensduur van thans gebouwde ziekenhuisinfrastructuur, zelfs wanneer we abstractie maken van de impact van wijzigende zorgconcepten op de infrastructuurvereisten.

Dit laatste brengt ons bij de tweede vraag. Waar ligt precies de grens tussen “herconditionering” en “groot onderhoud”? Zoals reeds geciteerd in vorige hoofdstukken, wordt herconditionering in het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen (2017) omschreven als “de infrastructuurwerken om (1) een gebouw volledig of gedeeltelijk te strippen, of (2) een wijziging van diensten die gepaard gaat met een herallocatie van diensten of functies met een noodzakelijke grondige aanpassing van de infrastructuur”. De juiste inhoud van deze definitie is echter niet helemaal duidelijk, zoals onder meer blijkt uit de verschillende interpretaties in de boekhouding van de ziekenhuizen.

We zullen in deze tekst de term “renovatie” hanteren als een overkoepelend concept dat zowel herconditionering als groot onderhoud kan omvatten. We kunnen het definitieprobleem dan nauwkeuriger omschrijven door een bouwtechnisch onderscheid te maken tussen verschillende vormen van renovatie:

- Type 1: de bouwschil blijft intact, ook de technische uitrusting blijft, het strippen blijft volledig intern.
- Type 2: de bouwschil blijft intact, het strippen blijft intern, maar de technieken worden gewijzigd. Typische voorbeelden zouden hier de grondige modernisering van een operatiekwartier of de ombouw van een deel van het beddenhuis naar operatieruimte kunnen zijn.
- Type 3: de bouwschil verdwijnt. In dat geval is de renovatie equivalent aan nieuwbouw, en zijn ook de kosten zeer gelijkaardig.

Vertrekkend van deze indeling lijkt het logisch investeringen van type 1 te beschouwen als groot onderhoud en te financieren via het instandhoudingsforfait en investeringen van type 3 te financieren via het strategisch forfait. Vragen rijzen vooral bij renovaties van type 2, die onmiddellijk aansluiten bij de oorspronkelijke definitie van herconditionering. Het gaat hier om een echte herallocatie of een zeer grondige modernisering. Renovaties van type 2 kunnen gedreven worden door wijzigingen in het zorgstrategisch plan of door de nood van invoering van nieuwe technieken of aanpassingen aan nieuwe bouwcriteria, bv. op het gebied van duurzaamheid. Ze kunnen ook een evolutie naar nieuwe zorgvormen reflecteren. We zullen ze verder in dit hoofdstuk aanduiden met de term “herallocatie”, en gebruiken de term “herconditionering” enkel wanneer we verwijzen naar het huidige systeem.

Zoals verder ook nog zal worden geïllustreerd in sectie 4 zijn renovaties van type 2 in het algemeen goedkoper dan die van type 3.⁶⁷⁰ Zowel de kosten van deze renovaties als hun plaats in de levenscyclus kunnen echter sterk verschillen van de ene ruimte tot de andere. Deze verschillen zijn relevant voor de derde vraag die binnen dit hoofdstuk aan bod komt: welke techniek is het meest geschikt om de renovaties van type 2 via het systeem van forfaits te subsidiëren?

2 Aanpassing van de levensduur?

Wanneer we de voorgaande indeling van mogelijke renovatietypes toepassen en in verband brengen met de verschillende afdelingen van een ziekenhuis, kan het evident lijken om de verwachte levensduur te laten

670 Overigens worden de kosten voor deze investeringen toch vaak onderschat, zeker wanneer men ook rekening houdt met een mogelijke onderbreking van de inkomstenstroom voor het ziekenhuis.

variëren voor de verschillende parameters. Een relatief korte levensduur van 20 jaar lijkt realistisch voor de hot floor (dit zijn de technisch meest complexe functies binnen het ziekenhuis, bv. het operatiekwartier), maar voor de kantoor- en hotelfuncties is de levensduur waarschijnlijk veel langer (mogelijk tot 40 jaar). Er zijn echter duidelijke nadelen verbonden aan de invoering van een per parameter gedifferentieerde levensduur in het financieringsmodel. Deze aanpak zou leiden tot een voortdurende nood aan aanpassingen doorheen de tijd. De technieken en noden blijven immers evolueren, en dat aan een verschillend ritme voor de verschillende parameters. Bovendien zou deze differentiatie leiden tot relatief hoge forfaits voor ruimtes met een korte levensduur en dus tot een sterkere financiële ondersteuning voor investeringen in dat soort ruimtes. Het lijkt daarom eerder aangewezen om met een uniforme levensduur te blijven werken, die dan kan beschouwd worden als een soort gemiddelde van de verwachte levensduur voor de individuele parameters. Bij de bepaling van wat een “redelijk” gemiddelde zou kunnen zijn, moet men natuurlijk in de eerste plaats vertrekken van de effectieve levensduur van de infrastructuur. Maar daarnaast kan ook rekening gehouden worden met de duur van de financiële leningen en met de huidige boekhoudkundige praktijk.

Wat zou dan zo een redelijk gemiddelde kunnen zijn? Zoals reeds gezegd is de veronderstelling van een levenscyclus van 40 jaar, zoals in het huidige model, onrealistisch. Deze veronderstelling houdt geen rekening met de snelle technologische evoluties in de infrastructuur van de hot floor en evenmin met de toenemende vereisten op het gebied van duurzaamheid, energiegebruik en veiligheid die tot gevolg hebben dat de gebouwde infrastructuur sneller dan vroeger veroudert omdat ze niet meer aan de geldende normen voldoet.

Wanneer men veel belang wil hechten aan de duur van de financiële leningen, zou men kunnen pleiten voor een veronderstelde levensduur van 20 tot 25 jaar (zie verder Hoofdstuk 10). Bovendien zou de veronderstelling van een korte levensduur het voordeel hebben dat er reeds na 20 jaar aanpassing mogelijk is aan nieuwe trends en er geen mid-life renovatie meer noodzakelijk is, met de daarbij horende nood aan extra financiering. Anderzijds echter kan een zo korte levensduur niet beschouwd worden als een goede benadering van de gemiddelde effectieve levensduur van de infrastructuur, die bv. voor de hotelfuncties zeker langer is.

Het lijkt dan ook logisch uit te gaan van een verwachte levensduur die tussen deze twee extremen in ligt. Om praktische redenen zou men dan het beste kunnen aansluiten bij de boekhoudkundige praktijk met afschrijvingen over 33 jaar. Een levensduur van 33 jaar is een redelijk gemiddelde van de effectieve levensduur van verschillende componenten van de infrastructuur. In vergelijking met de huidige veronderstelling van een levensduur van 40 jaar, vermindert deze verkorting van de verwachte levensduur in de berekening van de forfaits ook de mismatch met de termijnen in de leningfinanciering.

Natuurlijk heeft een verkorting van de verwachte levensduur in het huidige systeem van berekening van het strategisch forfait onmiddellijk ook budgettaire gevolgen. We komen daarop terug in sectie 5.

3 De herallocatietoeslag: vragen en een voorstel

Welke beslissing er uiteindelijk ook genomen wordt over de verwachte levensduur zoals die wordt verwerkt in de forfaits, er kunnen ook vragen gesteld worden bij het huidige systeem waarin de kosten van “herconditionering” opgevangen worden via een proportionele toeslag op het strategisch forfait (sectie 3.1). We stellen daarom in sectie 3.2 als een mogelijk alternatief de invoering van een nieuwe herallocatietoeslag voor.

3.1 De logica van de huidige proportionele toeslag voor herconditionering

Zoals toegelicht in Hoofdstuk 1 en Hoofdstuk 2, worden de uitgaven voor herconditionering op dit ogenblik gefinancierd via het strategisch forfait, meer bepaald door een proportionele verhoging van 30% toe te passen op de (nieuw)bouwkosten, inclusief BTW, kosten boven bouwplafond en algemene kosten. We zullen in sectie 4 verder toelichten op welke wijze het ophogingspercentage van 30% werd afgeleid uit een onderzoek van de relatieve kosten die in het verleden voor herconditionering werden gemaakt. Deze proportionele ophoging heeft het voordeel van de eenvoud en biedt ook veel beslissingsvrijheid aan de ziekenhuizen. Ze heeft echter geen sturend karakter en aanpassingen van het strategisch forfait kunnen onverwachte en perverse gevolgen hebben. We kunnen zowel de logica van de huidige benadering als de mogelijke problemen ermee toelichten aan de hand van twee eenvoudige gevallen.

Beschouw eerst situatie A, waarin een ziekenhuis een afdeling grondig wil vernieuwen (met volledige stripping tot op het skelet). Na de ingreep blijft het echter “dezelfde” afdeling (bv. een operatiekwartier wordt grondig herbouwd). Het strategisch forfait van dat ziekenhuis zal hierdoor niet veranderen en het ziekenhuis krijgt voor deze ingreep dan ook geen directe subsidie. Dit past volledig in de logica van het bestaande systeem waarin de renovatiekosten via de proportionele ophoging in het strategisch forfait verwerkt zijn. Het onderliggende idee is dat gedurende de levenscyclus van het ziekenhuis verschillende afdelingen moeten “vernieuwd” worden – op voorhand weet men niet welke afdelingen en aan welke kost. De proportionele ophoging is dan een vorm van “gemiddelde” dat aan de ziekenhuizen de ruimte laat om zelf te beslissen waar en wanneer renovatie het meest aangewezen is.

Maar bekijk nu een tweede geval (situatie B): veronderstel dat een ziekenhuis een operatiekwartier omvormt in een dagziekenhuis. De verhoging van het aantal plaatsen in het dagziekenhuis heeft een positief effect op het strategisch forfait, de vermindering van het aantal operatiezalen zal leiden tot een daling van het strategisch forfait. Het netto-effect van beide wijzigingen hangt af van het specifieke project, maar zal in dit geval waarschijnlijk negatief zijn. De proportionele ophoging voor herconditionering zal dan op een verschillend (wellicht lager) aanvangsbedrag worden toegepast. De kosten om het operatiekwartier om te vormen in dagziekenhuis worden dan op geen enkele manier gecompenseerd. Integendeel, het is zelfs waarschijnlijk dat het strategisch forfait, en dus het niveau van subsidiëring, daalt. Wanneer het gaat om een herallocatie die past in het kader van de zorgstrategische plannen zijn zulke negatieve financiële prikkels pervers.

De vraag is nu dus of het mogelijk is om een systeem uit te werken dat (a) wel een subsidie toekent voor deze vormen van herconditionering/herallocatie die zouden moeten gestimuleerd worden in het kader van zorgstrategische plannen; en (b) die subsidie laat afhangen van de specifieke vorm van de herconditionering/herallocatie, om rekening te houden met verschillen in kosten en levensduur?

In de huidige situatie is er overigens ook nog een mogelijk transitieprobleem. Vele ziekenhuizen hebben nog geen strategisch forfait, en dus ook geen budget voor herallocatie.⁶⁷¹

671 Meer informatie over de toegepaste overgangsmaatregelen kan gevonden worden in Hoofdstuk 2. De ziekenhuizen kunnen momenteel wel een volledig strategisch forfait aanvragen voor herallocatie. Dit biedt sturingsmogelijkheden aan de overheid. Ze kan immers inzetten op herallocaties omdat ze kan bepalen aan welke projecten een strategisch forfait wordt toegekend.

3.2 Een voorstel: de herallocatietoeslag

We bekijken een situatie waarbij een afdeling van een ziekenhuis wordt geheralloceerd (een renovatie van type 2, zoals hierboven beschreven). Het aantal eenheden dat door deze ingreep wordt gerealiseerd leidt tot een toename van het strategisch forfait met ΔSF_N . Tegelijkertijd vermindert het strategisch forfait omwille van de afbouw van de oude afdeling met ΔSF_O . Indien het gaat om de situatie A beschreven in de vorige sectie, d.w.z. de renovatie van een afdeling, bv. de modernisering van een operatiezaal, waardoor de waarde van de parameter voor en na de renovatie dezelfde blijft, is $\Delta SF_N = \Delta SF_O$. Wanneer het echter gaat om een herallocatie (zoals in situatie B) zal de daling van het strategisch forfait als gevolg van de verdwijning van een vroegere afdeling (de reductie van de vroegere parameter) niet noodzakelijk gelijk zijn aan de stijging van het strategisch forfait omwille van de vernieuwde afdeling. Wanneer een “duurdere” parameter (bv. operatiekwartier) wordt geheralloceerd naar een goedkopere (bv. dagziekenhuis) is $\Delta SF_N < \Delta SF_O$.⁶⁷² Wanneer een goedkopere parameter wordt geheralloceerd naar een duurdere zal $\Delta SF_N > \Delta SF_O$.

Voor de berekening van de herallocatietoeslag zijn dan twee componenten van belang:

- (a) de bouwkost van de nieuwe eenheden. Wanneer de kosten van de renovatie per m² gelijk zijn aan de nieuwbouwkosten, kan deze bouwkost uitgedrukt worden in functie van het bestaande strategisch forfait als $\Delta SF_N \times \text{levensduur}$, waarbij dezelfde “levensduur” gehanteerd wordt als voor de berekening van het strategisch forfait. Sommige renovaties kunnen echter goedkoper zijn dan nieuwbouw (zie de informatie in sectie 4). Om daarmee rekening te houden kan een coëfficiënt β ($0 \leq \beta \leq 1$) ingevoerd worden. De renovatiekost kan dan geschreven worden als $\beta \Delta SF_N \times \text{levensduur}$. Voor een herallocatie met dezelfde kost als nieuwbouw is $\beta = 1$.
- (b) een compensatie voor de daling van het strategisch forfait als gevolg van de verschuiving in de parameters. In de notatie van hierboven is het (jaarlijkse) “verlies” in het strategisch forfait gelijk aan $(\Delta SF_O - \Delta SF_N)$. De beleidsmakers kunnen beslissen over de mate waarin ze voor deze daling/stijging van het strategisch forfait willen compenseren. Daartoe voeren we een nieuwe (“compensatie”)coëfficiënt α in (met $0 \leq \alpha \leq 1$) die door de beleidsmaker vrij kan gezet worden.

De som van deze twee componenten leidt dan tot de volgende uitdrukking voor de nieuw in te voeren herallocatietoeslag:

$$\text{herallocatietoeslag} = [\beta \cdot \Delta SF_N + \alpha(\Delta SF_O - \Delta SF_N)].$$

Dit is een flexibele formule waar de overheid twee variabelen vrij kan kiezen: ten eerste de coëfficiënt α , die aangeeft of en hoe genereus ze wil compenseren voor de verandering in het strategisch forfait als gevolg van de herallocatie, en ten tweede de parameter β , als een benadering van de reële kostenverschillen tussen nieuwbouw en herallocatie. Natuurlijk kan β ook als een empirisch bepaalde grootheid worden gezien (zie bv. de analyse in de volgende sectie): dan blijft nog steeds α over als een beleidsparameter.

Zoals de naam het zegt, kan de herallocatietoeslag gezien worden als een toeslag bovenop het strategisch forfait. Hij wordt berekend op basis van dezelfde parameters en eenheden als voor dat strategisch forfait worden gebruikt, en kan doorheen de tijd wijzigen. In die zin vormt hij dan ook geen onvoorwaardelijk vastliggende subsidie en komt de invoering ervan niet in conflict met de ESR-regelgeving (die uiteengezet werd in Hoofdstuk 3).

672 Dit zal natuurlijk ook afhangen van het aantal eenheden dat verloren gaat (respectievelijk bijgewonnen wordt) voor de twee parameters.

De werking van deze nieuwe herallocatietoeslag wordt duidelijk wanneer we een reeks speciale gevallen bekijken:

- Bekijk eerst de hierboven beschreven situatie A, waarbij een bestaande afdeling (bv. een operatiekwartier) wordt hernieuwd. Dan is $\Delta SF_O - \Delta SF_N = 0$, en valt de tweede term weg. De herallocatietoeslag wordt dan gewoon $\beta \Delta SF_N$, waarbij β verschillend van 1 zal zijn als de renovatiekosten lager zijn dan nieuwbouwkosten. Bij een volledige stripping met kosten gelijk aan nieuwbouw wordt $\beta = 1$.
- Beschouw nu situatie B, waarbij een dure afdeling (vb. operatiekwartier) in een “goedkope” (vb. dagziekenhuis) wordt omgezet. Dan wordt de herallocatietoeslag gelijk aan $(\beta \Delta SF_N + \alpha(\Delta SF_O - \Delta SF_N))$. Als de kosten gelijk zijn aan de nieuwbouwkosten ($\beta = 1$) en als de vermindering van het strategisch forfait als gevolg van de herallocatie volledig wordt gecompenseerd ($\alpha = 1$), dan wordt de toeslag gelijk aan ΔSF_O , d.w.z. het ziekenhuis wordt precies gecompenseerd voor de daling van het strategisch forfait als gevolg van de omzetting van het operatiekwartier. Wanneer de herallocatietoeslag (ΔSF_O) opgeteld wordt bij de “automatische” aanpassing ($\Delta SF_N - \Delta SF_O$) blijft dan precies ΔSF_N over, de gewenste subsidie voor de renovatiekost wanneer $\beta = 1$.
- Het is natuurlijk ook mogelijk dat een goedkopere (bv. beddenhuis) naar een duurdere (bv. intensieve zorgen) parameter wordt gheralloceerd, en dat daardoor $(\Delta SF_O - \Delta SF_N) < 0$.⁶⁷³ De “automatische” stijging van het strategisch forfait wordt in dat geval in mindering gebracht van de bouwcost voor de berekening van de herallocatietoeslag.

In Bijlage XI (Beleidsfiche 11) wordt de concrete werking van de herallocatietoeslag verder geïllustreerd voor een reeks numerische voorbeelden. Daar wordt ook toegelicht op welke wijze de ondersteunende diensten in deze benadering kunnen meegenomen worden.

De invoering van een herallocatietoeslag geeft aan de overheid een instrument om de investeringen in de ziekenhuisinfrastructuur te sturen. De herallocatietoeslag kan gebruikt worden om een switch naar nieuwe zorgvormen te stimuleren, of om renovatieprojecten met netwerkimpact sterker te ondersteunen. Dat kan door de coëfficiënt α te variëren in functie van de wenselijkheid van de renovatie. Wanneer de overheid beslist om α gelijk te stellen aan 0, valt de compensatie die vervat zit in de tweede term overigens volledig weg.

Om in aanmerking te komen voor de herallocatietoeslag zullen renovatieprojecten moeten worden aangevraagd en zullen ze beoordeeld worden, op basis van hun coherentie met de zorgstrategische planning en met de mogelijke verstrenging van de duurzaamheidscriteria. Dit geeft aan de overheid een bijkomend instrument om renovatieprojecten in een door haar gewenste richting te sturen. Modulair bouwen wordt erdoor aangemoedigd. Zoals in het algemeen reeds werd uiteengezet in Hoofdstuk 1, heeft die versterking van de sturende werking van de forfaits als onmiddellijk gevolg dat de vrijheid van de ziekenhuizen om hun investeringen te plannen zoals zij dat willen wordt ingeperkt. De eenvoudige proportionele toeslag bovenop de bouwcost die nu wordt toegepast biedt aan de ziekenhuizen een grotere beslissingsruimte.

673 Dit zal opnieuw afhangen van het aantal eenheden dat verloren gaat (respectievelijk bijgewonnen wordt) voor de twee parameters.

4 Kosten van de herallocatiecomponent: enkele partiële resultaten

Om de gevolgen te beoordelen van de verschillende voorstellen rond de herallocatiecomponent is het interessant om een, zij het voorzichtige, inschatting te hebben van de kosten voor de herallocatie. Hiertoe brengen we informatie samen uit verschillende bronnen.

Ten eerste zijn er de studies die in het verleden werden uitgevoerd. Zo bleek uit een analyse van Zorgnet-Icuro op de gegevens ingezameld door het VIPA in 2014 (zie Hoofdstuk 6, sectie 1.2.1 voor meer uitleg) dat over de periode 2007-2014 de investeringen op de rekening herconditionering 24% vertegenwoordigden van de onroerende investeringen (gebouwen). De laatste vier jaren van die periode werden echter gekenmerkt door een last-minute investeringsgolf voor de bevoegdheidsoverdracht, mede gestimuleerd door de financiering van herconditioneringswerken vanuit de federale overheid.⁶⁷⁴ Dit is ook precies de periode na de introductie van de nieuwe subrekening specifiek voor herconditionering.⁶⁷⁵ Het gemiddelde over deze vier jaren is 34%. Groot onderhoud maakte over de volledige periode gemiddeld 24% uit van de onroerende investeringen.⁶⁷⁶

Een gelijkaardige berekening werd uitgevoerd bij de uitwerking van de nieuwe forfaits in 2016⁶⁷⁷, deze keer op basis van de gegevens van het BFM van 1/7/2015. Hierbij werd verondersteld dat een deel van de investeringen die op onroerend (gebouwen) geboekt werden ook als herconditioneringswerken gelden. Deze berekening leverde op dat de investeringen voor de herconditionering (20 jaar na de nieuwbouw volgens de levenscyclus) gemiddeld 37% van de onroerende investeringen bij de nieuwbouw bedragen. In de finale beslissing over de forfaits werd dit dan verlaagd tot 30%.

In beide studies wordt er dus via de afschrijvingen gekeken naar de verhouding van de investeringen in herconditionering van (theoretisch) de voorbije 33 jaar ten opzichte van de investeringen in onroerend (waar doorgaans nieuwbouwprojecten op worden geboekt). We berekenden in onze dataset voor de algemene ziekenhuizen dezelfde verhouding op basis van de aanschaffingswaarden voor de opdraagperiode. Hiervoor werden de rekeningen in Bijlage VI geselecteerd (zowel de rekening voor gebouwen als voor herconditionering en duurzame ontwikkeling⁶⁷⁸). Hiervan namen we de gegevens op

674 Voor de bevoegdheidsoverdracht kwamen enkel prioritaire herconditioneringswerken in aanmerking voor subsidies van het VIPA. Niet-prioritaire werken werden betaald op reële basis via onderdeel A1. In de periode 2011-2015 werd echter een forfaitaire vergoeding toegekend waarbij de forfaits telkens dienden vergeleken te worden met de reële afschrijvingen voor herconditionering. De instelling ontving dan het hoogste bedrag van de twee. Meer informatie hierover in Hoofdstuk 2.

675 Ingevoerd vanaf 2012 voor investeringen vanaf 2010.

676 De som van herconditionering en groot onderhoud komt behoorlijk overeen met de resultaten uit een Nederlandse studie van 2007 (College Bouw Zorginstellingen, 2007, Gebouwdifferentiatie van een ziekenhuis – Schillenmethode, rapportnummer 661), waarin gesteld wordt dat groot onderhoud, inclusief functionele aanpassingen na 20-25 jaar (waarvan we veronderstellen dat het overeenkomt met “herconditionering”), ongeveer 50% van de initiële investeringskosten bedraagt.

677 “Om het percentage herconditionering te bepalen, werd het gedeelte herconditionering vergeleken met het gedeelte onroerend uit het BFM van 1/7/2015 (zie bijlage 2). 80% van het gedeelte onroerend werd vermenigvuldigd met 10/4, hiervoor gaan we ervan uit dat dit VIPA-projecten zijn. Voor de resterende 20% van het gedeelte onroerend gaan we er van uit dat dit herconditioneringswerken zijn en voor 100% door FOD werden gefinancierd. We bekomen een percentage van 37% indien we herconditionering (inclusief 20% onroerend) afzetten ten opzichte van (80% onroerend uit $\text{BFM} \times 10/4$). In het model werd dit percentage verlaagd tot 30%.” (Conceptnota nieuw financieringssysteem voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, April 2016, p 9-10).

678 Uit de antwoorden op de vragen rond waarderingsregels blijkt inderdaad dat niet iedereen herconditioneringswerken op rekening 2251 boekt, maar dat deze ook soms op rekening 221 worden geboekt of zelfs soms op rekening 224. Via de antwoorden op de boekingsregels (Stap 1 in de enquête) en de antwoorden op de toelichtingsvragen rond

over de opvraagperiode⁶⁷⁹ en met nieuwbouwindicator “REST”, om zo alle verbouwingen buiten de nieuwbouwprojecten te identificeren. Voor de kosten voor de nieuwbouwprojecten (onroerend) nemen we dan de gegevens met de resterende nieuwbouwindicatoren op alle rekeningen waar onroerende werken op geboekt worden.⁶⁸⁰ Op basis van deze gegevens vinden we dat investeringen in herconditionering 65% uitmaken van de investeringen in onroerend. Dit resultaat moet voorzichtig geïnterpreteerd worden en de ingezamelde data waren zeker niet geschikt om (betrouwbaar) meer gedetailleerde analyses te doen. Dit was onder meer omdat de (onroerende) bouwwerken vaak op een algemene kostenplaats worden geboekt, het evenmin te achterhalen was of in het geval van een herallocatie de kosten op de kostenplaats van de originele of de nieuwe bestemming van de ruimte terecht gekomen waren, en omdat het moeilijk was om de originele bouwkost van de ruimte die geherconditioneerd werd te identificeren.

Ten tweede vroegen we ook de kostenramingen op die gebruikt worden bij interne werken bij een technische dienst van een groot ziekenhuis. Deze ramingen (waarbij de kosten van de basis technische installaties op een dienst inbegrepen zijn), werden opgedeeld in drie categorieën afhankelijk van het type verbouwing: (1) ombouw vanaf de dekvloer: van € 1.576,26⁶⁸¹ tot € 1.705,99; (2) ombouw met deels aanpassing van de wanden: van € 1.340,91 tot € 1.445,38 en (3) ombouw zonder aanpassing wanden: van € 1.053,90 tot € 1.184,78. Als we deze bedragen vergelijken met de bedragen voor het aandeel herconditionering in het BVR 2017 (bv. € 1.022,87 voor de parameter N*-eenheid, € 1.162,35 voor de parameter radiotherapie⁶⁸²) zien we dat deze laatste enkel de derde categorie werken dekken, hoewel de herallocatiecomponent in theorie eerder voor de eerste twee categorieën bedoeld is.

Een derde en laatste databron om een inschatting te krijgen van realistische investeringskosten voor de herallocatiecomponent zijn de bouwdoosiers. Hiervoor selecteerden we acht bouwdoosiers met een ingebruikname na 2014⁶⁸³ die betrekking hebben op een (uitbreidings- en) verbouwingsproject. Voor deze dossiers werd door het VIPA (op basis van het bouwtechnische advies) een onderscheid gemaakt tussen het deel van het dossier dat over een uitbreiding ging en het deel dat over een renovatie ging. Deze bedragen zijn ramingen (geïndexeerd) en exclusief BTW en algemene onkosten. Uit deze analyse blijkt dat de bouwkost per m² meter van de verbouwingen 65,56% tot 69,5%⁶⁸⁴ uitmaken van de kosten van een

herconditionering (Stap 3.2 uit de enquête) probeerden we de herconditioneringsprojecten zo goed mogelijk te identificeren. Er waren echter regelmatig inconsistenties in de antwoorden. Zo gaven sommige ziekenhuizen bijvoorbeeld in stap 1 aan geen herallocatiewerken te hebben, maar gaven ze in stap 3.2 wel een bedrag voor de verschillende componenten van de herconditioneringswerken op. In dergelijke gevallen was er geen identificatie mogelijk.

679 Gezien we verschillende rekeningen samentellen kunnen we de analyse doen over de voorbije tien jaar, ondanks de introductie van de rekening voor herconditioneringswerken in 2012.

680 Dit betreft rekeningen 224, 2524, 225, 2250, 2525, 2253, 25253, 25250, 2252, 25252, 221, 2521, 2251, 25251 en 223. Gezien we geen nieuwbouwindicator voor de huurlasten hebben en we voor deze berekening kijken naar de aanschaffingswaarden over de voorbije tien jaar en niet naar de afschrijvingen, is het hier niet aangewezen om ook de huurlasten mee te nemen omdat de jaarlijkse huurlast niet vergelijkbaar is met de aanschaffingswaarde over de opvraagperiode.

681 Alle prijzen zijn inclusief BTW en de spreiding is afhankelijk van het feit of de werken in één of meerdere fasen gebeuren.

682 Zonder omslag en inclusief BTW.

683 Na verdere analyse van deze dossiers bleek één dossier hiervan een foutief jaar van ingebruikname in de dataset te hebben. Dit dossier dateert van 2009. Daarnaast bleek één dossier ook over een nieuwbouw en niet over een verbouwing te gaan.

684 Op basis van een berekening van een klassiek gemiddelde (met n=7 voor de uitbreiding en n=6 voor de verbouwing) of een gewogen gemiddelde op basis van de vierkante meters van de bouwdoosiers.

uitbreiding.⁶⁸⁵ Dit getal komt ook in de buurt van het bedrag dat maximaal betoelaagd werd door het VIPA voor de verbouwingen in de regelgeving voor de invoering van de forfaits.⁶⁸⁶ Uit dezelfde gegevens blijkt eveneens dat bij een verbouwing de kosten van de ruwbouw (PF1) deels verschuiven naar PF3 (i.e., gemiddeld 35,27% PF1 en 19,87% PF3 bij uitbreiding tegenover 16,94% PF1 en 39,47% PF3 bij een verbouwing). Deze cijfers dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien de uitbreidingen en de verbouwingen niet dezelfde type ruimtes beslaan. Ze bevestigen wel dat het zin heeft om in de herallocatietoeslag een coëfficiënt β (<1) op te nemen.

5 Beleidskeuzes

De aanpassing van de levensduur en de invoering van een herallocatietoeslag zijn fundamentele ingrepen in het huidige forfaitaire financieringssysteem. Ze kunnen natuurlijk ook apart worden ingevoerd. Uiteindelijk kan de overheid kiezen tussen vier mogelijkheden:

- De eerste mogelijkheid is om niets te wijzigen aan het huidige systeem. Dit is de gemakkelijkste oplossing. De nadelen ervan werden in dit hoofdstuk echter uiteengezet.
- De overheid verlaagt de veronderstelde levensduur van de ziekenhuisinfrastructuur (bv. tot 33 jaar) maar voert geen herallocatietoeslag in. Wanneer men de proportionele ophoging blijft toepassen, geeft men een groot gewicht aan de vrijheid van de ziekenhuizen maar krijgt de overheid geen bijkomend sturingsinstrument. De verkorting van de veronderstelde levensduur heeft onmiddellijk budgettaire gevolgen. Om budgettaire neutraliteit te bewaren zullen er dan bijkomende aanpassingen nodig zijn.
- Men kan ook de veronderstelde levensduur behouden op 40 jaar, de proportionele toeslag afschaffen en een herallocatietoeslag invoeren. Dit kan gebeuren op een budgetneutrale manier, door het budget dat bestemd wordt voor herallocatie gelijk te stellen aan de 30% van de bouwkosten die nu in de ophoging zit. De informatie in de vorige sectie suggereert dat die 30% een redelijke benadering vormt van de realiteit. De herallocatietoeslag vormt voor de overheid een bijkomend sturend instrument: de renovatieprojecten kunnen apart beoordeeld worden op basis van hun coherentie met de zorgstrategische planning en de financiering kan meer of minder genereus gemaakt worden door de keuze van de compensatiecoëfficiënt α . Bovendien vermijdt men de perverse financiële prikkels die nu in het systeem aanwezig zijn. Het systeem wordt echter meer ingewikkeld en de beslissingsruimte van de ziekenhuizen krimpt in.
- Tenslotte kan men natuurlijk ook beide opties combineren, een herallocatietoeslag invoeren en tegelijkertijd de veronderstelde levensduur aanpassen. Elke aanpassing van de levensduur zal budgettaire gevolgen hebben, waarmee rekening moet worden gehouden.

685 Indien we de berekeningen maken waarbij we de twee dossiers weglaten die slechts een kleine renovatie inhielden en/of niet bestempeld werden door Zorg & Gezondheid als herallocatie, stijgt dit getal tot maximaal 72,85%.

686 De raming voor een verbouwing mocht maximaal 75% van de raming voor een uitbreiding zijn (Art. 13 in het Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor verzorgingsvoorzieningen, 16/07/2010).

Hoofdstuk 10

De financieringscomponent

Zoals beschreven in Hoofdstuk 1 en Hoofdstuk 2 worden de interestlasten in de huidige regelgeving gesubsidieerd door een procentuele verhoging van 32% voor het strategisch forfait en van 10% voor het instandhoudingsforfait. Deze toeslag is onafhankelijk van het feit of het ziekenhuis al dan niet een lening afsluit en, indien dat inderdaad gebeurt, van het type lening. De toeslag wordt geacht een benadering te zijn van de verwachte interestlast over de ontleenperiode als percentage van het ontleende bedrag. Voor de berekening ervan werd uitgegaan van een gewogen gemiddelde van de interestpercentages op verschillende ontleeningstermijnen (1,5% voor leningen op 10 jaar, 2% voor leningen op 15 jaar en 2,5% voor leningen op 25 jaar). De toeslag wordt dus niet rechtstreeks bepaald door de marktrentes op het moment van de uitbetaling of van het aangaan van de (al dan niet hypothetische) lening voor de infrastructuur waarvoor het forfait wordt aangevraagd.

Vermits het gaat om een procentuele verhoging, varieert het effectieve bedrag jaarlijks mee met de variatie van het strategisch forfait. Het Besluit van de Vlaamse Regering laat de mogelijkheid open om de vergoeding aan te passen afhankelijk van wijzigingen op de kapitaalmarkt.

We geven eerst een bondig overzicht van de vragen die bij het huidige systeem gesteld worden (in sectie 1.1) en bespreken dan een mogelijk alternatief (sectie 1.2).

1 Vragen bij het huidige systeem

De invoering van een forfaitair systeem met een hypothetische levenscyclus voor de infrastructuur creëert een cashflow mismatch voor de ziekenhuizen. De forfaits zijn berekend op 40 jaar, de duur van de leningen is korter, meestal 20 + 5 jaar (inclusief de bouwperiode). De kasuitstroom (*cash outflow*) is het grootst in de eerste jaren na de start van de werken. Hierdoor is in de eerste 5-10 jaar het bedrag van de forfaits ontoereikend en is er in de latere jaren van de levenscyclus een financieel overschot. Bovendien lijkt er in de financiële wereld een tendens te zijn om de maximale termijn van de leningen nog te verkorten. We hebben in Hoofdstuk 9 reeds gesteld dat de levensduur van 40 jaar wellicht onrealistisch is.

Naast de mismatch, creëert de specifieke vorm van de forfaitaire toeslag bijkomende onzekerheid voor de banken en voor de ziekenhuizen. Er is geen directe band tussen de effectieve interestlasten die door de ziekenhuizen moeten betaald worden en de financiering via het strategisch forfait. Bovendien houdt de verhoging, toegepast op het strategisch forfait, geen rekening met de financiële lasten van leningen die door de ziekenhuizen worden aangegaan voor infrastructuurinvesteringen die niet verwerkt zitten in de parameters waarop de forfaits gebaseerd zijn.

Het feit dat de Vlaamse regering de omvang van de financieringscomponent kan aanpassen verhoogt de onzekerheid over de toekomstige cashflow nog meer. Als een ziekenhuis immers in jaar t een lening is aangegaan met een interestvoet van 4% (2%), waar in jaar $t+10$ in de financiering een geüpdatete interestcomponent van 2% (4%) tegenover staat, is er sprake van onder-(over)compensatie.

Bovendien leidt de variabiliteit van het strategisch forfait zelf onmiddellijk ook tot variabiliteit in de financieringscomponent. Veronderstel bv. dat het aantal verantwoorde bedden van een ziekenhuis daalt, zodat het strategisch forfait daalt. De financieringscomponent als percentage van dat strategisch forfait zal

dan ook dalen, maar de vermindering van het aantal bedden verandert natuurlijk de financieringslast van de vroeger aangegane leningen niet.

Min of meer onafhankelijk van de specifieke design van de forfaits (het onderwerp van dit rapport) worden bij de toekomstige leningfinanciering van de ziekenhuisinfrastructuur nog bijkomende vragen gesteld:

- Er dreigt onduidelijkheid te ontstaan rond de juridische situatie bij investeringen binnen een ziekenhuisnetwerk. Welke entiteit zal dan optreden als debiteur? En hoe zullen de kredietstromen binnen het netwerk worden georganiseerd?
- Er moet klaarheid zijn over de wijze waarop de forfaits in de boekhouding van de ziekenhuizen worden opgenomen, om kunstmatige inflatie van het eigen vermogen te vermijden. Het VIPA heeft hierrond recent aanbevelingen geformuleerd.⁶⁸⁷ Het beheer van het ziekenhuis kan hiermee rekening houden binnen de waarderingregels.
- De invoering door de Vlaamse regering van het nieuwe financieringssysteem ging gepaard met de afschaffing van de overheidswaarborg bij de leningen. Dit bleek noodzakelijk om aan de Europese regelgeving te voldoen. Dit leidt tot een opwaartse druk op de risicopremie en dus op de interestvergoeding die door de ziekenhuizen moet betaald worden. Hypotheekleningen kunnen dit probleem slechts zeer gedeeltelijk oplossen, omdat de marktwaarde van de ziekenhuisgebouwen, wanneer ze niet meer als ziekenhuis gebruikt worden, waarschijnlijk zeer laag zal zijn.

2 Een alternatief voor het huidige systeem?

Op het eerste gezicht zouden de cashflow-problemen drastisch kunnen verminderen wanneer de financiering van de interestcomponent los zou staan van de forfaits. Dit is echter moeilijk of niet te realiseren in het licht van de Europese ESR-regelgeving (sectie 1.2.1). We beschrijven daarom een mogelijk alternatief voor het huidige systeem dat volledig blijft passen binnen de logica van de jaarlijkse forfaits (sectie 1.2.2). Ook met dit nieuwe voorstel blijven er echter nog vragen open (sectie 1.2.3).

2.1 Financiering los van de forfaits?

In principe zou de overheid een deel van de reële interestlasten die het ziekenhuis moet dragen naar aanleiding van de infrastructuurinvestering, op zich kunnen nemen. Deze idee kan op verschillende manieren geïmplementeerd worden. Eén mogelijkheid zou bv. zijn om de ziekenhuizen met een lening een bepaald percentage (bv. 80%) van de reële interest terug te betalen en de ziekenhuizen zonder lening een percentage gebaseerd op een marktconforme index zoals de lineaire obligatie (OLO).⁶⁸⁸

Het nadeel van deze optie is dat deze reële lasten sterk kunnen verschillen tussen de ziekenhuizen omwille van de grote verschillen in hun financiële situatie, wat de financiering complex en voor de overheid moeilijk te voorspellen maakt. Bovendien vermindert de gegarandeerde terugbetaling allicht de prikkel voor de ziekenhuizen om scherpe marges te onderhandelen. Zoals reeds uiteengezet werd in Hoofdstuk 1, zijn er goede redenen om te blijven opteren voor een forfaitaire subsidieregeling. Dan rijst de vraag: is het mogelijk

687 Nota 'Boekhoudkundige verwerking instandhoudingsforfait en strategisch forfait, Controle in functie van VIPA & Vlaamse subsidieregeling', gecommuniceerd t.a.v. de financieel directeurs vanuit VIPA op 8/07/2019.

688 Er dient dan een drempelwaarde vastgelegd te worden om te bepalen wanneer een ziekenhuis in de eerste of in de tweede groep valt: men valt in groep 1 zodra minimaal x% (bv. 75%) van het bedrag van de investering geleend is.

om de basisstructuur van het huidige systeem te behouden en de financieringscomponent te koppelen aan de jaarlijkse forfaits, maar tegelijkertijd binnen die structuur de financiering beter af te stemmen op de reële financieringslasten van het ziekenhuis?

2.2 Verhoging van de forfaits: een mogelijk alternatief

Een stap in de goede richting zou zijn om de verhoging te berekenen op basis van de marktsituatie op het moment van de start van de werken. In lijn met de regeling die toegepast werd in de vroegere financiering van de gebruikstoelage (zie Hoofdstuk 2), zou men het toegepaste verhogingspercentage kunnen laten bestaan uit de som van een basispercentage en een herzienbare marge. Het basispercentage kan worden bepaald op basis van een marktconforme index zoals OLO. Voor forfaits toegekend in jaar t , zou men bijvoorbeeld de OLO intrestvoet kunnen nemen op 31 december van het jaar $(t-1)$. De herzienbare referentiemarge als maat van de lokale marktsituatie zou kunnen bepaald worden op basis van een sectorbevraging rond de courante marges van afgelopen en lopende bouwprojecten, en zou regelmatig (bv. elke 3-5 jaar) kunnen worden herzien. De financieringstoelage zou voor het ziekenhuis kunnen vastgeklemd worden voor een langere periode, bv. 25 jaar, in lijn met de gemiddelde duurtijd van de leningen. Na deze periode wordt de berekening automatisch geüpdatet. De financieringscomponent van het strategisch forfait blijft hierdoor constant tijdens de volledige looptijd van de lening. Wanneer we echter de hypothetische levensduur van 40 jaar behouden wordt het probleem van de casflow mismatch, d.w.z. de onderfinanciering in de eerste 25 jaar, natuurlijk niet opgelost.

Een concrete berekening zou er bijvoorbeeld als volgt kunnen uitzien. Veronderstel dat we het basispercentage voor het strategisch forfait gelijk stellen aan OLO-20 jaar. Op 31 december 2019 was die gelijk aan 0.63%. Stel (als hypothetisch voorbeeld) dat we daaraan een marge van 70 basispunten toevoegen. Een annuïteitenlening op 25 jaar aan een intrestvoet van 1,33% zou dan een totale intrestlast opleveren van 18% van het basisbedrag. Die 18% kan dan gebruikt worden als de proportionele toeslag op het strategisch forfait. Dat percentage is beduidend lager dan de 32% die nu wordt toegepast, maar dat wordt natuurlijk verklaard door de lage rentevoet. Indien de rentevoet (inclusief de marge) zou stijgen tot 2,5%, stijgt de financieringstoelage tot 35%.

Het voordeel van het hier voorgestelde systeem is dat de financieringscomponent dichter aanleunt bij de reële condities die de ziekenhuizen in de markt kunnen krijgen. Dit verbetert de cashflowsituatie en de kredietwaardigheid van de ziekenhuizen. Doordat het basispercentage voor een langere periode zou worden vastgeklemd verkleint ook het renterisico. Dit kan tot gevolg hebben dat de te betalen intrestvergoeding verlaagt. Natuurlijk zou, zoals nu het geval is, deze verhoging van het forfait toegekend worden onafhankelijk van het feit of er al dan niet een lening is aangegaan, om niet te discrimineren tegen de ziekenhuizen die uit eigen middelen financieren.

We hebben ons tot nu toe vooral gericht op het strategisch forfait. Een gelijkaardige redenering zou ook kunnen toegepast worden voor het instandhoudingsforfait. In onze voorstellen wordt dat niet meer berekend als een afgeleide van het strategisch forfait, maar wordt vertrokken van reële kostendata. Voor de instandhoudingsinvesteringen is doorgaans geen "start van de werken" gedefinieerd en zijn de ontleningstermijnen in principe korter. Vastklikken voor 25 jaar heeft dan ook niet veel zin. Het lijkt meer opportuun om de financieringstoelage hier op regelmatige basis (bijvoorbeeld om de vijf jaar) in lijn te brengen met de recente marktontwikkelingen. Voor de rest kan dezelfde logica gevolgd worden. Als voorbeeld zou men kunnen vertrekken van de OLO-10 jaar, met daarbovenop een marge. Stel dat dit een intrestvoet oplevert van 0,75% en dat er geleend wordt op 15 jaar. Bij een annuïteitenlening zijn de

intrestlasten dan 6% van het basisbedrag, en dat zou ook de proportionele toeslag kunnen zijn. Die is opnieuw lager dan de 10% die nu wordt toegepast, omdat we vertrokken zijn van een lage rentevoet. Wanneer in de toekomst de rentevoeten stijgen, zou natuurlijk ook de proportionele financieringstoeslag toenemen.

2.3 Overblijvende vragen

Ook het door ons voorgestelde systeem blijft in essentie een ophoging van de forfaits. Het probleem dat een gedeelte van de infrastructuurinvesteringen niet in de parameters van de forfaits wordt opgenomen, wordt hierdoor dus niet opgelost. Men kan zich echter afvragen of dit een probleem is. Indien geoordeeld wordt dat het hier gaat om investeringen die niet absoluut noodzakelijk zijn voor de goede werking (de openbaredienstverplichtingen) van de ziekenhuizen, dan is er ook geen reden om de daaruit voortvloeiende financiële lasten met overheidsmiddelen te subsidiëren.

Meer fundamenteel is het probleem dat de variatie in het strategisch forfait zich ook automatisch zal blijven vertalen in variatie van de financieringscomponent, zonder dat dit overeenkomt met wijzigingen in de reële financieringslast voor de ziekenhuizen. We hebben in de vorige hoofdstukken wel verschillende wijzigingen in de parameters voorgesteld die dit probleem temperen: denk maar aan het afsplitsen van de zorgondersteunende diensten van de financiering per bed en aan het voorstel om voor sommige parameters met een mix van vaste en variabele eenheden of met voortschrijdende gemiddeldes te werken.

Het belangrijkste punt blijft natuurlijk dat ook in het door ons voorgestelde systeem de cashflow mismatch bij het strategisch forfait blijft bestaan. Die hangt rechtstreeks samen met de veronderstelde levensduur van de infrastructuur, omdat die onmiddellijk gereflecteerd wordt in de hoogte van de jaarlijkse forfaits. Vermits de Europese regelgeving het moeilijk of zelfs onmogelijk maakt om van het forfaitaire systeem af te stappen, is de enige mogelijkheid om aan de mismatch te verhelpen de verkorting van de hypothetische levensduur. We hebben daarvoor reeds gepleit in Hoofdstuk 9 maar daar tegelijkertijd gewezen op de budgettaire implicaties van deze optie.

Overblijvende vragen hebben meer met de juridische structuur dan met de design van de forfaits te maken en vallen dan ook buiten het bestek van dit rapport. Maar er kan zeker op gewezen worden dat, zoals in het verleden, ook de Europese Investeringsbank bij de financiering van grote ziekenhuisprojecten kan betrokken worden, dat er duidelijkheid moet gecreëerd worden over waar het juridisch en financieel zwaartepunt ligt bij investeringen door een netwerk van ziekenhuizen, en dat een eenduidige boekhoudkundige verwerking van de forfaits moet nagestreefd worden met het oog op verhoogde transparantie van de financiële gezondheid van het ziekenhuis.

DEEL V: IMPLEMENTATIE

Hoofdstuk 11 Implementatie

We hebben nu alle bouwstenen voorgesteld waarmee de forfaits kunnen worden samengesteld. In dit hoofdstuk vatten we eerst (sectie 1) de belangrijkste stappen samen, die moeten gezet worden voor de implementatie van deze voorstellen. We duiden aan waar er nog lacunes zitten in de informatie en welke beleidsbeslissingen er nog moeten genomen worden. We doen dit achtereenvolgens voor de vier forfaits waarvoor we gegevens hebben verzameld en in de volgorde van Hoofdstuk 5 tot Hoofdstuk 8. In zekere zin vormen deze secties ook een leeswijzer voor de vorige hoofdstukken. In Bijlage XI Bijlage XI gaan we dieper in op de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties en beschrijven we het simulatiemodel dat werd ontwikkeld om de budgettaire impact van de beleidsopties door te rekenen.

In sectie 2 bespreken we in meer detail de relevantie van onze resultaten over het ruimtegebruik. Vervolgens (sectie 3) schetsen we de problemen die we hebben ontmoet bij de actualisatie van het financieringssysteem voor de universitaire en revalidatieziekenhuizen en we stellen een mogelijke aanpak voor de toekomst voor. In sectie 4 gaan we in grote lijnen in op enkele belangrijke uitdagingen voor de toekomst. Mede op basis daarvan beschrijven we tenslotte een mogelijke strategie om de forfaits in de toekomst aan te passen en up te daten (sectie 5).

1 De berekening van de forfaits

1.1 Het strategisch forfait voor de algemene ziekenhuizen

- De eerste stap is vanzelfsprekend de keuze van de parameters en de eenheden. Ons voorstel daarvoor werd uitgebreid toegelicht in Hoofdstuk 4. Het belangrijkste verschil met de huidige set van parameters is dat we voorstellen om de zorgondersteunende diensten (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. Hierbij hebben we verschillende mogelijkheden voorgesteld, waaruit de beleidsmakers een keuze kunnen maken:
 - Voor de parameters “verpleegeenheid”, “NIC-dienst”, “intensieve zorgen”, “dagziekenhuis”, “apotheek”, “labo” en “medische beeldvorming”, waarbij de eenheden gedefinieerd zijn in aantal bedden en/of plaatsen, stellen we voor een afgevlakte waarde te nemen, dit om grote bruuske schokken te vermijden. Een mogelijkheid is om de eenheden te definiëren als een voortschrijdend gemiddelde, bv. over de laatste drie of vijf jaar. De keuze voor een afgevlakte waarde, zowel als de lengte van de referentieperiode, kunnen door de beleidsmakers bepaald worden.
 - Voor de parameters “dialyse” en “spoeddienst” stellen we als eenheden continue variabelen voor die doorheen de tijd zeer variabel zijn (respectievelijk het aantal chronische hemodialyses en het aantal spoedunits). Om te vermijden dat het forfait elk jaar een (relatief kleine) wijziging zou ondergaan, stellen we voor om hier getrapte waarden te nemen. Een mogelijkheid zou bv. zijn

om met drie trappen te werken, waarbij de spanwijdte tussen de thans geobserveerde minimum- en maximumwaarden in drie gelijke delen verdeeld wordt. Zowel de keuze voor getrapte variabelen als de bepaling van de drempelwaarden, zijn opnieuw beleidskeuzes.

- Een mogelijk nadeel van het werken met getrapte variabelen is dat er een grote schok kan zijn op het moment dat een drempelwaarde over- of onderschreden wordt. Men kan deze schok echter afvlakken door ook hier met een voortschrijdend gemiddelde te werken. Noteer dat dat voortschrijdend gemiddelde onveranderd blijft wanneer de waarde van een bepaalde eenheid gedurende de hele referentieperiode op dezelfde “trap” blijft: het voortschrijdend gemiddelde verandert slechts wanneer een drempelwaarde over- of onderschreden wordt en spreidt dan de overgang naar de nieuwe trap doorheen de tijd.
- Voor de zorgondersteunende diensten (CSA, apotheek en labo) stellen we voor om een netwerkstimulans in te voeren, d.w.z. om de subsidiëring 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. Dit kan een belangrijke financiële prikkel zijn om het toekomstige zorglandschap vorm te geven. De omvang van deze prikkel vormt opnieuw een beleidskeuze.
- Op basis van de gegevens ingezameld bij recente nieuwbouwprojecten werd de bouwkost per m² voor die verschillende parameters geschat. De resultaten werden samengebracht in Tabel 15 in Hoofdstuk 5. Hierbij worden verschillende mogelijkheden getoond voor de behandeling van de (niet zorg-) ondersteunende diensten. Het gaat hierbij opnieuw om een beleidskeuze. Zelf stellen we voor om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de verpleegeenheden en aan het dagziekenhuis, bij voorkeur in verhouding tot hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen, maar we tonen ook de resultaten voor andere mogelijke opties.
- In het huidige systeem wordt een toeslagpercentage toegepast van 20% voor de roerende investeringen in medisch en niet-medisch materieel. In onze gegevens vormen die 18,4% van de kosten. Als men zich wil houden aan een uniform percentage is er dus weinig reden om die 20% aan te passen. Het belang van de roerende investeringen verschilt nochtans zeer gevoelig voor verschillende parameters. We stellen daarom voor om af te stappen van het uniforme percentage en deze investeringen op een gedifferentieerde manier toe te wijzen aan de individuele parameters. De gemakkelijkste manier om dat te doen is ze gewoon op te nemen in de bouwkost per m². Een alternatieve benadering is om toeslagpercentages toe te passen, die verschillend zijn voor de verschillende parameters. Alle informatie die nodig is om de resultaten van deze methoden met elkaar te vergelijken wordt gegeven in Tabel 16 in Hoofdstuk 5.
- Om de totale kostprijs toe te wijzen aan de verschillende parameters zijn er ook schattingen nodig van de ruimtebehoefte, d.w.z. de m² die nodig zijn per eenheid. Omdat we verschillende nieuwe eenheden voorstellen, was het niet mogelijk voor ons om in deze studie schattingen te geven voor alle eenheden. Om de ruimtebehoeften voor de nieuwe eenheden vast te leggen is in elk geval verder onderzoek nodig. Bovendien kunnen we uit onze gegevens wel een schatting van het werkelijke ruimtegebruik afleiden, maar niet van de ruimtebehoefte. Een eerste ruwe schets die een idee geeft van dat ruimtegebruik wordt gegeven in Tabel 17 in Hoofdstuk 5. We behandelen de problematiek van ruimtebehoeften en ruimtegebruik in meer detail in sectie 2.
- In het huidige systeem wordt er een (globale) toeslag toegepast van 21% voor kosten boven plafond en algemene kosten. De “overige projectkosten” vertegenwoordigen in onze schatting 17,59% van

de kosten (PF123, inclusief BTW) opgenomen in de parameters. Er lijkt dus weinig reden te zijn om het huidige systeem te wijzigen.

- 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 (zie Hoofdstuk 9). 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. We hebben daarom voorgesteld een zogenaamde *herallocatietoeslag* in te voeren die de ziekenhuizen kan stimuleren om wenselijke infrastructurele wijzigingen door te voeren. Vermits de herallocatietoeslag gekoppeld is aan de variabele eenheden van het strategisch forfait, blijft hij voldoende voorwaardelijk om niet in conflict te komen met de Europese regelgeving. 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.
- Wanneer de totale kost berekend wordt op basis van alle vorige componenten, wordt die omgezet in een jaarlijks strategisch forfait door te delen door de *veronderstelde levensduur* van de investering. Op dit ogenblik bedraagt die 40 jaar. Dit is onrealistisch lang. Het zou zeker verdedigbaar zijn om bijvoorbeeld te werken met een levensduur van 33 jaar, die ook in de lijn zou liggen van de afschrijvingstermijn. Deze ingreep heeft echter budgettaire gevolgen.
- De *financieringskosten* worden thans opgevangen door een proportionele toeslag van 32%, 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 OLO) met daar bovenop een herzienbare marge (zie Hoofdstuk 10).

Samengevat krijgen we dus:

- (a) bereken de bouwprijs door voor elke parameter het aantal eenheden te vermenigvuldigen met h ruimtebehoefte en de kostprijs per m² en dan de som te nemen over alle parameters. Roerende investeringen worden opgenomen in de kostprijs voor elke parameter. Op deze werkelijke bouwprijs kan op basis van beleidskeuzes een omslag worden toegepast.
- (b) vermenigvuldig met 1,21 (BTW), met 1,1 (algemene kosten), met 1,1 (kosten buiten plafond).
- (c) deel door de levensduur.
- (d) tel daar (desgevallend) een herallocatietoeslag bij op.
- (e) dit geeft het strategisch forfait. Pas dan een ophogingsfactor toe voor de financiële lasten, afhankelijk van de OLO.

1.2 Het instandhoudingsforfait voor de algemene ziekenhuizen

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. De verschillende stappen van de berekening van het instandhoudingsforfait zijn dan de volgende:

- De *parameters en eenheden* voor het instandhoudingsforfait zijn grotendeels dezelfde als die voor het strategisch forfait. De beleidskeuzes die beschreven werden in sectie 1.1 zijn dan ook hier relevant. Onze voorstellen voor het instandhoudingsforfait wijken nochtans op twee plaatsen af van die voor het strategisch forfait:
 - Waar we vinden dat een netwerkstimulans een belangrijke component kan zijn van toekomstgerichte subsidiëring in het kader van het strategisch forfait, stellen we voor om een dergelijke netwerkstimulans niet in te voeren voor het instandhoudingsforfait. In gebruik genomen infrastructuur moet immers kunnen onderhouden worden.
 - Voor de parameters “verpleegeenheid”, “NIC-dienst” en “intensieve zorgen” wordt voor de berekening van het instandhoudingsforfait uitgegaan van “erkende” en niet van “goedgekeurde” bedden. Bovendien hebben we voorgesteld om hier te werken met een mix (en niet met het minimum) van “erkende” en “verantwoorde” bedden. De keuze van het relatieve gewicht dat aan beide variabelen moet toegekend worden, moet door het beleid gemaakt worden. Naarmate men een relatief groter gewicht toekent aan de component “erkende bedden”, zal de mix doorheen de tijd stabiel zijn, en minder sterk reageren op wijzigingen in de verantwoorde activiteit.
- Op basis van de gegevens ingezameld in de bevraging van de ziekenhuizen werd de *instandhoudingskost per m²* voor die verschillende parameters geschat. De resultaten werden samengebracht in Tabel 24 in Hoofdstuk 6. Ook hier zijn weer verschillende opties mogelijk:
 - Men kan opteren voor een enge of een brede definitie van de instandhoudingskosten, naargelang men huurlasten al dan niet opneemt. We hebben argumenten gegeven om dat niet te doen, maar we tonen wel resultaten voor beide mogelijkheden.
 - Zoals bij het strategisch forfait kunnen ook de ondersteunende diensten op verschillende manieren behandeld worden. We tonen de resultaten voor dezelfde opties die ook bij het strategisch forfait aan bod kwamen. De keuze van een van deze opties komt toe aan de beleidsmakers, maar we hebben een voorkeur om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de verpleegeenheden en aan het dagziekenhuis in verhouding tot hun aandeel in het totaal aantal bedden/plaatsen.
- We geven in Hoofdstuk 6 ook schattingen voor het geobserveerde ruimtegebruik per eenheid. Voor de nieuw gedefinieerde eenheden zijn die schattingen natuurlijk niet mogelijk.
- De financieringskosten worden thans opgevangen door een proportionele toeslag van 10%. We stellen ook hier voor om deze financieringstoeslag variabel te maken doorheen de tijd en laten af te hangen van de evolutie van een basisrentevoet (zoals de OLO) met daar bovenop een herzienbare marge. Vermits de veronderstelde termijn van de leningen hier korter is, zal ook de financieringstoeslag lager zijn (zie Hoofdstuk 10).

1.3 Het strategisch forfait voor de psychiatrische ziekenhuizen

Bij de *keuze van de parameters* gingen we bij de algemene ziekenhuizen, zoals in het huidige systeem, uit van de ruimtes waarin het ziekenhuis is ingedeeld. Voor de psychiatrische ziekenhuizen stellen we echter een andere benadering voor (een uitgewerkte argumentatie wordt gegeven in Hoofdstuk 4, sectie 3.2). In deze benadering worden “zorggroepen” onderscheiden 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.

Deze keuze voor zorggroepen heeft tot gevolg dat de structuur van de parameters verschilt tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. Hoewel men in principe ook voor de algemene ziekenhuizen zou kunnen werken met een systeem gebaseerd op zorggroepen, leek dat ons in de huidige situatie conceptueel en praktisch niet haalbaar. De vraag is bijzonder relevant voor de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen (PAAZ), die vanzelfsprekend wel in het systeem met zorggroepen zouden kunnen worden ingepast. Dat zou echter betekenen dat er structureel verschillende benaderingen moeten gevolgd worden voor verschillende afdelingen binnen hetzelfde ziekenhuis. Dat zou het hele systeem complexer en minder transparant maken. We hebben er daarom voor geopteerd de PAAZ niet af te zonderen voor de financiering van de infrastructuur bij de algemene ziekenhuizen.

Voor de behandeling van de ondersteunende diensten volgen we globaal genomen dezelfde principes als bij de algemene ziekenhuizen. We stellen voor om in principe de zorggerelateerde ondersteunende diensten apotheek en therapieruimte als aparte parameters te behouden, en de overige (deels zorggerelateerde, maar hoofdzakelijk niet-zorggerelateerde) ondersteunende diensten op te nemen bij de zorggroepen.

Het empirisch materiaal voor het strategisch forfait is gebaseerd op een beperkte set van recente nieuwbouw- en verbouwprojecten van psychiatrische ziekenhuizen.

- De gemiddelde bouwkosten per m² (zie Tabel 34 in Hoofdstuk 7) en het ruimtegebruik (Tabel 37) zijn erg uiteenlopend voor de verschillende zorggroepen. Voor sommige groepen binnen “basis plus” vinden we, waarschijnlijk omwille van onze beperkte steekproef, tegenintuïtieve resultaten, waarbij in principe duurdere groepen een lagere geschatte kost/m² en/of ruimtegebruik hebben. Een mogelijke oplossing hiervoor kan zijn om in die gevallen de resultaten van de meest aanleunende zorggroep over te nemen. Voor de forensische kinderafdeling zou dit bijvoorbeeld “basis hospitalisatie kinderen” kunnen zijn en voor de ID werking “intensieve behandeling volwassenen”.⁶⁸⁹ Verder onderzoek is nodig om de extra bouwkosten en/of ruimtebehoefte in te schatten voor instellingen met gedwongen opnames.
- Omwille van gegevensbeperkingen konden we voor de ondersteunende diensten het ruimtegebruik niet bepalen. We houden daarom in onze empirische resultaten ook de bouwkost per m² apart en we suggereren om die bouwkost per m² te combineren met de schattingen van het ruimtegebruik voor de algemene ziekenhuizen of met het ruimtegebruik dat kan afgeleid worden uit de bevraging voor het instandhoudingsforfait (sectie 1.3).
- De kosten voor roerende investeringen in materieel bedragen over alle bouwdoSSIERS heen 6.8% van de onroerende bouwkosten. Dit ligt iets onder het huidige toeslagpercentage van 8%. Dit aandeel is echter niet uniform over de verschillende parameters en, zoals bij de algemene ziekenhuizen, zou ook hier kunnen overwogen worden om de toeslag voor roerende investeringen

689 Er is nog een alternatieve mogelijkheid. Wanneer bijvoorbeeld de geschatte kostprijs voor HIC/ID lager zou zijn dan die voor basis volwassenen hospitalisatie, dan kunnen de ziekenhuizen een aanvraag indienen voor basis volwassenen hospitalisatie en die bedden of plaatsen omzetten naar HIC/ID.

te differentiëren over de individuele parameters, of de kosten voor roerende investeringen rechtstreeks op te nemen in de bouwkost per m² per parameter.

- De “overige projectkosten” vertegenwoordigen in onze schatting 22%, veel lager dus dan het huidige toeslagpercentage van 32%. Voor een gedeelte wordt dit verklaard doordat de initiële meerkosten die door dit percentage gedekt werden, zoals forensische psychiatrie en intensieve behandeling, in onze aanpak mee opgenomen worden onder de nieuwe parameters.
- Ook voor de psychiatrische ziekenhuizen suggereren we dat het mogelijk zou zijn om een herallocatietoeslag in te voeren (zie Hoofdstuk 9) en stellen we voor om de financieringskosten op te vangen door een toeslag die afhangt van de evolutie van een basisrentevoet (zoals de OLO) met daar bovenop een herzienbare marge (zie Hoofdstuk 10).

1.4 Het instandhoudingsforfait voor de psychiatrische ziekenhuizen

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. Deze gegevens werden verzameld met een bevraging bij de psychiatrische ziekenhuizen. Zoals bij het strategisch forfait worden de parameters gedefinieerd op basis van de zorggroepen. De procedure voor berekening van het instandhoudingsforfait gaat dan als volgt:

- In de eerste plaats moet ook hier gedefinieerd worden wat er precies moet verstaan worden onder instandhoudingskosten, meer bepaald of huurlasten al dan niet opgenomen worden. In Hoofdstuk 8 geven we de resultaten voor beide mogelijke keuzes.
- Zoals reeds vermeld bij de bespreking van het strategisch forfait, stellen we voor om “apothek” en “therapieruimtes” als aparte parameters te beschouwen, maar de overige ondersteunende diensten toe te wijzen aan de zorggroepen. De informatie uit de bevraging is wel rijk genoeg, om dit voorstel cijfermatig te implementeren. Hierbij dienen twee beslissingen genomen te worden:
 - toewijzing van de kosten van de ondersteunende diensten. We stellen voor om dat te doen in verhouding tot het aandeel van de verschillende zorggroepen in het totaal erkende bedden/plaatsen.
 - toewijzing van de ruimte van de ondersteunende diensten. Hier zijn twee mogelijkheden: ofwel gebeurt ook deze toewijzing in verhouding tot het aandeel van de zorggroepen in het totaal erkende bedden/plaatsen, ofwel in verhouding tot hun aandeel in het totaal aantal m². De eerste methode draagt onze voorkeur weg, omdat die consistent is met de wijze waarop de kosten worden toegewezen en omdat die ook wordt gesuggereerd voor de algemene ziekenhuizen.
- In Hoofdstuk 8 geven we voor alle parameters en voor de verschillende opties schattingen van de instandhoudingskost per m² en van het ruimtegebruik per eenheid. De totale instandhoudingskost is dan gelijk aan de som over alle parameters van (aantal eenheden x ruimtebehoefte per eenheid x instandhoudingskost per m²). De beleidsmakers moeten beslissen over de wijze waarop de ruimte van de ondersteunende diensten wordt toegewezen, maar het spreekt vanzelf dat dit op een consistente wijze moet gebeuren, d.w.z. dat dezelfde methode moet gebruikt worden bij de berekening van de kostprijs per m² en van de ruimtebehoefte.

- Ook de keuze van de nieuwe parameters moet natuurlijk uiteindelijk door het beleid gemaakt worden. Onze resultaten bieden wel sterke evidentie voor de grote verschillen tussen de zorggroepen, zowel wat betreft de instandhoudingskost als wat betreft het ruimtegebruik.
- Zoals bij het instandhoudingsforfait van de algemene ziekenhuizen, stellen we voor om de *financieringskosten* op te vangen door een toeslag die afhangt van de evolutie van een basisrentevoet (zoals de OLO) met daar bovenop een herzienbare marge (zie Hoofdstuk 10).

2 Ruimtegebruik en ruimtebehoeften

In de opbouw van de forfaits speelt de zogenaamde “ruimtebehoefte” een grote rol. Het concept “behoefte” zelf is in essentie normatief: het spreekt vanzelf dat we de *behoefte* niet rechtstreeks kunnen gelijkschakelen aan het werkelijke *gebruik*. 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. De schattingen van het ruimtegebruik zoals die in de vorige hoofdstukken getoond werden kunnen wel een nuttig vertrekpunt vormen voor een meer doorgedreven reflectie.

Een eerste stap in zo een reflectie kan een vergelijking zijn van het ruimtegebruik dat kon afgeleid worden uit de nieuwbouwprojecten met het ruimtegebruik dat geschat werd op basis van de enquête naar de uitgaven voor instandhouding. Deze vergelijking wordt gegeven in Tabel 50 en Tabel 51, respectievelijk voor de algemene en voor de psychiatrische ziekenhuizen. Om de vergelijkbaarheid te vergroten houden we de ondersteunende diensten in deze tabellen apart. Zoals in detail beschreven in de vorige hoofdstukken, konden we het ruimtegebruik niet berekenen voor de nieuwe eenheden die we hebben voorgesteld, omdat we daarover nog geen informatie hebben.

Voor de algemene ziekenhuizen zijn de resultaten van de twee benaderingen gelijklopend. Ze liggen in de nieuwbouwprojecten wat hoger voor operatiekwartier en voor intensieve zorgen. Het is gevaarlijk om dit soort van verschillen al te ambitieus te interpreteren, maar het is mogelijk dat de nieuwbouwprojecten sterker inspelen op recente technologische ontwikkelingen die tot een groter ruimtegebruik voor die parameters leiden. Ook bij de psychiatrische ziekenhuizen blijken de resultaten relatief coherent, hoewel er enkele vreemde uitschieters zijn. Zo is het ruimtegebruik voor daghospitalisatie kinderen drie keer groter in de nieuwe projecten dan in de enquête naar de uitgaven voor instandhouding. We hebben echter reeds voldoende benadrukt dat de resultaten in Hoofdstuk 7 voorzichtig moeten geïnterpreteerd worden, omdat ze berusten op een beperkt aantal observaties.

Tabel 50 Ruimtegebruik in algemene ziekenhuizen: vergelijking van de resultaten in de nieuwbouwprojecten en in de enquête

Parameter	Nieuwbouwprojecten (m ²)	Enquête instandhouding (m ²)
Verpleegeenheid	47,35	38,23
Dagziekenhuis	27,43	27,76
Operatiekwartier	283,76	258,37
Intensieve zorgen	89,94	67,99
Dialyse	/	/
Verloskwartier	47,81	42,40
N*-eenheid	20,92	15,71
Radiotherapie	441,05	460,06
Spoed	3,01	2,34
CSA	37,08	45,34
Apotheek	1,74	1,45
Labo	2,45	2,29
Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	3,20	3,27
Ondersteunende diensten	43,85	40,28

De cijfers voor de nieuwbouwprojecten komen uit de kolom "voorstel 1" van Tabel 17 in Hoofdstuk 5, die van het instandhoudingsforfait uit Tabel 27 en Tabel 28 van Hoofdstuk 6. De resultaten voor dialyse zijn niet vergelijkbaar in de twee benaderingen, omdat de eenheid verschillend is.

Tabel 51 Ruimtegebruik in psychiatrische ziekenhuizen: vergelijking van de resultaten in de nieuwbouwprojecten en in de enquête

Parameter	Nieuwbouwprojecten (m ²)	Enquête instandhouding (m ²)
Volledige hospitalisatie kinderen	79,71	98,16
Daghospitalisatie kinderen	60,79	19,07
Volledige hospitalisatie volwassenen	58,78	61,13
Daghospitalisatie volwassenen	32,87	28,11
Hospitalisatie ouderen	59,69	37,06
Hospitalisatie familiaal milieu	/	22,17
Intensieve behandeling volwassenen	85,22	95,31
Basis plus	40,23	29,49
Apotheek	0,52	0,44
Therapie	5,51	11,38
Ondersteunende diensten	/	24,94

De cijfers voor de nieuwbouwprojecten komen Tabel 37 van Hoofdstuk 7, die voor het instandhoudingsforfait uit Tabel 49 van Hoofdstuk 8. De cijfers in de twee kolommen zijn niet altijd perfect vergelijkbaar omdat de definitie van de eenheden licht verschillend kan zijn. Dit tast echter niet het globale beeld aan. Zie de betreffende hoofdstukken voor meer details.

3 Universitaire ziekenhuizen en revalidatieziekenhuizen

Ook voor de revalidatie- en de universitaire ziekenhuizen zou het huidige subsidieschema met strategische en instandhoudingsforfaits moeten geactualiseerd worden. Om uiteenlopende redenen bleek dit echter moeilijk te realiseren binnen deze studie. We belichten achtereenvolgens de situatie van de universitaire en van de revalidatieziekenhuizen.

3.1 Universitaire ziekenhuizen: stappenplan

Vermits er in Vlaanderen maar vier universitaire ziekenhuizen zijn, is het moeilijk bij de rapportering van gegevens voldoende anonimiteit te waarborgen. In het kader van dit onderzoek wordt de situatie nog bemoeilijkt doordat we slechts van twee universitaire ziekenhuizen gegevens gekregen hebben. Dit maakt anonieme rapportering van resultaten volledig onmogelijk. Bovendien hebben alle universitaire ziekenhuizen specifieke kenmerken en zijn de gegevens van deze twee ziekenhuizen wellicht niet representatief voor de twee overige.

Toch bieden deze resultaten een mogelijk startpunt voor een eerste voorlopige analyse. Bovendien kan wellicht relevante vergelijkende informatie afgeleid worden uit de resultaten voor de algemene ziekenhuizen, zoals samengevat in Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6. De universitaire ziekenhuizen hebben in het verleden ook reeds globaal empirisch materiaal verzameld om hun vraag naar een grotere ruimtebehoefte en/of hogere kosten per m² te ondersteunen. Meest recent en best uitgewerkt is de “Argumentatienota Hoger Bouwplafond Universitaire Ziekenhuizen” (2015), waarin geaggregeerde cijfers over het ruimtegebruik van de vier universitaire ziekenhuizen voor de verschillende parameters van het huidige forfaitaire systeem werden toegelicht.

Op basis van dit materiaal zouden verschillende oefeningen kunnen worden gemaakt, die zouden kunnen voorbereid, afgetoetst en besproken worden door een panel van vertegenwoordigers van de universitaire en de algemene ziekenhuizen. Per parameter zouden afwijkingen kunnen onderzocht worden tussen de bouwkost per m² en het ruimtegebruik van de universitaire ziekenhuizen (op basis van de partiële beschikbare informatie) en een selectie van de algemene ziekenhuizen. Hierbij kan men opteren voor een selectie van “grote” algemene ziekenhuizen, waarbij eerst natuurlijk moet vastgelegd worden wat onder een groot ziekenhuis moet worden verstaan, of voor een selectie van algemene ziekenhuizen die beschikken over universitaire bedden (zoals ook reeds voorgesteld werd in het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen van 2017). Speciale aandacht moet gaan naar de behandeling van gespecialiseerde infrastructuur (zie Hoofdstuk 4, sectie 2.2.6).

Parallel zouden de resultaten van deze oefeningen kunnen voorgelegd worden aan een panel van architectenbureaus die ook in het buitenland actief zijn. Mogelijke voorstellen zouden moeten onderbouwd worden met data voor enkele buitenlandse projecten (zowel voor universitaire als voor algemene ziekenhuizen). Hoewel zo een internationale vergelijking zeker interessant kan zijn, moet ze toch met de nodige omzichtigheid gebeuren omdat de precieze taakomschrijving van een “universitair” ziekenhuis van land tot land kan verschillen.

3.2 Revalidatieziekenhuizen: stappenplan

Bij de revalidatieziekenhuizen was er spijtig genoeg, om uiteenlopende redenen, geen bereidheid om aan dit onderzoek mee te werken. Er is dan ook geen recent empirisch materiaal beschikbaar dat zou kunnen gebruikt worden voor een geactualiseerde schatting van de bouwkosten per m² en van het ruimtegebruik. De revalidatieziekenhuizen hebben, in tegenstelling tot de psychiatrische ziekenhuizen, minder concrete stappen gezet om infrastructurele noden te definiëren in termen van doel- of zorggroepen. Hierdoor was het definiëren van duurzame parameters en eenheden in dit stadium erg moeilijk. Overigens zou deze gegevensinzameling toch minder gemakkelijk geweest zijn, omdat de revalidatieziekenhuizen een relatief heterogene groep vormen. Dit maakt de definitie van de parameters meer uitdagend en kan een gelijkaardig probleem van anonimiteit creëren als dat waar we nu mee geconfronteerd werden bij sommige zorggroepen van de psychiatrische ziekenhuizen. Er zou snel overlegd moeten worden met de sector over de wijze waarop deze problemen het best kunnen worden aangepakt. Een voorzichtige vergelijking met buitenlandse voorbeelden kan een nuttige eerste stap vormen.

4 Uitdagingen voor de toekomst

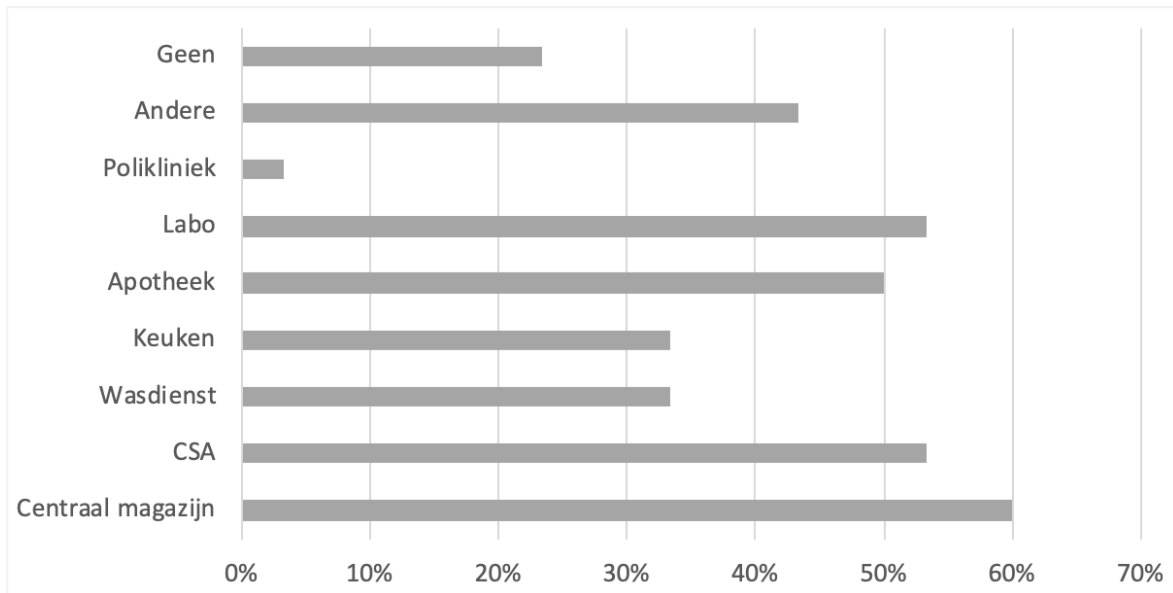
In deze sectie geven we een bondig overzicht van uitdagingen voor de toekomst. Eerst illustreren we dat de uitdagingen die we doorheen dit rapport hebben vermeld (nood aan flexibiliteit, samenwerking tussen ziekenhuizen, ambulantisering) ook aansluiten bij de toekomstpercepties van de ziekenhuizen zelf (sectie 4.1). Vervolgens gaan we kort in op uitdagingen die minder aan bod zijn gekomen: duurzaamheid (sectie 4.2), nieuwe juridische samenwerkingsvormen (sectie 4.3) en de wijzigende voorkeuren van de patiënten (sectie 4.4).

4.1 Samenwerking, ambulantisering en flexibiliteit: de opinies van de ziekenhuizen

We hebben verschillende keren gewezen op de wenselijkheid van samenwerking tussen ziekenhuizen en we hebben precies daarom ook gepleit voor het invoeren van een netwerkstimulans in het strategisch forfait. In Hoofdstuk 5 gaven we reeds een overzicht van de diensten die op dit moment door de Vlaamse algemene ziekenhuizen worden uitbesteed: het bleek dat vooral de wasdienst op dit moment wordt uitbesteed, voor de zorgondersteunende diensten is er veel minder samenwerking. De bevraging van de ziekenhuizen toont nochtans aan dat dit in de toekomst zeker kan veranderen.

De vraag (die door 31 ziekenhuizen werd beantwoord) was geformuleerd als volgt: “Welke infrastructuur zou u in de toekomst graag willen uitbesteden aan of poolen met andere ziekenhuizen, wegens hun potentieel tot kostenbesparing?”⁶⁹⁰. De resultaten worden weergegeven in Figuur 2. 60% van de respondenten zou het centraal magazijn willen poolen, iets meer dan 50% ook het labo en CSA, de helft de apotheek. Het potentieel aan samenwerking lijkt dus groot te zijn, en de invoering van een netwerkstimulans zinvol.

690 Er werd ook geëxpliciteerd dat uitbestedingen die geen infrastructuurcomponent hebben (vb. poetsdienst) niet moesten worden vermeld.

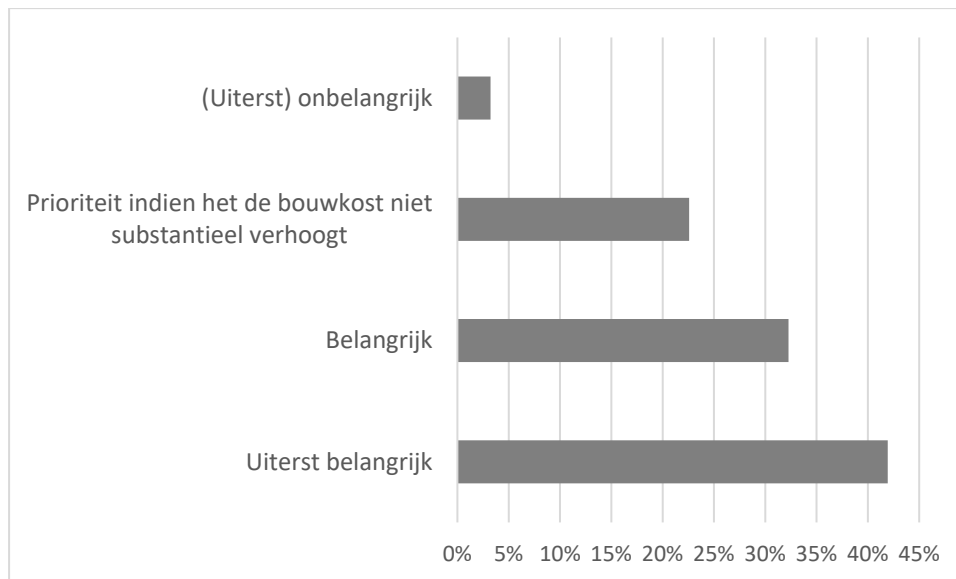


Figuur 2 Voorkeuren voor pooling infrastructuur bij algemene ziekenhuizen (n=31)

We hebben ook vermeld dat kan verwacht worden dat er in de toekomst meer ruimte zal zijn voor *ambulante zorg* en dat het beddenhuis waarschijnlijk aan belang zal inboeten. Dit wordt goed geïllustreerd door één van de duidelijkste voorbeelden in dat verband: de uitbouw van mobiele teams in de geestelijke gezondheidszorg (Artikel 107). In onze bevraging van de psychiatrische ziekenhuizen werd gepolst naar wat zij zagen als de belangrijkste infrastructuurimplicaties hiervan op de middellange termijn. Uit de antwoorden blijkt dat men verwacht dat er infrastructuur zal ontwikkeld worden die extern is aan het ziekenhuis. Wanneer integratie in de gemeenschap belangrijk is, zal er gezocht worden naar een centrale ligging in het werkingsgebied en een goede bereikbaarheid buiten de ziekenhuiscampus. Omdat men tegelijkertijd bv. de kantoorruimte centraal wil houden, is vlotte mobiliteit (daarin begrepen ook vervoersmiddelen) essentieel. Er kan weinig twijfel over bestaan dat deze verwachte evoluties ook grote infrastructurale implicaties zullen hebben. Ons voorstel in termen van doelgroepen, en meer bepaald de aanwezigheid van de zorggroep “basis plus”, biedt mogelijkheden om deze toekomstige evoluties op te vangen.

Omdat we verondersteld hebben dat de verwachte evoluties in de toekomst het belangrijk zullen maken om flexibel te bouwen hebben we de mogelijkheid gesuggereerd om een herallocatietoeslag in te voeren. Ook dit voorstel lijkt aan te sluiten bij de bekommernissen van de ziekenhuizen. Zo werd aan de algemene ziekenhuizen gevraagd “in welke mate flexibel bouwen (vb. bouwen met het oog op eventuele toekomstige ombouwing van kamers naar dagziekenhuisplaatsen of naar een woonzorgcentrum) voor hen een prioriteit zal zijn in toekomstige bouwplannen?” De antwoorden worden samengevat in Figuur 3 en spreken voor zichzelf. Bijna 75% van de ziekenhuizen beschouwt flexibiliteit als belangrijk of uiterst belangrijk, en daar bovenop vindt nog eens meer dan 20% dat flexibel bouwen belangrijk is als de impact op de kosten beperkt blijft.

Samenwerking tussen ziekenhuizen, ambulantisering en flexibiliteit blijven dus ook naar de toekomst toe grote uitdagingen, waar een modern subsidiesysteem moet kunnen op inspelen.



Figuur 3 Belang van flexibel bouwen volgens de algemene ziekenhuizen (n=31)

4.2 Duurzaamheid

Om in aanmerking te komen voor een strategisch forfait, moeten de ingediende bouwvoorstellen nu reeds een aantal minimuminspanningen inzake duurzaamheid bevatten, vastgelegd in criteria die door VIPA zijn bepaald.⁶⁹¹ Onder bepaalde voorwaarden (bv. de aanwezigheid van een energiescan) kunnen door VIPA ook klimaatsubsidies worden toegekend.⁶⁹² Deze subsidies zijn echter niet geïntegreerd in de structuur van het strategisch en instandhoudingsforfait. De vraag is of dit naar de toekomst toe voldoende is.

Men zou kunnen overwegen om een aparte parameter voor “duurzaamheid” in te voeren. Dit is echter geen triviale uitdaging. Momenteel is er geen evaluatie-instrument dat in Vlaanderen consistent gebruikt wordt om een bouwproject van een openbare instelling op een doorgedreven manier te evalueren op verschillende duurzaamheidscriteria. Daarnaast evolueren duurzame oplossingen snel, waardoor een zeer frequente update van wat beschouwd wordt als een efficiënte duurzame oplossing nodig is. Tenslotte zijn er ook juridische moeilijkheden. Zoals besproken in Hoofdstuk 3, kunnen er enkel financiële tegemoetkomingen gegeven worden voor ingrepen die noodzakelijk zijn om de opdrachten van het ziekenhuis (die via de erkenningsnormen worden gedefinieerd) uit te voeren. Wenselijke, maar niet noodzakelijke investeringen kunnen dus niet zo eenvoudig in het financieringssysteem worden opgenomen. Om die redenen hebben we ook geen voorstel geformuleerd rond een nieuwe parameter “duurzaamheid”.

Wanneer men echter duurzaamheidscriteria niet expliciet wil of kan opnemen in de subsidies, en men die criteria eerder wil opleggen als randvoorwaarden (een mogelijkheid die beschreven werd in Hoofdstuk 1), moet er wel rekening mee gehouden worden dat het opleggen van meer strikte vereisten ook kostenverhogend zal werken. De bouwkosten die in dit rapport beschreven werden zijn alle gebaseerd op investeringen in het verleden, en kunnen die toekomstige kostenstijgingen dus niet reflecteren. Wanneer de criteria in de toekomst verstrengen, moeten de bedragen van de forfaits dan ook wellicht worden aangepast.

691 https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/DB_bijlage_7_ZH.pdf.

692 <https://www.departementwvg.be/vipa-duurzaam-bouwen-zorg-voor-klimaat>

4.3 Nieuwe juridische constructies en bouwvormen

Alle analyses in dit rapport gingen uit van het ziekenhuis als enige bouwheer, die om zijn investeringen te financieren desgevallend beroep doet op leningen van de financiële sector, en ook instaat voor het onderhoud van de gebouwde infrastructuur. Dit eenvoudige model zou in de toekomst echter meer en meer kunnen vervangen worden door andere juridische constructies, inclusief nieuwe vormen van publiek-private samenwerking.

Een typisch voorbeeld is de uitbesteding van onderhoud.⁶⁹³ Dit kan bijvoorbeeld als deel van een “*design-build-maintain*” formule met externe (private) partners. In dat geval wordt het onderhoud uitbesteed aan bv. een aannemer die (idealiter) ook betrokken was bij de bouw. Een dergelijk contract bevat dan een aantal onderhoudsvoorwaarden voor de exploitatie (bv. de vloer moet om de zoveel tijd gekuist worden) en normen waaraan het gebouw na 30 jaar (eind van het contract) moet voldoen (bv. dakwerken moeten aan bepaalde normen voldoen aan het einde van het contract). Gezien dit in publieke infrastructuur een relatief nieuwe formule is, is het een uitdaging om hiervoor een correcte prijszetting te maken. De duur van het contract is ook bepalend om de financiële prikkels juist te zetten. Zo maakt een korte periode de kostenberekening eenvoudiger maar geeft minder redenen aan de externe partner om investeringen te doen en kan leiden tot (te lang) uitgestelde investeringen en dus verouderde infrastructuur. Wanneer de frequentie van dit soort van contracten (of gelijkaardige initiatieven) toeneemt, zal moeten nagedacht worden over de implicaties hiervan voor de structuur van de forfaits.

4.4 Patiëntenvoorkeuren

Ziekenhuizen functioneren in een veranderende maatschappelijke omgeving, waar ook de voorkeuren van de patiënten moeten gezien worden als een dynamisch gegeven. Dit wordt gereflecteerd in de antwoorden die in de bevraging waren opgenomen over de verwachte noden van de toekomstige patiëntenpopulatie. Aan de ziekenhuizen werden twee investeringsopties voorgelegd en we vroegen hen om in te schatten aan welke van die twee hun patiëntenpopulatie het meeste nood had, waarbij ze er mochten van uitgaan dat beide opties dezelfde investeringskost hebben.

693 Bron: gesprek met Luc Stuyck (algemeen directeur van aannemer MBG) op 29 mei 2019 te Antwerpen.

Tabel 52 Voorkeuren van de patiënten, zoals gepercipieerd door ziekenhuizen

Keuzeopties	Algemene ziekenhuizen (AZ)	Psychiatrische ziekenhuizen (PZ)
Voorkeur voor eenpersoonskamers boven moderne bedside terminals (AZ)	73% (n=30)	
Voorkeur voor eenpersoonskamers boven airco/topkoeling op de afdelingen (PZ)		81% (n=21)
Voorkeur voor ruimte voor ontspanningsactiviteiten boven ruimte voor patiënteneducatie/informatie (AZ en PZ)	21% (n=29)	76% (n=21)

De antwoorden worden samengevat in Tabel 52. Zowel bij de algemene als bij de psychiatrische ziekenhuizen is er een uitgesproken voorkeur voor meer eenpersoonskamers. We hebben deze tendens reeds vermeld in Hoofdstuk 5 en Hoofdstuk 6, maar de resultaten in de tabel suggereren dat die evolutie waarschijnlijk nog niet is voltooid. Tegelijkertijd echter liggen de prioriteiten voor patiënten van de algemene en van de psychiatrische ziekenhuizen soms ook zeer verschillend: ongeveer 75% van de psychiatrische ziekenhuizen ziet een groeiende nood aan ontspanningsruimten, bijna 80% van de algemene ziekenhuizen oordeelt dat hun patiënten meer nood hebben aan ruimten voor educatie en informatie. De vraag rijst of dit soort van investeringen een luxe vormen of een noodzakelijkheid, en of het “noodzakelijke” karakter ervan in de toekomst niet zal toenemen.

5 Aanpassing en updating van de forfaits

De schattingen die in dit rapport beschreven werden en de voorstellen die we doen voor de toekomst zijn uiteindelijk slechts momentopnames. In sectie 5.1 beschrijven we de algemene implicaties daarvan. Sectie 5.2 gaat dieper in op enkele concrete vragen rond de toekomstige updating van de forfaits.

5.1 Onze resultaten als een momentopname

Onze schattingen van de bouwkost per m² en van het geobserveerde ruimtegebruik weerspiegelen de beslissingen die de ziekenhuizen in het verleden hebben gemaakt. Doorheen de tekst hebben we dat vooral benadrukt voor het ruimtegebruik, maar hetzelfde argument geldt natuurlijk ook voor de bouwkost. Die beslissingen van de ziekenhuizen spelen in op technologische wijzigingen en op de veranderende noden van de patiënten, maar ze worden ook bepaald door de financiële mogelijkheden van de ziekenhuizen en door niet zo gemakkelijk te wijzigen factoren, zoals bijvoorbeeld hun locatie binnen of buiten het stadscentrum. Het systeem van subsidies is een belangrijke determinant van de financiële ruimte van de ziekenhuizen. Zo zullen de regels over het bouwplafond en over de aanvaardbare bouwkost die vervat zitten in de regulering – of de snelheid waarmee beslissingen over de subsidies genomen worden – een invloed hebben op de investeringsbeslissingen van de ziekenhuizen, en dus op onze schattingen van ruimtegebruik en bouwkost.

Ook de voorstellen die we hebben gedaan naar de toekomst toe worden mee door de huidige situatie bepaald. Men kan immers wel toekomstgericht zijn, maar men moet in het subsidieschema toch ook rekening houden met de huidige situatie en de huidige financieringsbehoeften van de ziekenhuizen. We

willen met onze voorstellen samenwerking belonen en rekening houden met feitelijke en wenselijke evoluties in het zorglandschap, maar in principe zou een toekomstgerichte visie verder kunnen gaan dan wat we hebben voorgesteld. Er moet zeker gedacht worden over samenwerkingsverbanden die breder zijn dan die tussen enkele ziekenhuizen. Wanneer men ook meer samenwerking wil tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen, of tussen ziekenhuizen, woonzorgcentra en PVT's zal men waarschijnlijk over bijkomende financiële prikkels moeten denken. Wanneer men gelooft dat zorshotels belangrijker gaan worden moeten die wellicht een specifieke subsidieregeling krijgen. En in het algemeen is er ook een uitdaging om de ambulante zorg in het ziekenhuis te stimuleren. We hebben daar geen concrete voorstellen over gedaan omdat dit moet worden ingepast binnen de globale financiering van de ziekenhuizen.

5.2 Toekomstige aanpassingen

Het zal duidelijk zijn dat in het licht van deze toekomstige evoluties de forfaits die thans vastgelegd worden regelmatig zullen moeten aangepast worden. Voor de financieringskosten hebben we reeds een mogelijk automatisch aanpassingsmechanisme aan wijzigende marktomstandigheden voorgesteld, maar dit is vanzelfsprekend slechts één deel van de investeringssubsidie.

Om de verschillende mogelijke aanpassingen te beschrijven is het nuttig om te vertrekken van de algemene uitdrukking voor het forfait per parameter, die we hier nog eens herhalen:

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

We kunnen dan verschillende aanpassingsmechanismen onderscheiden in oplopende volgorde van complexiteit:

- Het spreekt vanzelf dat de bouwkost per m^2 (de laatste component in de uitdrukking) regelmatig zal moeten aangepast worden aan veranderingen in de prijsindex van de bouwkosten. Deze aanpassing is echter wellicht niet voldoende. We hebben gewezen op de effecten van strengere duurzaamheidsvereisten op de bouwkost. Maar ook andere toekomstige wijzigingen in de regelgeving, bijvoorbeeld de aankomende PIC/S normering voor de apotheek, kunnen een effect hebben op de bouwkost. De impact van het al dan niet indexeren van de bedragen in de wetgeving tot het jaar van ingebruikname wordt verder toegelicht in Bijlage XI.
- Bovendien kan die bouwkost ook veranderen onder invloed van wijzigende marktomstandigheden of de toenemende techniciteit van de infrastructuur. Om deze wijzigingen op te vangen zou de bouwkost op regelmatige basis (bv. om de vijf jaar) moeten geüpdatet worden. Om met de verschillende evoluties rekening te houden, zou men het soort bevraging dat we hebben opgezet, op regelmatige basis kunnen herhalen. Toekomstige bevragingen zouden kunnen leren van onze ervaring. Zo zouden de vragen naar bouwkosten en ruimtegebruik duidelijker kunnen gekoppeld worden aan de voorgestelde definitie van eenheden.
- De ruimtebehoefte kan wellicht als meer stabiel doorheen de tijd beschouwd worden, omdat die dichter aansluit bij de fysische kenmerken van de ziekenhuisinfrastructuur. De ruimtebehoefte zal slechts moeten aangepast worden wanneer daar grote wijzigingen in optreden. Die wijzigingen kunnen samenhangen met wijzigingen in de organisatie van de zorg, zoals bv. de toenemende ambulantisering. Maar de aanpassing van de ruimtebehoefte wordt met een andere uitdaging geconfronteerd, de spanning tussen feitelijke observaties en wenselijke evoluties. De specificatie van de ruimtebehoefte geeft immers de ideeën weer over hoe een ziekenhuis er zou moeten

uitzien. Een voor de hand liggend voorbeeld is het toenemende aandeel van éénpersoonskamers dat, zoals beschreven, onmiddellijk implicaties heeft voor de ruimtebehoefte van de verpleegeenheden. De vraag is in welke mate die geobserveerde evolutie inderdaad in de forfaits moet worden gecompenseerd. Toekomstige bevragingen zouden verder kunnen gaan dan het geobserveerde ruimtegebruik en op een meer verfijnde manier kunnen vragen naar de perceptie van de ziekenhuizen over hun ruimtebehoefte. De antwoorden op die vragen zouden nuttige informatie kunnen opleveren voor een beslissing, die uiteindelijk natuurlijk door de beleidsmakers moet genomen worden.

- Binnen de keuze van eenheden hebben we heel wat beleidsruimte gecreëerd (zie sectie 1). Wanneer de wijzigende omstandigheden daarom vragen, kunnen beleidsmakers bv. de gewichten in de gewogen formules aanpassen, of de netwerkstimulans verhogen of verkleinen. Zoals aangehaald in sectie 5.1 zou ook hier kunnen worden nagedacht over een verdere verfijning.
- Meer fundamenteel is de keuze van parameters en eenheden zelf. Elke keuze die daarover gemaakt wordt zal gebaseerd zijn op een mix van feitelijke en normatieve overwegingen, en zal daarom onvermijdelijk bewuste keuzes van het beleid reflecteren. Zelfs relatief beperkte wijzigingen hebben grote gevolgen: zo zal de invoering van een nieuwe parameter een definitie van relevante eenheden en schattingen van de ruimtebehoefte en de bouwkost noodzakelijk maken. 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.

Doordat de formule uit verschillende componenten bestaat, die elk op zichzelf kunnen aangepast worden, en omdat we in de definitie van de eenheden verschillende beslissingsvariabelen hebben ingebouwd, kunnen noodzakelijke wijzigingen via verschillende kanalen geïmplementeerd worden. Dit heeft ongetwijfeld voordelen, maar het maakt het subsidiemechanisme ook relatief complex. In de studie over het ziekenhuis van de toekomst⁶⁹⁴, die in zekere zin complementair is aan deze studie, wordt een vereenvoudigde benadering voorgesteld waarin een vaste subsidie/m² (gekoppeld aan de index) vermenigvuldigd wordt met een activiteitscoëfficiënt die afhangt van het soort van activiteiten dat in een bepaalde ruimte wordt uitgeoefend. Die coëfficiënt zal bijvoorbeeld groter zijn voor een operatiezaal en lager voor een kamer in een verpleegeenheid. Zorginhoudelijke evoluties zouden dan kunnen opgevangen worden via wijzigingen in de activiteitscoëfficiënt, en die coëfficiënt zou kunnen variëren naargelang het een standaarduitrusting betreft of een uitrusting voor een hoogtechnologisch platform. Dit voorstel is eenvoudiger en soepeler dan het traditionele systeem van de forfaits, maar om de activiteitscoëfficiënt vast te leggen zullen de verschillende componenten die nu in het strategisch forfait zitten waarschijnlijk toch opnieuw in de analyse moeten opgenomen worden. Er zou verder moeten onderzocht worden of de vereenvoudiging en versoepeling opwegen tegen het verlies aan een strikter gestructureerd denkkader.

694 Hospital of the Future, 2019, Groenboek opgesteld door Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid en Vlerick Business School in opdracht van de Vlaamse Overheid.

Bijlagen

Bijlage I Geraadpleegde experten

Tabel A. 1 Samenstelling stuurgroep

Organisatie
VIPA – Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Zorgnet-Icuro
Agentschap Zorg & Gezondheid
Kabinet Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding
Kabinet Financiën en Begroting
Febelfin
Inspectie van Financiën
Vlaamse Confederatie Bouw
Inspectie van Financiën
Departement Financiën en Begroting

We willen alle medewerkers binnen de algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen bedanken die actief hebben bijgedragen aan het onderzoek tijdens bezoeken ter plaatse of overleg over de bevraging evenals de financiële directies tijdens de financieel-economische vergaderingen binnen Zorgnet-Icuro.

Bijlage II Literatuurstudie *'Healing environment'*

Auteurs: Koen Coomans, Margo Annemans, Ann Heylighen

KU Leuven, Departement Architectuur, Research[x]Design

1 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag voor deze literatuurstudie is tweeledig:

Het ziekteprofiel van patiënten noopt in sommige gevallen tot architecturale beslissingen, die een meerkost met zich meebrengen. Dat geldt zeker voor de revalidatieziekenhuizen, maar gaat verder dan dat. Een ander voorbeeld is de noodzaak van gesloten afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen. Wat zegt de literatuur hierover? Op welke wijze moet de infrastructuur van ziekenhuizen rekening houden met sommige specifieke ziektebeelden? (vraag 1)

Bovendien kunnen ontwerpkeuzes ook gevolgen hebben voor de gezondheid van alle patiënten. Wat zegt de literatuur hierover? Is het de moeite om sommige ontwerpkenmerken via genereuze subsidiëring te stimuleren? (vraag 2)

Aangezien de tweede vraag meer algemeen is, werden deze vragen in de literatuurstudie in omgekeerde volgorde behandeld.

2 Onderzoeksaanpak

2.1 Overzicht van reviews

Een antwoord op beide vragen zoeken we in dit hoofdstuk in de wetenschappelijke literatuur omtrent gezondheidszorg en welzijn, en hun relatie met de gebouwde omgeving. Zowel de vragen als het onderzoeksdomein zijn echter uitgestrekt, en kennen veel sub-domeinen. Zo zou bijvoorbeeld het opmaken van een review alleen gericht op algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen of revalidatieziekenhuizen al een volwaardige studietaak kunnen vormen. Er zijn reviews denkbaar per leeftijdscategorie (van neonatologie tot geriatrie), per medische aandoening (urologie, oncologie...) of urgentie (spoed, palliatieve zorgen...). Gezien de brede vragen en het beperkte tijdsbestek, is er gekozen voor een onderzoeksaanpak waarbij maximaal gesteund wordt op bestaand wetenschappelijk onderzoek: een 'overzicht van reviews'.

Eerder dan zelf individuele studies omtrent de impact van bepaalde gebouwkenmerken op gezondheid en welzijn te verzamelen, deze vervolgens te beoordelen op hun kwaliteit en tot slot hiervan een samenvatting te maken, eventueel per type van ziekenhuis, leeftijdscategorie, aandoening of urgentie, vertrekken we van bestaande reviews. Deze reviews hebben deze volledige procedure al doorlopen.

Elk van deze reviews maakt uiteraard een inschatting van de kwaliteit van de verzamelde studies. Afhankelijk van het doel van de review, worden daarvoor meer of minder systematische protocollen

gebruikt. De meest systematische reviews gebruiken daartoe universele protocollen (zoals bijv. PRISMA⁶⁹⁵, CEBM⁶⁹⁶ en GRADE⁶⁹⁷), en worden 'systematic reviews' genoemd. De voorliggende literatuurstudie omvat een samenvatting van dergelijke systematische reviews over dit onderwerp.

Hoewel ook deze reviews onderling nog in kwaliteit kunnen verschillen, wordt aangenomen dat door de beperking tot systematische reviews, die na peer-review gepubliceerd werden in wetenschappelijke tijdschriften, voldoende kwaliteitscontrole aanwezig is op de individuele studies die zo verzameld worden.

Nadeel van deze onderzoeks aanpak is dat niet voor elk sub-domein afzonderlijk resultaten beschikbaar zijn, wat het moeilijker maakt de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. Hoewel het onderzoeksdomein uitgestrekt is, zijn er niet van elk sub-domein voldoende individuele studies beschikbaar om in een 'samenvatting van samenvattingen' zinvolle resultaten te kunnen presenteren. Van sommige sub-domeinen werden wel reviews gevonden, maar werden deze wegens tijdsgebrek niet opgenomen in onderstaande resultaten. Deze reviews worden hieronder echter wel vermeld, zodat de lezer de mogelijkheid heeft deze alsnog in te kijken, mochten er voor bepaalde sub-domeinen nog specifieke vragen zijn.

In een meta-analyse gaat men de originele data van de individuele studies verzamelen, deze vervolgens (waar vergelijkbaar) samennemen, om vervolgens na analyse tot nieuwe numerieke resultaten te komen (die aldus gebaseerd zijn op een veel grotere steekproef dan in de individuele studies). Dergelijke meta-analyse is bijgevolg ook enkel mogelijk bij studies die over een goed omschreven onderwerp gaan, en waarvan de methodes en onderzochte parameters goed vergelijkbaar zijn. De voorliggende onderzoeksvragen zijn voor dergelijke, gedetailleerde analyse te uitgestrekt.

Om aan te tonen of er omtrent de positieve, negatieve of neutrale impact van een gebouwkenmerk op gezondheid en/of welzijn veel evidentie beschikbaar is, beperken we onze numerieke analyse bijgevolg tot het samentellen van het aantal (unieke) studies dat in dezelfde richting wijst. Van zodra één studie wijst op een positieve impact, wordt de quotering '+' toegewezen. Zijn er dit meer dan vier dan wordt dit '++', vanaf acht '+++', en analoog voor negatieve resultaten. Studies over hetzelfde onderwerp, die wijzen op tegengestelde resultaten, worden in mindering gebracht van de optelsom. Studies die in verschillende reviews aangehaald worden, worden slechts één keer meegeteld. Wanneer een review een andere review hanteert als bron voor de invloed van een bepaald gebouwkenmerk, wordt die bron niet meegeteld. Uitzondering hierop vormen secundaire reviews waarvan voldoende duidelijk is dat ze gebaseerd zijn op studies die zelf nog niet meegeteld werden én die bovendien ook systematisch zijn. Op die manier geeft de analyse een goed beeld van het aantal unieke studies die in dezelfde richting wijzen, en die allemaal (1) zelf het proces van peer-review ondergaan hebben en (2) vervolgens op basis van een bepaald protocol in de resultaten van een peer-reviewed review terecht gekomen zijn. De quotering +/++/+++/-/--/--- geeft bijgevolg niet aan hoe belangrijk een bepaald gebouwkenmerk juist is voor gezondheid en/of welzijn, maar wel of er veel wetenschappelijke evidentie bestaat voor de impact van dat kenmerk. Om de leesbaarheid van de tekst te verhogen, worden referenties naar de individuele studies hieronder in het grijs weergegeven (in tegenstelling tot verwijzingen naar de reviews zelf).

Verschiedende reviews maken op basis van het gebruikte protocol wel een onderscheid in kwaliteit van de opgenomen studies. Zo kan het voorkomen dat er voor een bepaald effect verschillende studies zijn die een

695 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA, 2016)

696 Center for Evidence-Based Medicine (CEBM, 2016)

697 Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE, 2016)

positief effect aantonen, maar dat deze in de review allemaal beoordeeld werden als studies van lagere kwaliteit. Deze nuance gaat verloren in onze vereenvoudigde numerieke analyse, maar wordt o.i. gecompenseerd doordat we ons a priori beperken tot systematische reviews en vervolgens in de resultaten verschillende van dergelijke reviews samennemen. Met onze resultaten willen we dan ook geen concrete cijfers meegeven, maar wel aangeven in welke mate er omtrent de impact van bepaalde gebouwenmerken wetenschappelijke evidentie beschikbaar is.

De onderzoeksvragen zijn in eerste plaats gericht op de patiënten zelf. Onderzoek in dit domein focust ook vooral op impact op patiënten, in mindere mate op de impact op personeel en slechts in zeer beperkte mate op de impact op naasten van de patiënt. Over deze laatste groep zijn bijgevolg (binnen het concept van een 'overzicht van reviews') te weinig resultaten beschikbaar om te behandelen als aparte categorie in dit overzicht.

2.2 Selectie van reviews

Databanken die in de medische wereld vaak gebruikt worden zijn bijvoorbeeld PubMed, Medline en CINAHL. De onderzoeksvraag is echter multidisciplinair, waardoor ook best databanken van andere onderzoeksdomeinen betrokken worden (Weaver et al., 2002), bijvoorbeeld Avery (gebouwde omgeving), JSTOR (sociale wetenschappen) en Web of Science en Scopus (multidisciplinair). Ook zijn er specifiek voor reviews afzonderlijke databanken beschikbaar, zoals bijvoorbeeld Prospero, Cochrane Database of Systematic Reviews en JBI Database of Systematic Reviews. Elk van deze databanken heeft een eigen zoekmachine, die volgens een eigen protocol werkt. Afhankelijk van de databank moet de zoekstring aangepast worden: niet elke databank kan op dezelfde filters zoeken (titel, keywords, abstract...) en de betekenis van bepaalde symbolen is niet altijd universeel.

In overleg met een informatiespecialist van de campusbibliotheek Arenberg, werd ervoor geopteerd de databanken te doorzoeken met behulp van zoekmachine Limo van Libis. Limo omvat de voorgaande vermelde databanken, en toont alle bronnen die vrij of via KU Leuven toegankelijk zijn.

Verschillende zoekopdrachten werden opgesteld, uitgetoetst en verfijnd. De zoektermen dienen deel uit te maken van de titel van de publicatie. Filter op titel én abstract is niet mogelijk in Limo. De zoektermen zijn echter van dien aard, dat verwacht mag worden dat zij in relevante publicaties inderdaad steeds in de titel verwerkt zullen zijn. De algemene zoekopdracht, gericht op ziekenhuisarchitectuur in brede zin, gaat als volgt:

review OR analysis OR synthesis AND "hospital design" OR "healing environment" OR "healthcare architecture" OR "ward design" OR "evidence-based design" AND heal* OR wellbeing OR wellness OR recovery

Deze levert 853 resultaten op, waarvan na screening op abstract 66 publicaties mogelijk relevant blijken (1998 – 2018). Deze eerste screening wordt echter breed gehouden (niet enkel systematische reviews). De zoekopdracht specifiek voor psychiatrische ziekenhuizen gaat als volgt:

review OR analysis OR synthesis AND design OR healing environment OR architecture AND psychiatry OR psychiatric OR mental health

Deze levert 269 resultaten, na screening op abstract blijkt geen enkele relevant. Zoals verderop zal blijken, zijn echter enkele reviews hieromtrent reeds gevonden door de eerste zoekstring, en zijn heel wat

individuele onderzoeken in deze context vervat in de algemene reviews over ziekenhuisarchitectuur. Tot slot de zoekopdracht voor revalidatieziekenhuizen:

review OR analysis OR synthesis AND “rehabilitation centre” OR “rehabilitation hospital” OR “rehabilitation clinic” OR “rehabilitation ward” OR “recovery centre” OR “recovery hospital” OR “recovery clinic” OR “recovery ward” OR “recovery unit” OR “recuperation centre” OR “recuperation hospital” OR “recuperation clinic” OR “recuperation ward” OR “recuperation unit”

Deze levert 177 resultaten, na screening op abstract blijkt één mogelijk relevant (van 2011). De zoekstring “review OR analysis OR synthesis” werd voor de psychiatrische en revalidatieziekenhuizen ook vervangen door een filter op “review” in Limo, echter zonder bijkomende relevante resultaten. Omtrent revalidatieziekenhuizen is het lage aantal resultaten mogelijk ook cultureel gekleurd. De typologie van ‘revalidatieziekenhuizen’ is mogelijk geen internationale typologie, maar in andere landen vaak gecombineerd met algemene ziekenhuizen. Verschillende reviews bleken gepubliceerd in het tijdschrift *Health Environments Research & Design Journal* (HERD). Daarom werden de verschillende volumes van dit tijdschrift eveneens doorgenomen, wat één bijkomende relevante review opleverde.

De gevonden reviews werden vervolgens opgedeeld in A-reviews (systematische reviews), B-reviews (niet-systematische reviews, bijvoorbeeld scoping reviews, narrative reviews, literature reviews) en C-reviews (reviews die minder specifiek over het onderwerp gaan). In totaal werden 19 A-reviews geselecteerd. Deze werden vervolgens meer specifiek per onderwerp ingedeeld: tien algemene reviews, twee specifiek over éénpersoonskamers, één over de spoed, één over neonatologie, één over pediatrie, drie over psychiatrie, één over revalidatie en één over de positie van de verpleegpost. Hieronder worden alle A-reviews weergegeven, met korte toelichting. Ook wordt steeds aangegeven indien een review niet verwerkt is in de resultaten.

A-reviews, algemeen:

(Stiller, Salm, Bischoff, & Gastmeier, 2016) Relationship between hospital ward design and healthcare-associated infection rates: a systematic review and meta-analysis. In: *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. Grondige en relevante review, enkel een focus op de link tussen architectuur en ziekenhuisinfecties.

(Laursen, Danielsen, & Rosenberg, 2014) Effects of Environmental Design on Patient Outcome: A Systematic Review. In: *HERD*. Grondige en relevante review, enkel resultaten gevonden op vlak van de audio- en visuele omgeving.

(Salonen et al., 2013) Physical characteristics of the indoor environment that affect health and wellbeing in healthcare facilities: a review. In: *Intelligent Buildings International*. Uitgebreide en relevante review, verwijst echter vaak naar andere reviews als bron in plaats van individuele onderzoeken.

(Huisman, Morales, van Hoof, & Kort, 2012) Healing environment: a review of the impact of physical environmental factors on users. In: *Building and Environment*. Uitgebreide en relevante review, de methodologie is echter niet altijd even duidelijk en de bronnen soms niet correct (bijv. op blz. 74 wordt voor een standpunt dat van Ulrich zou komen verwezen naar een bron waarvan hij geen auteur is, wat dus hoogstens een indirecte referentie kan zijn).

(Ulrich et al., 2008) A review of the research literature on evidence-based healthcare design. In: *HERD*. Uitgebreide en relevante review.

(Tanja-Dijkstra & Pieterse, 2011) The psychological effects of the physical healthcare environment on healthcare personnel. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Niet opgenomen in resultaten (wegens focus voorliggend onderzoek in eerste plaats op patiënten).

(Dijkstra, Pieterse, & Pruyn, 2006) Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. In: *Journal of advanced nursing*. Niet opgenomen in resultaten (wegens tijdsgebrek).

(Ulrich, Zimring, Quan, Joseph, & Choudhary, 2004) The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a one-in-a-lifetime opportunity. Voor: *Center for Health Design*. Niet afzonderlijk bestudeerd, de review van Ulrich et al. in 2008 vormt een update hiervan.

(Rubin, Owens, & Golden, 1998) Status report (1998): an investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes. In: *Journal of healthcare design*. Niet opgenomen in resultaten (wegens tijdsgebrek en oude datum).

Eénpersoonskamers:

(Taylor, Card, & Piatkowski, 2018) Single-Occupancy Patient Rooms: A systematic Review of the Literature since 2006. In: *HERD*. Evaluatie van de effecten van éénpersoonskamers, gebaseerd op studies sinds 2006, grotendeels positieve resultaten.

(Voigt, Mosier, & Darouiche, 2018) Systematic Literature Review Private Rooms in Low Acuity Settings: A Systematic Review of the Literature. In: *HERD*. Evaluatie van de effecten van éénpersoonskamers, in minder acute afdelingen. De reviewers merken op dat andere reviews dit onderscheid in afdelingen vaak negeren. De review concludeert dat er een gebrek aan bewijs is voor een positief effect van éénpersoonskamers in het *hele* ziekenhuis. De review verwijst echter vaak naar andere reviews als bron, de resultaten van de individuele studies zijn weinig gedetailleerd beschreven, alle geselecteerde studies vallen volgens de GRADE beoordeling onder categorie C of D ('meer onderzoek nodig'). De individuele studies die aangehaald worden, worden wel meegeteld in de resultaten hieronder.

Spoed:

(Weiland, Ivory, & Hutton, 2017) Managing Acute Behavioural Disturbances in the Emergency Department Using the Environment, Policies and Practices: A Systematic Review. In: *The western journal of emergency medicine*. Niet opgenomen in de resultaten (tijdsgebrek).

Neonatologie:

(Serval & Rideau Batista Novais, 2016) Les chambres familiales en néonatalogie : effets sur le nouveau-né premature, ses parents et l'équipe soignante. Revue systématique de la littérature. In: *Archives de Pédiatrie*. De review onderzoekt het effect van familiekamers op de pasgeborene, de ouders en de verzorgers. Uitgesproken positieve resultaten.

Pediatrie:

(Lee, Narendran, Tomfohr-Madsen, & Schulte, 2017) A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. In: *Psycho-Oncology*. Niet opgenomen in de resultaten (tijdsgebrek).

Psychiatrie:

(Nugteren et al., 2016) Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. In: *Perspectives in Psychiatric Care*. De review blijkt niet gericht op de gebouwde omgeving, en is bijgevolg niet opgenomen in de resultaten.

(Papoulias, Csipke, Rose, McKellar, & Wykes, 2014) The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. In: *British Journal of Psychiatry*. Relevante review.

(Daykin, Byrne, Soteriou, & O'connor, 2008) The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature. In: *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. De review blijkt over mentale gezondheid in het algemeen te gaan, niet alleen in psychiatrische afdelingen. De review werd wel verwerkt in de resultaten.

Revalidatie:

(Ramos Vieira et al., 2011) Risk factors for geriatric patient falls in rehabilitation hospital settings: a systematic review. In: *Clinical Rehabilitation*. Deze review focust enkel op geriatrische patiënten en hanteert een zeer streng protocol (van meer dan 2300 studies werden er slechts acht geselecteerd). In de conclusies gaat slechts één aspect over architectuur (namelijk dat tapijt een verhoogd valgevaar zou opleveren in vergelijking met vinyl), en dat aspect blijkt dan op slechts één studie gebaseerd. De review werd niet opgenomen in de resultaten.

Positie verpleegposten:

(Fay, Cai, & Real, 2017) A Systematic Literature Review of Empirical Studies on Decentralized Nursing Stations. In: *HERD*. Recente en relevante review over de positie van de verpleegpost binnen een afdeling.

3 Resultaten

3.1 Planindeling, gebouwo ontwerp

3.1.1 Algemene planindeling

- Impact planindeling op tijdsbesteding personeel aan verplaatsingen: P[++]⁶⁹⁸
- Impact diverse aspecten planindeling op sociaal gedrag in psychiatrische afdeling: P[++]

De algemene planindeling van een afdeling (vorm, looplijnen, hoe ruimtes ten opzichte van elkaar gepositioneerd worden) heeft zowel een impact op efficiëntie als op sociale aspecten.

Op vlak van efficiëntie zijn er bijvoorbeeld enkele studies die nagaan wat de impact is van de planindeling op de loopafstanden en tijdsbesteding van personeel aan verplaatsingen, wat kan leiden tot kortere wachttijden en hogere patiënttevredenheid (M. M. Shepley & Davies, 2003; Mardelle McCuskey Shepley, 2002; Sturdavant, 1960a; Trites, Galbraith, Sturdavant, & Leckwart, 1970).

Voorbeeld: (M. M. Shepley & Davies, 2003) verpleging doet 4,7 stappen per minuut in een radiaal ontwerp (cirkelvormige afdeling) t.o.v. 7,9 stappen per minuut in een klassieke, rechthoekige afdeling.

De sociale impact werd vooral bestudeerd in studies omtrent psychiatrische afdelingen. Aspecten die aan bod komen, en positief beoordeeld werden zijn bijvoorbeeld een 'open plan', meer private ruimtes, hoge graad van comfort, goede zichtbaarheid op de afdeling en faciliteren van sociale interactie. Dergelijke ingrepen leiden tot meer sociale interactie (Curtis, Gesler, Fabian, Francis, & Priebe, 2007; Tyson, Lambert,

698 P[...] beschrijft de impact op patiënten, S[...] de impact op personeel.

& Beattie, 2002; Whitehead, Polsky, Crookshank, & Fik, 1984) en minder risico op geweld (van der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen, & Noorthoorn, 2013).

3.1.2 Verpleegposten

(De-)centrale verpleegposten

- Decentrale verpleegposten vragen minder tijdsbesteding van personeel aan verplaatsingen P[+++], en bijgevolg blijft er meer tijd over om aan patiënten te besteden P[+++], verbeteren de resultaten op vlak van patiëntenzorg (valgevaar) P[+], en gaat de patiënttevredenheid erop vooruit P[++].
- De impact op sociale contacten tussen het personeel onderling en op de tevredenheid van personeel is veel onderzocht maar niet echt duidelijk S[?], de impact van decentrale verpleegposten op teamwork is eerder negatief S[--].

Dit topic leunt aan bij de impact van de algemene planindeling op de looptijd van personeel, maar in deze onderzoeken wordt specifiek gekeken naar de locatie van de verpleegpost of het verpleeglokaal ten opzichte van de patiëntenkamers, en vervolgens nog meer in detail of er zo één centraal lokaal is per afdeling, dan wel verschillende die verspreid liggen. Uiteraard bestaat er niet één 'centraal' en één 'decentraal' plantype, maar is dit tevens afhankelijk van het aantal kamers per afdeling, het aantal decentrale verpleegposten, enz.

Niet echt onverwacht toont de meerderheid van de onderzoeken aan dat in een decentrale opstelling de looptijd van het personeel verder ingeperkt wordt (Copeland & Chambers, 2017; Donahue, 2009; Fay, Carll-White, Schadler, Isaacs, & Real, 2017; Grimes, Meilink, & Melink, 2017; A. Hendrich, 2003; Hua, Becker, Wurmser, Bliss-Holtz, & Hedges, 2012; IOM, 2004; Mardelle McCuskey Shepley, 2002; Sturdavant, 1960b; Trites & Green, 1970), al zijn er ook enkele onderzoeken waaruit het tegendeel moet blijken (Ferri, Zygun, Harrison, & Stelfox, 2015; Pati, Harvey, Redden, Summers, & Pati, 2015; Real, Bardach, & Bardach, 2017). Ook naar de aflevertijd van medicatie werden onderzoeken gedaan, waaruit onder andere blijkt dat de tijd nodig voor het afleveren van medicatie tot 50% gereduceerd kan worden bij decentrale systemen (Hibbard, Bosso, Sward, & Baum, 1981; Lomonte, Besser, & Thomas, 1983; Reynolds, Johnson, & Longe, 1978).

Ook hier geldt dat er bij de verpleging tijd vrijkomt ten gunste van de patiënten (Bayramzadeh & Alkazemi, 2014; Donahue, 2009; Fay, Carll-White, et al., 2017; Friese et al., 2014; Grimes et al., 2017; Guarascio-Howard & Malloch, 2007; A. Hendrich, 2003; IOM, 2004; Reiling et al., 2004), waardoor ze bijvoorbeeld meer sociale steun ervaren. De resultaten op vlak van patiëntenzorg verbeteren eveneens: opmerkelijk is dat er specifiek omtrent valgevaar verschillende studies gebeurd zijn, die door de verhoogde aanwezigheid van verpleging bij de patiënten in het voordeel van een decentrale opstelling wijzen (Copeland & Chambers, 2017; Friese et al., 2014; Guarascio-Howard, 2011). Niet verwonderlijk, gaat bijgevolg ook de patiënttevredenheid erop vooruit (Donahue, 2009; Friese et al., 2014; Grimes et al., 2017; Guarascio-Howard & Malloch, 2007; Hua et al., 2012; Real, Fay, Isaacs, Carll-White, & Schadler, 2018).

Voor de verpleging en het overige ziekenhuispersoneel daarentegen, is het een ander verhaal. Vooral voor de verpleging is er behoorlijk veel onderzoek gebeurd over de impact van dergelijke opstellingen op hun onderlinge sociale contacten en teamgevoel. Wat dat eerste betreft zijn de resultaten erg gemengd, wat het tweede betreft zijn de resultaten eveneens gemengd, maar de negatieve resultaten (Copeland & Chambers, 2017; Fay, Carll-White, et al., 2017; Guarascio-Howard & Malloch, 2007; Hua et al., 2012; Parker, Eisen, & Bell, 2012; Pati et al., 2015; Real, Fay, et al., 2018; Real, Santiago, Fay, Isaacs, & Carll-White, 2018;

Zborowsky, Bunker-Hellmich, Morelli, & O'Neill, 2010) overwegen toch op de positieve (Cai & Zimring, 2012; Ferri et al., 2015; Guarascio-Howard, 2011; O'Hara et al., 2018) en neutrale (Rashid, Khan, & Jones, 2018; Real et al., 2017).

Open verpleegpost bij psychiatrie

Specifiek op psychiatrische afdelingen worden in de review van Papoulias et al. (2014) enkele onderzoeken aangehaald omtrent de impact van het openstellen van de verpleegpost naar de afdeling toe (bijvoorbeeld door het glas weg te nemen). Enerzijds is er evidentie die wijst op een verhoging van de interacties tussen patiënten en personeel (Edwards & Hults, 1970), anderzijds wordt in een andere studie geen duidelijk verschil gevonden op de Ward Atmosphere Scale (zowel voor patiënten als personeel) en werd ook geen verschil vastgesteld in aantal gevallen van afzondering of geweld (Southard et al., 2012).

3.1.3 Eénpersoonskamers

- Ziekenhuisinfecties:
 - Volgens algemene studies: P[+++]
 - Specifieke studies omtrent luchtgedragen infecties: P[+++]
 - Specifieke studies omtrent infectie via contact: P[+++]
- Aantal medische fouten (indien kamer aanpasbaar aan de zorgwaarte: P[++]
- Aantal gevallen van 'ICU delirium': P[+]
- Valgevaar: P[-]
- Geluid en lawaai: P[+++] en S[+]
- (Sprak-)privacy: P[+++] en S[+]
- Emotionele steun (van kamergenoot): P[-]
- Zichtbaarheid voor personeel: S[-]

Eénpersoonskamers en hun impact op gezondheid en/of welzijn vormen duidelijk een 'hot-topic' in dit onderzoeksveld. Reeds in 2006 adviseerde het Facility Guideline Institute in de VS éénpersoonskamers, een advies gebaseerd op een literatuurstudie. Dit advies werd door vele staten in de VS overgenomen als regelgeving, met als gevolg dat er in de VS de jaren nadien veel onderzoek gepubliceerd werd door voor- en tegenstanders. Dit vormt tevens de aanleiding voor Taylor en collega's om hun review te baseren op het beschikbare onderzoek sinds 2006 (Taylor et al., 2018).

De meerderheid van de gevonden studies is gericht op de impact die dergelijke typologie heeft op de verspreiding van ziekenhuisinfecties. Het aantal studies dat positieve resultaten toont ten gunste van de éénpersoonskamers is op dat vlak zeer talrijk, zowel algemene studies (Ben-Abraham et al., 2002; Bloemendaal et al., 2009; Bracco, Dubois, Bouali, & Eggimann, 2007; Cheng et al., 2010; Hamel, Zoutman, & O'Callaghan, 2010; Lazar, Abukaf, Sofer, Peled, & Leibovitz, 2015; Levin, Golovanevski, Moses, Sprung, & Benenson, 2011; MacKenzie et al., 2007; McManus, Mason, McManus, & Pruitt, 1994, 1992; Mulin et al., 1997; Munier-Marion et al., 2016; Simor et al., 2013; Teltsch et al., 2011; YoonChang et al., 2007), als specifieke studies omtrent luchtgedragen infecties (Ben-Abraham et al., 2002; Farquharson & Baguley, 2003; Gardner, Court, Brocklebank, Downham, & Weightman, 1973; Lidwell et al., 1970; McKendrick & Emond, 1976; McManus et al., 1994; Passweg et al., 1998; Shiomori et al., 2002; Shirani et al., 1986;

Vonberg & Gastmeier, 2005) als omtrent infectie via contact (Ben-Abraham et al., 2002; V. T. Chang & Nelson, 2000; Gastmeier, Schwab, Geffers, & Rüdén, 2004; Goldmann, Durbin, & Freeman, 1981; Healthcare Commission, 2006, 2007; Jernigan, Titus, Groschel, Getchell-White, & Farr, 1996; MacKenzie et al., 2007; McManus et al., 1994; McManus, McManus, Mason, Aitchison, & Pruitt, 1985; Mulin et al., 1997; Pegues & Woernle, 1993; Preston, Larson, & Stamm, 1981; Wigglesworth & Wilcox, 2006) en bijgevolg erg overtuigend, toch minstens voor die afdelingen waar deze problematiek een grote rol speelt en grote gevolgen kan hebben. Enkele belangrijke factoren daarin zijn de isolatiemogelijkheden, betere schoonmaak en luchtkwaliteit.

Indien de kamer aanpasbaar is aan de zorgzwaarte, kan transfer van patiënten tot een minimum beperkt worden. Onderzoek toont aan dat hierdoor ook het aantal medische fouten kan teruggedrongen worden (Beyea, 2007; Chaudhury, Mahmood, & Valente, 2006; Cook, Render, & Woods, 2000; A. Hendrich, Fay, & Sorrells, 2002; A. L. Hendrich, Fay, & Sorrells, 2004; Roger S Ulrich & Zhu, 2007).

Voorbeeld: (A. Hendrich et al., 2002; A. L. Hendrich et al., 2004) in (Ulrich et al., 2008): studie over een ziekenhuis in Indianapolis, Indiana, VS, waar de afdeling intensieve zorgen (voor hartpatiënten) gewijzigd werd van tweepersoonskamers naar éénpersoonskamers (aanpasbaar naar de zorgzwaarte); het aantal transfers kon met 90% verminderd worden en de medicatiefouten met 67%.

In de review van Taylor en collega's (2018) worden twee studies vermeld met resultaten omtrent zogenaamd 'ICU delirium' (gevallen van delirium op de afdelingen intensieve zorgen). Evidentie hieromtrent is relatief beperkt in aantal: de eerste studie merkt op dat dit fenomeen vaker voorkomt in meerpersoonskamers, maar komt statistisch gezien niet tot een verschillende kansberekening (Zaal et al., 2013); de tweede studie vond wel degelijk een statistisch verschil (Caruso, Guardian, Tiengo, dos Santos, & Junior, 2014). Beide studies worden in de betrokken review beoordeeld als gemiddelde, tot hoge kwaliteit.

Omtrent de hoeveelheid geluid (of lawaai) in éénpersoonskamers (of de perceptie daarvan), zijn vele onderzoeken gebeurd, met veel resultaten ten gunste van de éénpersoonskamers (Bloomer, Endacott, O'Connor, & Cross, 2013; Gabor et al., 2003; Gardiner, Brereton, Gott, Ingleton, & Barnes, 2011; Maben et al., 2015; Persson, Anderberg, & Kristensson Ekwall, 2015; Persson & Määttä, 2012; Press Ganey inc., 2003; Southwell & Wistow, 1995; A. M. Williams, Dawson, & Kristjanson, 2008; C. Williams & Gardiner, 2015; Yinnon, Ilan, Tadmor, Altarescu, & Hershko, 1992). Gevolgen die hiermee in verband gebracht worden zijn vooral de slaapkwaliteit, algemene tevredenheid van patiënten en personeel en verminderde stress voor beide groepen.

Ook privacy speelt vanzelfsprekend een rol in de eventuele keuze voor éénpersoonskamers, en wordt daar positiever beoordeeld (Astedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-Ilmonen, 2001; Chaudhury, Mahmood, & Valente, 2003; Chaudhury et al., 2006; Ferri et al., 2015; Firestone, Lichtman, & Evans, 1980; Gardiner et al., 2011; D. D. Harris, Shepley, White, Kolberg, & Harrell, 2006; Hutton, 2002; Kaldenburg, 1999; Maben et al., 2015; Persson et al., 2015; Persson & Määttä, 2012; Press Ganey inc., 2003; Sällström, Sandman, & Norberg, 1987; van de Glind, van Dulmen, & Goossensen, 2008; C. Williams & Gardiner, 2015). Eén van de meest aangehaalde voordelen van deze verhoogde privacy ligt op vlak van communicatie, reden waarom we ook spreken over spraak-privacy. Enerzijds op vlak van communicatie met en sociale steun van familie en andere bezoekers naar de patiënt toe, anderzijds ook tussen patiënt en verpleging. Een éénpersoonskamer heeft bijvoorbeeld vaak ruimere bezoeken, en biedt ook letterlijk meer ruimte voor de aanwezigheid van bezoek. Er is ook meer ruimte voor vertrouwelijke gesprekken met personeel over de medische geschiedenis van de patiënt, en gesprekken over de medische toestand hoeven niet ingeperkt te worden wegens toehoorders. Keerzijde van de medaille is uiteraard dat de emotionele steun vanwege een

kamergenoot wegvalt (A. Joseph, 2007) en de zichtbaarheid van patiënten naar personeel toe verkleint (Brown & Taquino, 2001). Omtrent deze keerzijde moet opgemerkt worden dat de bronnen die Salonen en collega's (2013) aanhalen geen individuele studies betreffen en het bijgevolg niet rechtstreeks duidelijk is op welk onderzoek ze gebaseerd zijn.

De review van Voigt en collega's (2018) concludeert dat er voor afdelingen met minder acute aandoeningen weinig evidentie is voor de voordelen van éénpersoonskamers. Naast bemerkingen bij de gehanteerde bronnen (zie hoger), worden in deze review (na weglaten van andere reviews als bron) nochtans meer studies aangehaald die het verminderd infectiegevaar in éénpersoonskamers onderschrijven (Heddema & van Benthem, 2011; Simon, Maben, Murrells, & Griffiths, 2016; Smylie, Davidson, Macdonald, & Smith, 1971) dan tegenspreken (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014), naast enkele studies met neutrale resultaten (Ellison et al., 2014; S. J. Harris, Farren, Janssen, Klein, & Lee, 2004). Op een eventueel hoger valgevaar in éénpersoonskamers (wegens afwezigheid van sociale controle door kamergenoot) wordt enkel in deze review ingegaan. Er worden drie studies aangehaald, waarbij één studie duidelijk stelt dat het valgevaar kleiner is in meerpersoonskamers, de tweede merkt op dat dit een tijdelijk fenomeen is in de periode van enkele maanden na implementatie van dit kamertype, en de derde kon geen dergelijk verschil vaststellen (Maben et al., 2015; Simon et al., 2016; Singh & Okeke, 2013).

De twee meest recente reviews (Taylor et al., 2018; Voigt et al., 2018) groeperen ook enkele studies die specifiek de voorkeuren en ervaringen van patiënten en personeel in kaart brengen (Berry & Parish, 2008; Bloomer et al., 2013; Ferri et al., 2015; Gardiner et al., 2011; S. J. Harris et al., 2004; Janssen, Klein, Harris, Soolsma, & Seymour, 2000; Maben et al., 2015; McKeown et al., 2015; Pattison & Robertson, 1996; Persson et al., 2015; Rowlands & Noble, 2008; Soutar & Wilson, 1986; Southwell & Wistow, 1995; Stolker, Nijman, & Zwanikken, 2006; A. M. Williams et al., 2008; C. Williams & Gardiner, 2015). Hoewel de voorkeur gemengd is over alle types van gebruikers en over alle types van ervaringen heen (privacy, gezelschap, valgevaar, infectiegevaar...), is de trend duidelijk positief ten voordele van éénpersoonskamers. In de review van Taylor en collega's worden (over de verschillende, geselecteerde studies heen) bijvoorbeeld 27 expliciet positieve resultaten aangehaald ten opzichte van zeven negatieve.

3.1.4 Zone voor familie, familiekamers

- Meer interactie en sociale steun vanwege bezoek, minder valgevaar: P[+]

In sommige ziekenhuizen wordt extra ruimte voorzien voor familie van de patiënten, zodat bijvoorbeeld overnachten bij de patiënt mogelijk wordt. Soms gebeurt dit in aparte kamers, in andere gevallen betreft het éénpersoonskamers met extra ruimte. Enkele onderzoeken tonen hoe op deze manier de sociale interactie tussen patiënt en bezoek, en de sociale steun vanwege het bezoek toenemen. Deze verhoogde aanwezigheid en steun zou ook tot een verminderd valgevaar leiden (Douglas & Douglas, 2004; B. H. Johnson, Abraham, & Parrish, 2004; Kutash & Northrop, 2007). Salonen en collega's (2012) merken ook op dat deze extra ruimte voor familie, in de kamer van de patiënt, mogelijk niet gepast is voor patiënten met verhoogd infectiegevaar (van of door de patiënt). Op alternatieven om ook in dergelijke situaties steun vanwege familie mogelijk te maken, gaan de auteurs niet verder in.

Specifiek voor psychiatrie, heeft dergelijke verhoogde aandacht voor bezoek voor- en nadelen. Enerzijds wordt observatie van de patiënt moeilijker (Tyson et al., 2002), anderzijds kan dit een belangrijke bijdrage leveren aan de continuïteit van de zorg en dus het welzijn van de patiënt (Wood et al., 2013).

- Toepassing van familiekamers in neonatologie:
 - Effect op baby: P[++]
 - Effect op ouders: P[++]
 - Effect op personeel: S[+]

De review van Servel en Rideau Batista Novais (2016) gaat specifiek over dit onderwerp, en toont positieve resultaten op alle betrokkenen: baby, ouders en personeel. Studies omtrent de impact op de baby wijzen op een kortere verblijfsduur (5,3 dagen minder) (Ortenstrand et al., 2010); minder heropname na drie maanden (12,9 t.o.v. 34,5%) en minder belangrijke consultaties en telefoonoproepen (Erdeve et al., 2008); minder gevallen van apneu (gemiddeld van 29,3 naar 12,5), minder ziekenhuisinfecties (van 11 naar 6%) en meer gevallen van borstvoeding (van 50 naar 70%) (Domanico, Davis, Coleman, & Davis, 2011); kortere tijdsduur van het (exclusief) enterisch voeden (Domanico et al., 2011; Lester et al., 2014); sterke toename van het gewicht bij vertrek en op neurologisch vlak toename van de aandacht en reductie van de fysiologische stress, hypertonie en pijn (Lester et al., 2014).

Naar de ouders toe wordt aangetoond hoe de familiale intimiteit toeneemt, ouder-kind interacties verbeteren, de relatie met de dokters beter verloopt en er meer controle is over de omgeving van het kind (D. D. Harris et al., 2006); de tevredenheid omtrent de structuur van de zorg en het geheel van zorgen voor hun kind hoger is (Stevens, Helseth, Khan, Munson, & Reid, 2011); er meer bereidheid en bekwaamheid is van de ouders om deel te nemen aan de zorg voor hun kind (Lester et al., 2014; Stevens et al., 2011); er meer huid-op-huid contact is (92 t.o.v. 81%) en minder stress bij moeders (Lester et al., 2014); ouders meer tevreden zijn omdat ze meer intimiteit en comfort voor hun kind ervaren, het gevoel hebben hun kind beter te kennen en meer zelfvertrouwen hebben bij het voeden en troosten (Watson, DeLand, Gibbins, MacMillan York, & Robson, 2014). Een bemerking daarbij is dat het isolement van ouders wel kan verhogen (D. D. Harris et al., 2006), maar ander onderzoek nuanceert dit dan in die zin dat, zeker wanneer de tijdsduur van de opname toeneemt, ouders het comfort en de intimiteit van een familiekamer toch verkiezen boven het verlies aan sociale interactie (Domanico, Davis, Coleman, & Davis, 2010)

Het beeld bij het personeel is iets genuanceerder. Eén studie wijst erop hoe dokters initieel wel een voorkeur hebben voor familiekamers, maar hoe dit verschil verdwijnt na een periode van 18 maanden. Deze studie merkt ook op hoe verpleging ongerust is bij familiekamers omtrent de vroegtijdige opsporing en snelle behandeling van een bijvoorbeeld een ernstige ziekte (Domanico et al., 2010). Echter zijn er ook hier vooral studies die in het voordeel van de familiekamer pleiten: personeel ondervindt minder stress (Bosch, Bledsoe, & Jenzarli, 2012; Lester et al., 2014); minder uitputting en een betere persoonlijke ontplooiing (Bosch et al., 2012; Lester et al., 2014); ze hebben het gevoel te werken in een betere omgeving (Bosch et al., 2012; Domanico et al., 2010; Stevens et al., 2011); het gevoel zorgen van betere kwaliteit te bieden, in betere veiligheidscondities, en hebben dan ook een globaal gezien een hogere tevredenheid (Stevens et al., 2011); en de levenskwaliteit op het werk is hoger (Watson et al., 2014).

3.1.5 Belang van identieke kamers

- Kleinere kans op vergissingen bij personeel: P[+]

In de review van Huisman en collega's (2012) worden twee studies aangehaald, die aantonen dat, door alle patiëntenkamers identiek uit te voeren, de kans op vergissingen bij personeel vermindert (Barnhart, Perkins, & Fitzsimond, 1998; R S Ulrich, 1991). De redenering is dat bijvoorbeeld, alle hulpmiddelen die personeel in noodgevallen nodig heeft, zich steeds op dezelfde positie bevinden. Zeker voor deze bevinding,

kan men zich de vraag stellen in welke mate ze van belang is voor alle afdelingen van een ziekenhuis, of voor elk type van ziekenhuis. Ook kan men zich de vraag stellen of deze identieke opstelling de volledige kamer betreft, dan wel beperkt mag worden tot bijvoorbeeld de opstelling van het bed en de medische apparatuur, om zo in andere delen van de kamer meer diversiteit toe te laten.

3.1.6 Zicht op natuur (echt of gesimuleerd)

- Positieve impact op herstel van stress: P[+++]
- Fysiologisch herstel van stress binnen maximum 3 minuten, of zelfs na enkele seconden: P[+++]
- Zicht op gebouwde omgeving zonder natuur is minder effectief, en mogelijks stress-bevorderend: P[++]
- Vermindert de behoefte aan pijnmedicatie: P[++]
- Hogere performantie, productiviteit en concentratie bij personeel: S[+]
- Minder stress, druk en hoofdpijn ervaren bij personeel: S[+]

Wanneer patiënten vanuit hun kamer zicht hebben op natuur, heeft dit volgens de literatuur vooral een positieve impact op de stress die zij ervaren (T Hartig, Böök, Garvill, Olsson, & Gärling, 1996; Heerwagen, 1990; Katcher, Segal, & Beck, 1984; R. Ulrich, 1984; R S Ulrich, 1991; Roger S. Ulrich, 1979; A. E. van den Berg, Koole, & van der Wulp, 2003; Whall et al., 1997). Daarbij lijkt het minder van belang of het hier gaat over echte natuur, dan wel gesimuleerde natuur (bijvoorbeeld een foto). Stress op zijn beurt, is gerelateerd aan allerhande gevolgen op emotioneel, psychologisch en ook fysiologisch vlak.

Omtrent dat laatste punt zijn verschillende studies beschikbaar die concrete metingen op tafel leggen (bijvoorbeeld omtrent de activiteit van het sympathisch zenuwstelsel). Die metingen tonen dat het fysiologisch herstel zich voordoet in maximaal 3 minuten, maar ook vaak na enkele seconden al (Fredrickson & Levenson, 1998; Terry Hartig, Evans, Jamner, Davis, & Gärling, 2003; Joye, 2007; Laumann, Gärling, & Stormark, 2003; R. Parsons & Hartig, 2000; Russ Parsons, Tassinari, Ulrich, Hebl, & Grossman-Alexander, 1998; Roger S. Ulrich, 1981; Roger S. Ulrich, Simons, & Miles, 2003).

Tegelijkertijd zijn er ook vergelijkende studies beschikbaar, die tonen hoe zicht op een gebouwde omgeving, met gebrek aan natuur, op dat vlak minder efficiënt is, en zelfs negatieve effecten op stress kan veroorzaken (R S Ulrich, 1991; Roger S. Ulrich, 1979; A. E. van den Berg et al., 2003; Verderber, 1986). Ook abstracte afbeeldingen geven een slechter effect dan helemaal geen afbeelding (Roger S. Ulrich, Lundén, & Eltinge, 1993).

Een ander facet dat beïnvloed wordt door stress, is de pijnervaring. Ook op dat vlak zijn er verschillende studies beschikbaar, die aantonen dat zicht op natuur de pijnintensiteit en hoeveelheid vereiste pijnmedicatie kan terugdringen (A. C. Miller, Hickman, & Lemasters, 1992; R. Ulrich, 1984; R S Ulrich, 1991; Roger S. Ulrich et al., 1993).

Ook bij personeel worden positieve effecten vastgesteld: minder stress, hoofdpijn en druk (Kaplan, 1992; Leather, Pyrgas, Beale, & Lawrence, 1998); verhoogde performantie, concentratie, productiviteit en jobtevredenheid (Clay, 2001; Kaplan, 1992; A. E. van den Berg, Hartig, & Staats, 2007).

3.1.7 Tuinen

- Positieve impact op herstel van stress: P[++]
- Fysiologisch herstel van stress binnen enkele minuten: P[++]
- Verbetering van stemming en tevredenheid: P[+]
- Sociale steun en privacy, ontsnappingsmogelijkheid: P[+]

In dezelfde lijn als het vorige punt, kan ook de aanwezigheid van (toegankelijke) tuinen in een ziekenhuisomgeving impact hebben op stress (Marcus & Barnes, 1995, 1999; Sherman, Varni, Ulrich, & Malcarne, 2005; Whitehouse et al., 2001), en ook hier werd aangetoond dat er reeds binnen enkele minuten vermindering van de fysiologische stress optreedt (Terry Hartig et al., 2003; Joye, 2007; Laumann et al., 2003; R S Ulrich, 1991; Roger S. Ulrich, 1981). Gelijktijdig verhoogt dit ook de stemming van patiënten en hun tevredenheid (Marcus & Barnes, 1995, 1999; Whitehouse et al., 2001). Uit de review van Salonen en collega's (2013) is niet volledig duidelijk op te maken of de fysiologische stress vermindert ten gevolge van het verblijven in de tuin, dan wel louter door het zicht erop. Volgens de abstract van de studie van Terry Hartig en collega's (2003) zou het alvast over beide gaan.

Deze ruimtes vervullen ook een sociale rol: ze bieden toegang tot sociale steun (bijvoorbeeld ontmoetingen met andere patiënten) of net tot privacy. Ze bieden ook een ontsnappingsmogelijkheid aan de vaak stressvolle, klinische ziekenhuisomgeving (Marcus & Barnes, 1995; Whitehouse et al., 2001).

Het beperkte onderzoek beschikbaar voor psychiatrie geeft opnieuw voor- en nadelen: één onderzoek toont hoe patiënten deze buitenruimtes appreciëren en ook daadwerkelijk verlangen naar toegankelijke tuinen (Curtis et al., 2007), ander onderzoek toont hoe dit tegelijkertijd mogelijk het risico op afzondering en isolatie verhoogt (van der Schaaf et al., 2013). De hierboven vermelde resultaten uit de reguliere ziekenhuiscontext, blijken echter ook goed aangetoonde psychologische effecten te hebben, en zullen bijgevolg waarschijnlijk ook in context van psychiatrie relevant blijken.

3.2 Binnenklimaat

3.2.1 Ventilatie & airconditioning: LAF⁶⁹⁹ & HEPA filters⁷⁰⁰

- HEPA filters zijn zeer efficiënt om infecties te vermijden: P[+++]
- De combinatie van LAF en FEPA geeft de laagste risico's: P[++]
- Negatieve luchtdruk is belangrijk voor isolatiekamers (infectie *door* patiënt), positieve luchtdruk is belangrijk voor patiënten met een verlaagd of onderdrukt immuunsysteem (infectie *van* patiënt): P[+++]
- Belang van hoge ventilatiesnelheid, maar nog onduidelijkheid over de juiste snelheid en hoeveelheid: P[+]
- Belang van (draagbare) HEPA filters bij bouwwerken: P[++]

⁶⁹⁹ Laminate air flow: ventilatieprincipe gebaseerd op een gelijkmatige luchtstroming in eenzelfde richting

⁷⁰⁰ HEPA filters: 'high-efficiency particulate air' (hoewel ook andere benamingen bekend zijn), specifiek type luchtfilters die tussen minimaal 85% en maximaal 99,999995% van alle stofdeeltjes van 0,3 micrometer (µm) tegenhouden, afhankelijk van het specifieke filtertype

- Ook goede resultaten bij natuurlijke ventilatie, maar dit laat geen onderdruk toe en toepassing ervan is afhankelijk van het buitenklimaat: P[+]

Vanzelfsprekend is in ziekenhuizen een goed en efficiënt ventilatiesysteem van belang voor een goede binnenluchtkwaliteit, wat samenhangt met de gezondheid van personeel, bezoekers en patiënten (Balocco & Liò, 2010; Eames, Shoaib, Klettner, & Taban, 2009; Spengler, McCarthy, & Samet, 2001; Tang, Li, Eames, Chan, & Ridgway, 2006; Tung, Hu, Tsai, & Chang, 2009; Zhao et al., 2009).

Specifiek omtrent de toepassing van HEPA filters, en hun impact op ziekenhuisinfecties, is uitgebreid onderzoek gebeurd. De HEPA filters geven gunstige resultaten (Boswell & Fox, 2006; Dee, Deen, Cano, Batista, & Pijoan, 2006; Griffiths, Bennett, Speight, & Parks, 2005; Hahn et al., 2002; Loo et al., 1996; McCann et al., 2004; Passweg et al., 1998; Rutala, Jones, Worthington, Reist, & Weber, 1995; Withington et al., 1998), efficiënter dan enkel een ventilatieprincipe gebaseerd op LAF (Sherertz et al., 1987), maar vooral de combinatie van beide zou de laagste risico's geven (Alberti et al., 2001; Arlet, Gluckman, Gerber, Perol, & Hirsch, 1989; Dharan & Pittet, 2002; Friberg, Ardnor, Lundholm, & Friberg, 2003; Hahn et al., 2002; Sherertz et al., 1987).

De review van Ulrich en collega's (2008) wijst op een belangrijke review uit 2007 (Y. Li et al., 2007), waarin 40 studies omtrent de gehanteerde luchtdrukverschillen in een ziekenhuiscontext samengebracht worden. De resultaten van deze secundaire review tonen aan hoe negatieve luchtdruk van de kamer van belang is voor isolatiekamers (waar gevaar bestaat dat de patiënt anderen zal besmetten), en omgekeerd positieve luchtdruk van de kamer van belang is voor patiënten met een verminderd of onderdrukt immuunsysteem (waar gevaar bestaat dat anderen de patiënt zullen besmetten).

Enkele studies tonen aan dat de ventilatiesnelheid voldoende hoog moet zijn om deze positieve effecten te verkrijgen (Jiang et al., 2003; Menzies, Fanning, Yuan, & FitzGerald, 2000), maar de review van Li (2007) geeft tegelijkertijd aan dat er over de exacte ventilatiesnelheid en –hoeveelheid nog onduidelijkheid is (of was anno 2007).

Ook omtrent de luchtkwaliteit in periodes van bouw- en verbouwingswerken is onderzoek gebeurd. Deze studies tonen aan dat vaak net dan een groter risico op infecties bestaat en onderlijnen ook op dat moment het belang van HEPA filters (eventueel in draagbare vorm) (Bouza et al., 2002; Cornet et al., 1999; Loo et al., 1996; Mahieu, De Dooy, Van Laer, Jansens, & Ieven, 2000; Opal et al., 1986; Oren, Haddad, Finkelstein, & Rowe, 2001).

In tegenstelling tot dergelijke mechanische ventilatiesystemen, zijn de natuurlijke ventilatiesystemen een stuk economischer. Ook zij blijken efficiënt om luchtgedragen pollutanten en pathogenen te verdunnen, al is het onderzoek beperkter (Escombe et al., 2007; Qian et al., 2010) en hebben ze ook enkele nadelen: negatieve druk in isolatiekamers kan niet gerealiseerd of gegarandeerd worden, het ventilatiesysteem wordt makkelijk beïnvloed door het buitenklimaat en het principe is in vele klimaten niet geschikt (Atkinson & World Health Organization., 2009). In koude klimaten kan de verwarmingsbehoefte in conflict komen met de hoge ventilatiesnelheid vereist om infecties te vermijden. In warme en vochtige klimaten kan condensatie ontstaan met schimmelvorming tot gevolg. Volgens dit rapport van de WHO, zou een volledig natuurlijk ventilatiesysteem in een gematigd klimaat zo'n 50% van de tijd goed werken, reden waarom ze eerder een mechanisch of gecombineerd ventilatiesysteem adviseren.

3.2.2 Omgevingsgeluid

- Omgevingsgeluid is één van de belangrijkste factoren m.b.t. de slechte slaapkwaliteit in ziekenhuizen: P[---]
- Verbetering van de slaapkwaliteit is mogelijk door het aanbrengen van akoestisch absorberende afwerkingen: P[-]
- Omgevingsgeluid heeft verder heel diverse effecten op patiënten, gaande van sociaal over psychologisch tot fysiologisch: P[---]
- Omgevingsgeluid heeft diverse effecten op personeel: S[---]

Omgevingsgeluid is één van de meest belangrijke omgevingsfactoren die invloed hebben op slaap- en slaapkwaliteit (Aaron et al., 1996; Gabor et al., 2003; B A Hilton, 1976; Meyer et al., 1994; Parthasarathy & Tobin, 2004; Schnelle, Ouslander, Simmons, Alessi, & Gravel, 1993; M Topf, Bookman, & Arand, 1996; M Topf & Davis, 1993; Margaret Topf & Thompson, 2001; Uğraş & Oztekin, 2007; Yinnon et al., 1992); en tegelijkertijd een beïnvloedbare omgevingsfactor. De belangrijkste factoren in het omgevingsgeluid zijn de nagalmtijd en het geluidsdruk niveau (Huisman et al., 2012). Om omgevingsgeluiden te verminderen (en zo de slaapkwaliteit te verbeteren) kan bijvoorbeeld gekeken worden naar de afwerkingsmaterialen van een ruimte, door geluidsabsorberende materialen toe te passen (S. Berg, 2001; Hagerman et al., 2005; Philbin & Gray, 2002).

De review van Salonen en collega's (2013) maakt melding van een hele reeks studies die aantonen hoe het reduceren van omgevingsgeluid, bijvoorbeeld door aangepaste afwerkingsmaterialen, positieve effecten heeft op patiënten op zowel sociaal, psychologisch als fysiologisch vlak. Zo verbeteren communicatie tussen patiënten en familie, het gevoel van privacy en het gevoel van vertrouwelijkheid bij betere akoestiek. Dit leidt bij patiënten tot minder ergernis, psychologische stress, emotionele uitputting, verwarring en desoriëntatie; en tot hogere tevredenheid. Op fysiologisch vlak worden positieve effecten aangetoond op vlak van pijn en gebruik van pijnmedicatie, fysiologische stress, hoofdpijn, veiligheid, hartslag, ademhaling, bloeddruk, zuurstofgehalte in het bloed, hersteltijd, ziekenhuisverblijf en verval. De review steunt hiervoor op een hele reeks bronnen (Bayo, García, & García, 1995; Beyea, 2007; Biley, 1994; Chaudhury et al., 2006; Hagerman et al., 2005; B. Ann Hilton, 1985; A. N. Johnson, 2001; Anjali Joseph & Ulrich, 2007; Mazer, 2006; Slevin, Farrington, Duffy, Daly, & Murphy, 2000; Yinnon et al., 1992), maar er wordt niet specifiek vermeld welke studie welk effect aantoont (wat binnen het voorliggende overzicht ook niet afzonderlijk nagegaan werd). Algemeen kunnen we stellen dat er voldoende studies zijn die erop wijzen dat omgevingsgeluid negatieve effecten veroorzaakt, maar dat het aantal studies per effect vermoedelijk wel eerder beperkt is.

Wanneer we kwantitatief het aantal hierboven vermelde individuele studies bekijken, bevestigt dit de conclusie die auteur Van den Berg op dit vlak trekt in haar bijdrage in het boek *The architecture of hospitals* (Wagenaar, 2006): er zijn veel studies over de negatieve gezondheidseffecten van geluid, maar het aantal studies dat het effect van de fysieke omgeving daarin aantoont is beperkt. Nochtans worden in de review van Ulrich (2008) ook enkele studies aangehaald waaruit zou blijken dat het vaak efficiënter is om in te grijpen op dergelijke omgevingsfactoren, dan op de organisatie (door aangepaste opleiding of 'rustige uren') (Gast & Baker, 1989; Moore et al., 1998; Walder, Francioli, Meyer, Lançon, & Romand, 2000).

Omtrent de impact van geluid op (de performantie van) personeel, zijn enkele algemene onderzoeken beschikbaar (Goodell, Cao, & Schwaitzberg, 2006; Moorthy, Munz, Undre, & Darzi, 2004; Sanderson et al., 2005; Zun & Downey, 2005). Specifiek voor de ziekenhuissector is er onderzoek beschikbaar dat verwijst naar de impact op stress, emotionele uitputting, burn-out, vermoeidheid, tevredenheid, effectiviteit en

productiviteit (Bayo et al., 1995; Beyea, 2007; Biley, 1994; Blomkvist, Eriksen, Theorell, Ulrich, & Rasmanis, 2005; Norbeck, 1985; Sanderson et al., 2005; M Topf & Dillon, 1988; Zun & Downey, 2005).

3.2.3 Temperatuur

- Effecten op patiënten:
 - Slaapkwaliteit: P[+]
 - Humeur, verblijfsduur: P[+]
- Effecten op personeel:
 - Performantie, productiviteit, fouten: S[++]
 - Stress en onrust: S[+]

Onderzoek naar de impact van de temperatuur in de ziekenhuisomgeving op patiënten of personeel is relatief beperkt, en wordt enkel in de review van Salonen en collega's (2013) aangehaald. Voor patiënten wordt thermisch comfort gerelateerd aan betere slaapkwaliteit en –hoeveelheid (Hwang, Lin, Cheng, & Chien, 2007; Okamoto-Mizuno, Tsuzuki, & Mizuno, 2004; Parmeggiani, 1987), en aan een stabiele stemming en kortere verblijfsduur (Hwang et al., 2007). Voor personeel wordt thermisch comfort gerelateerd aan verhoogde performantie en productiviteit (Kaplow & Hardin, 2007; Mackworth, 1950; Ramsey & Kwon, 1988), minder fouten en irritatie (Wu, 2011), en minder stress en onrust (Wyon, Lidwell, & Williams, 1968).

Belangrijkste bedenking bij deze hele paragraaf is uiteraard dat thermisch comfort afhankelijk is van activiteit, leeftijd, kleding enzovoort (Hwang et al., 2007; L. T. Wong, Fong, Mui, Wong, & Lee, 2009; Wu, 2011).

3.2.4 Verlichting

- Daglicht wordt verkozen boven kunstlicht: P[+]
- De hoeveelheid lux is van invloed op de foutenmarge van het personeel: S[+]
- Daglicht heeft een positieve invloed op:
 - Dag-nacht ritme en hoeveelheid nachtslaap: P[+]
 - Pijnmedicatie: P[+]
 - Verblijfsduur: P[++]
 - Sterftcijfer: P[+]
 - Humeur en stemming: P[+]
 - Foutenmarge en performantie personeel: S[+]
 - Absenteïsme, houding, humeur, stemming, depressie, moraal, vermoeidheid, job tevredenheid bij personeel: S[+]
- Kunstlicht:
 - Heeft impact op het dag-nacht ritme en slaappatronen: P[-]
 - Impact van een constant, hoog lichtniveau:
 - Goed voor agitatie bij personen met Alzheimer: P[+]

- Goed voor alertheid bij personeel dat in shiften werkt: S[+]
- Creëert visuele moeheid en hoofdpijn bij personeel: S[-]
- Nadelig voor het normale dagritme van personeel: S[-]
- Gedimde verlichting heeft een positieve invloed op communicatie in gesprekskamers: P[+]
- Daglicht therapie bij depressie:
 - Blijkt even effectief als antidepressiva: P[+++]
 - Ochtendlicht is dubbel zo efficiënt als avondlicht: P[+]
 - Kortere verblijfsduur bij een zonnige kamer: P[+]
 - Ook fel kunstmatig licht heeft op dat vlak een positieve invloed: P[+]

De meerderheid van patiënten en personeel verkiest, niet geheel onverwacht, daglicht boven kunstlicht (Lawson, Phiri, & Wells-Thorpe, 2003). Ongeacht daglicht of kunstlicht, heeft de hoeveelheid licht (lux) een behoorlijke impact op de foutenmarge van het personeel, wat vooral bestudeerd werd in de context van het toedienen van medicatie (Booker & Roseman, 1995; Buchanan, Barker, Gibson, Jiang, & Pearson, 1991).

Specifiek voor *daglicht* zijn verschillende effecten onderzocht. Gelijkaardig aan de onderzoeken naar akoestiek, zijn het aantal studies per effect relatief beperkt, maar kunnen we er anderzijds niet omheen dat er in totaliteit wel een omvangrijk aantal studies zijn die sterk wijzen richting de voordelen van daglicht (en zonlicht). Zo zijn er verschillende studies die wijzen op de positieve impact op slaap, slaappatronen en het dag-nacht-ritme van patiënten (BaHammam, 2006; Figueiro, Appleman, Bullough, & Rea, 2006; McColl & Veitch, 2001; Wakamura & Tokura, 2001), op verlichting van pijn en bijgevolg vermindering van de hoeveelheid pijnmedicatie (Dijkstra et al., 2006; Walch et al., 2005), op een kortere verblijfsduur bij verschillende types van patiënten (Beauchemin & Hays, 1998; Benedetti, Colombo, Barbini, Campori, & Smeraldi, 2001; Choi, Beltran, & Kim, 2012; Kaplow & Hardin, 2007; Küller & Lindsten, 1992; Shochat¹, Martin², Marler¹, & Ancoli-Israel¹, 2000; Wakamura & Tokura, 2001) en zelfs op het sterftecijfer (Beauchemin & Hays, 1996, 1998). Ook op de gemoedstoestand van patiënten worden positieve effecten waargenomen: betere stemming en humeur, vermindering van depressies, verhoging van gevoelens van openheid en vrijheid (Dijkstra et al., 2006; Lorenz, 2007).

Voorbeeld: (Walch et al., 2005) in (Ulrich et al., 2008): *goed gecontroleerde studie (dixit Ulrich en collega's) over de impact van daglicht op het herstel na een rugoperatie, patiënten in kamers met meer zonlicht vroegen tot 22% minder pijnstillers.*

Het verschil in foutenmarge van het personeel is ook specifiek voor daglicht aangetoond, evenals de positieve invloed daarvan op de performantie (M. R. Cohen & Smetzer, 2009). Ook bij personeel zijn verschillende effecten op de gemoedstoestand aangetoond: minder stress, minder absentieïsme, positievere houding en stemming, minder depressie, verhoogde moraal, minder vermoeidheid, grotere jobtevredenheid, minder neiging tot ontslag, hoger algemeen welbevinden (Alimoglu & Donmez, 2005; Leather et al., 1998; Robbins, 1986).

De gevonden studies omtrent *kunstlicht* en slaap hebben steeds een vrij specifieke focus: nachtverlichting wordt doorgaans gedimd gedurende een te korte periode (Southwell & Wistow, 1995) (zie voorbeeld hieronder), het nacht-lichtniveau beperken leidt tot grotere verschillen in lichtintensiteit tijdens nachtelijke interventies en wordt zo alsnog storend (Walder et al., 2000) en hogere lichtniveaus overdag leiden

(alleszins bij ouderen) 's nachts tot betere slaap (Wakamura & Tokura, 2001). Constante blootstelling aan hoge intensiteit van kunstlicht is positief voor de agitatie van personen met Alzheimer en voor de alertheid van personen die in shiften werken (Anjali Joseph, 2006), maar kan bij personeel ook visuele moeheid en hoofdpijn creëren (Altimier, Eichel, Warner, Tedeschi, & Brown, 2004) en het dag-nacht-ritme van personeel dat in shiften werkt verstoren (Anjali Joseph, 2006). Het omgekeerde, gedimde verlichting, kan dan weer interessant zijn voor gespreksruimtes (Miwa & Hanyu, 2006): in deze studie bleek dat gedimde verlichting bij patiënten meer aangename en ontspannen gevoelens opwekte, en ze ook langer over zichzelf en hun identiteit spraken. Verschil in decoratie daarentegen had geen impact hierop.

Voorbeeld: (Southwell & Wistow, 1995) in (Ulrich et al., 2008): in deze studie werd vastgesteld dat de verlichting op afdelingen slechts gedimd werd gedurende een periode die voldoende is voor de slaap van een gemiddeld, gezond persoon, terwijl patiënten in een ziekenhuis net meer slaap nodig hebben en sneller gestoord worden in hun slaap.

Uit bovenstaande blijkt reeds dat daglicht heel wat positieve fysiologische en psychologische gevolgen heeft, maar dit wordt nog extra benadrukt wanneer we de onderzoeken over 'daglichttherapie' als remedie tegen depressie bekijken. Ulrich en collega's (2008) verwijzen in eerste instantie naar een meta-analyse van 20 'randomised-control-trials' (Golden et al., 2005), die bevestigt dat lichttherapie effectief is voor zowel seizoensgebonden als niet-seizoensgebonden depressie, waarbij het effect qua grootte equivalent is aan dat van de meeste van dergelijke testen voor antidepressiva. Ze verwijzen ook naar verschillende studies die wijzen op een aantoonbare reductie na minder dan twee weken, terwijl antidepressiva minstens vier tot zes weken nodig hebben (al worden deze laatste studies niet bij naam genoemd). Ochtendlicht blijkt op dat vlak ook tot dubbel zo effectief als avondlicht (Lewy et al., 1998), maar ook daglicht op latere tijdstippen van de dag werkt (Martiny, 2004). Ook specifiek voor depressie werd aangetoond dat zonlicht de verblijfsduur kan verminderen (Beauchemin & Hays, 1996; Benedetti et al., 2001; Federman et al., 2000). Bovendien heeft ook lichttherapie gebaseerd op kunstlicht positieve effecten op de stemming van patiënten met depressie (Dijkstra et al., 2006; Lorenz, 2007).

Voorbeeld: (Benedetti et al., 2001) in (Ulrich et al., 2008): in een afdeling waar patiënten met een bipolaire depressie gehuisvest werden, bleek een verschil in verblijfsduur van 3,7 dagen tussen patiënten gelegen in een kamer gericht op het oosten of in een kamer gericht op het westen en met minder zonlicht.

3.3 Afwerkingsmaterialen

3.3.1 Tapijt

- Impact op hygiëne en infecties: P[--]
- Minder geluid, lawaai en weerkaatsing: P[++]
- Minder valgevaar en hoger veiligheidsgevoel: P[+]
- Meer comfort, meer huiselijkheid, langere bezoeken, meer sociale steun: P[++]
- Moeilijker in gebruik met karren en rolstoelen, geeft risico op nek-, schouder- en rugklachten bij personeel: S[-]

Het materiaal van vloerbekleding –en dan vooral tapijt of geen tapijt– blijkt een relatief hot topic in dit onderzoeksveld. In eerste instantie zijn er vooral bedenkingen omtrent de impact van dit materiaal op vlak

van hygiëne en doorgeven van infecties. Hoewel er zowel onderzoek in het voordeel van tapijt pleit (Lankford et al., 2006) als in het nadeel (Anderson, Mackel, Stoler, & Mallison, 1982; Beyer & Belsito, 2000; J M Boyce, Potter-Bynoe, Chenevert, & King, 1997; Gravesen, Larsen, Gyntelberg, & Skov, 1986; D. Harris, 2000; Leese, Cole, Hall, & Berry, 1997; Skoutelis, Westenfelder, Beckerdite, & Phair, 1994; Thatcher & Layton, 1995), overwegen toch die laatste studies.

Anderzijds, blijkt toepassing van tapijt toch ook heel wat andere, niet onbelangrijke voordelen te hebben. Geluidsoverdracht (waarvan hierboven al bleek dat deze een grote impact heeft op de slaapkwaliteit) en weerkaatsing is beperkter (Carpman, Grant, & Simmons, 1983; Counsell et al., 2000; D. Harris, 2000; Philbin & Gray, 2002; Willmott, 1986); het loopgemak en veiligheidsgevoel nemen toe terwijl het valgevaar vermindert (Counsell et al., 2000; D. Harris, 2000; Willmott, 1986); persoonlijk comfort, familiebezoeken, huiselijkheid en sociale steun nemen toe (Cheek, Maxwell, & Weisman, 1971; Glod et al., 1994; D. Harris, 2000; Radke, 1997; Weinhold, 1988).

Een mogelijk nadeel is dat tapijt moeilijker in gebruik is voor karretjes en rolstoelen (D. Harris, 2000), wat geassocieerd wordt met een hoger risico op nek-, schouder- en rugklachten bij personeel (Hoozemans, van der Beek, Frings-Dresen, van der Woude, & van Dijk, 2002; Smedley et al., 2003).

3.3.2 Stoffering van meubels

- Impact op hygiëne en infecties: P[-]

Onderzoek op dit vlak is dan weer relatief beperkt, en enkel gericht op infectiegevaar (Lankford et al., 2006; Noskin, Bednarz, Suriano, Reiner, & Peterson, 2000). Op dat vlak is de conclusie gelijkaardig aan deze bij tapijt: op vlak van hygiëne en ziekenhuisinfecties is een bekleding in stof in het nadeel ten opzichte van bijvoorbeeld vinyl en andere makkelijk reinigbare en niet poreuze materialen, vooral voor ruimtes waar infectiegevaar van belang is dient stof met andere woorden vermeden te worden.

3.4 Inrichting

- Schikking van meubilair in zit- en eetplaatsen kan de sociale interactie en het eetgedrag beïnvloeden (in AZ en psychiatrie): P[+]
- Specifiek voor psychiatrie: impact van ‘huiselijke elementen’:
 - Verhoging sociaal gedrag: P[++]
 - Zelfrapportering en zelfbeeld: P[+]
 - Gewelddadige incidenten: P[+]
 - Absenteïsme personeel: S[+]
 - Hogere score Ward Atmosphere Scale: P[+]
 - Kritische bedenkingen vanwege personeel:
 - Bepaalde huiselijke elementen kunnen veiligheid in gedrang brengen: S[-]
 - Motivatie om terug naar gemeenschap te keren kan verkleinen: S[-]

Zowel in psychiatrische als algemene ziekenhuizen zijn enkele onderzoeken gebeurd naar de impact van de schikking van meubilair. Zo kan de schikking daarvan in eetruimtes de sociale interactie en het eetgedrag beïnvloeden (Melin & Götestam, 1981; Peterson, Knapp, Rosen, & Pither, 1977), of kan bijvoorbeeld in een

wachtruimte de schikking van de zetels in een rij langs de muur de sociale interactie tussen patiënten bemoeilijken (Holahan, 1972). Enigszins opvallend is dat de beperkte onderzoeken ook allemaal relatief oud zijn.

Specifiek voor psychiatrie blijkt er iets meer onderzoek beschikbaar, met hier en daar ook iets recentere resultaten, en met de voornaamste focus op de impact van het toevoegen van huiselijke elementen (bijvoorbeeld aangepast meubilair en kleurgebruik). Personeel heeft hierbij soms kritische bedenkingen, zoals dat sommige huiselijke elementen de veiligheid van patiënten in gevaar kunnen brengen en dat het de motivatie van patiënten om terug te keren naar de samenleving mogelijk ondermijnt (Curtis et al., 2007), maar over het algemeen wijzen de studies toch eerder op positieve of neutrale effecten. Zo zouden het sociaal gedrag en de sociale interactie verbeteren (Baldwin, 1985; Devlin, 1992; McGonagle & Allan, 2002; Wykes, 1982), zouden de zelfrapportering en het zelfbeeld van patiënten verbeteren (Christenfeld, Wagner, Pastva, & Acrish, 1989), zouden het aantal gewelddadige incidenten en vandalisme verminderen (Christenfeld et al., 1989; Vaaler, Morken, & Linaker, 2005) zou de score op de Ward Atmosphere Scale verbeteren (Corey, Wallace, Harris, & Casey, 1986) en zou absentisme bij het personeel verminderen (Christenfeld et al., 1989).

- Impact van de zeepdispenser op vlak van infecties: P[+++] en S[+]
 - Idealiter staat de dispenser vlak bij het bed
 - Dispensers op basis van alcohol zijn sneller en efficiënter
- Type van bed-afscheiding op de spoedafdeling heeft grote impact op de privacy: P[++]

Hoewel de resultaten omtrent de twee hierboven vermelde onderwerpen, zeepdispensers en bed-afscheidingen of spoedafdelingen, niet geheel onverwacht zijn, is het toch enigszins opvallend dat er betrekkelijk veel onderzoek naar gebeurd is. Zeepdispensers spelen uiteraard een belangrijke rol om de verspreiding van infecties te beperken, en vooral belangrijk daarbij blijkt het voorzien van lokale zeepdispensers (Creedon, 2005; Gordin, Schultz, Huber, & Gill, 2005; P. D. R. Johnson et al., 2005; Lam, 2004; Pittet et al., 2000; Randle, Clarke, & Storr, 2006; Thomas, Berg-Copas, Vasquez, Jackson, & Wetta-Hall, 2009; Trick et al., 2007), nog beter indien voorzien vlakbij het bed (Birnbach et al., 2010; Bischoff, Reynolds, Sessler, Edmond, & Wenzel, 2000; Creedon, 2005; Giannitsioti et al., 2009; Pittet et al., 2000; Randle et al., 2006). Qua type scoren dispensers op basis van alcohol het beste, vooral op vlak van snelheid en efficiëntie (Bischoff et al., 2000; John M Boyce & Pittet, 2002; B. Cohen, Saiman, Cimiotti, & Larson, 2003; Girou, Loyeau, Legrand, Oppein, & Brun-Buisson, 2002; Gordin et al., 2005; Graham, 1990; Hugonnet, Perneger, & Pittet, 2002; P. D. R. Johnson et al., 2005; Karabay et al., 2005; MacKenzie et al., 2007; Trick et al., 2007; Tvedt & Bukholm, 2005): personeel is sneller geneigd er gebruik van te maken en in vergelijking met water en zeep is het efficiënter om microben op de handen te reduceren.

De onderzoeken omtrent bed-afscheidingen vergelijken de impact van een scheiding tussen de bedden d.m.v. een gordijn of lage muurtjes, met afzonderlijke kamers. Niet onverwacht gaat de privacy er in het geval van aparte kamers sterk op vooruit (Barlas, Sama, Ward, & Lesser, 2001; Karro, Dent, & Farish, 2005; Mlinek & Pierce, 1997; Olsen & Sabin, 2003).

- Aanwezigheid van planten zorgt voor:
 - Minder stress: P[+]
 - Hogere pijngrens en betere pijncontrole: P[+]
 - Hoger welbevinden bij personeel: S[+]

Hoewel dit topic duidelijk verbonden is met de voordelen van zicht op natuur, wordt de impact specifiek van planten in het interieur enkel in de review van Salonen en collega's duidelijk aangehaald. Planten zouden zorgen voor minder stress bij patiënten (Dijkstra, Pieterse, & Pruyn, 2008), zouden de pijngrens verhogen (Lohr & Pearson-Mims, 2000), de pijncontrole verbeteren (Diette, Lechtzin, Haponik, Devrotes, & Rubin, 2003) en goed zijn voor het welbevinden van personeel (Fjeld, 2002). Vanzelfsprekend kunnen ze niet overal in het ziekenhuis gebruikt worden, bijvoorbeeld niet in ruimtes waar patiënten met sterk onderdrukt immuunsysteem verblijven. Salonen en collega's (2013) merken nog op dat er vooral onderzoek beschikbaar is over de risico's van planten, en slechts beperkt over de voordelen. Nochtans wordt omtrent deze risico's in de review slechts één bron vermeld (LaCharity & McClure, 2003).

- Aangename, controleerbare muziek heeft een positieve impact: P[+++]
 - Helpt omgaan met pijn, vermindert pijnintensiteit: P[++]
 - Vermindert onrust en stress: P[+++]
 - Vermindert bloeddruk, hartslag en ademhaling, verhoogt tevredenheid en geheugen, versnelt herstel: P[+++]
- Muziek in de operatiekamer:
 - Wordt door anesthesisten zelf gerapporteerd als afleidend en slecht voor de waakzaamheid: S[-]
 - Het werk is eenvoudiger en makkelijker te volbrengen zonder muziek: S[-]
 - Het werk is aangener met muziek: S[+]
 - Niet vergelijkbaar voor de verschillende beroepsprofielen aanwezig in de operatiekamer

Omtrent impact van muziek op patiënten is behoorlijk wat onderzoek beschikbaar. Vooral de review van Laursen, Danielsen en Rosenberg (2014) is hier specifiek op gericht. In de review worden verschillende studies aangehaald die bevestigen hoe muziek een positief effect heeft op onrust en stress (Arai et al., 2008; Binns-Turner, Wilson, Pryor, Boyd, & Prickett, 2011; Cooke, Chaboyer, Schluter, & Hiratos, 2005; Leardi et al., 2007; Ni, Tsai, Lee, Kao, & Chen, 2012; U Nilsson, Rawal, & Unosson, 2003; Ulrica Nilsson, 2009; Voss et al., 2004; Wang, Kulkarni, Dolev, & Kain, 2002), alsook een reeks studies die met metingen aantonen hoe pijn en pijnintensiteit als minder ervaren werden tijdens het beluisteren van muziek voor, tijdens of na een operatie, afhankelijk van de studieopzet (Arai et al., 2008; Binns-Turner et al., 2011; Graversen & Sommer, 2013; U Nilsson et al., 2003; Ulrica Nilsson, 2009; Voss et al., 2004).

Ook in de review van Salonen en collega's (2013) worden studies aangehaald die de positieve effecten van muziek op patiënten benadrukken, vooral wanneer het gaat over controleerbare muziek. Een reeks effecten en studies worden vermeld, al wordt opnieuw niet duidelijk vermeld welke studie welk effect aantoont: helpen omgaan met pijn, bloeddruk verlagen, stress en onrust verminderen, depressie verminderen, hartslag en ademhaling vertragen, tevredenheid bevorderen, het geheugen verbeteren en herstel versnellen (S.-C. Chang & Chen, 2005; Chlan, 2000; Cooke, Chaboyer, & Hiratos, 2005; Goodall & Etters, 2005; Anjali Joseph & Ulrich, 2007; Lai et al., 2006; Lee, Chung, Chan, & Chan, 2005; McCaffrey & Locsin, 2004; Menegazzi, Paris, Kersteen, Flynn, & Trautman, 1991; Särkämö & Soto, 2012; Standley, 1986).

Onderzoek omtrent de impact van muziek op personeel is schaarser en wordt vermeld in de review van Ulrich en collega's (2008). Uit één studie blijkt dat 51% van de anesthesisten muziek afleidend vindt en 26%

dat het hun waakzaamheid vermindert (Hawksworth, Asbury, & Millar, 1997). De taken in de operatiezaal blijken makkelijker te volbrengen zonder muziek, maar aangener met (Sanderson et al., 2005) De meest relevante conclusie op dat vlak is waarschijnlijk dat dergelijke resultaten sterk afhankelijk zijn per beroepsprofiel aanwezig in de operatiekamer (Moorthy et al., 2004).

3.5 Gebruiksaspecten: controle, ergonomie

3.5.1 Controle

- Controle over verlichting verhoogt het gevoel van normaliteit: P[+] en S[+]
- Gebrek aan controle kan leiden tot verhoging van depressie, passiviteit, bloeddruk en stress: S[-]
- Vrije toegang tot een tuin:
 - Leidt bij psychogeriatrische patiënten tot minder verbale en fysieke agressie, en tot lagere nood aan medicatie: P[+]
 - Leidt bij patiënten met Alzheimer tot minder gewelddadig gedrag: P[+]

Op vlak van controle is een beperkt aantal studies beschikbaar, met uiteenlopende focus. Controle over de verlichting verhoogt het gevoel van normaliteit bij patiënten en personeel (Dalke et al., 2006; Devlin & Arneill, 2003); gebrek aan controle daarentegen wordt geassocieerd met verhoging van depressie, passiviteit, stress en bloeddruk, en verlaging van de immuniteit (Devlin & Arneill, 2003).

Vrije toegang tot een tuin, leidt bij psychogeriatrische patiënten tot minder verbale en fysieke agressie, en ze krijgen door de verpleging minder medicatie toegediend (McMinn & Hinton, 2000). In zelfde lijn, is ook voor patiënten met Alzheimer aangetoond hoe toegang tot een (veilige) buitenomgeving leidt tot minder gewelddadig gedrag (Mooney & Nicell, 1992; Namazi & Johnson, 1992).

3.5.2 Ergonomie

- De meeste val-incidenten gebeuren in de kamer, en zijn vaak badkamer-gerelateerd
- Impact van specifieke omgevingsfactoren op val-gevaar weinig bekend
- Gevaar van onrusthekkens: P[--]

Meerdere studies tonen hoe het valgevaar het hoogst is in de kamer, vaak vlakbij het bed of badkamer gerelateerd (Alcée, 2000; Morgan, Mathison, Rice, & Clemmer, 1985; S. Wong, Glennie, Muise, Lambie, & Meagher, 1981). Ulrich en collega's (2008) benadrukken dat uit de meeste onderzoeken niet eenduidig blijkt wat de specifieke impact is van omgevingsfactoren hieromtrent, onder andere omtrent wijzigingen hiervan vaak gepaard gaan met wijzigingen in protocollen omtrent valpreventie (Brandis, 1999; J. T. Chang et al., 2004). Specifiek omtrent de toepassing van onrusthekkens is wel onderzoek beschikbaar, dat vooral de gevaren hiervan benadrukt (Capezuti, Maislin, Strumpf, & Evans, 2002; Hanger, Ball, & Wood, 1999; Talerico & Capezuti, 2001; Tan et al., 2005; van Leeuwen, Bennett, West, Wiles, & Grasso, 2001).

Voorbeeld: (Tan et al., 2005) in (Ulrich et al., 2008): in deze studie in een universitair ziekenhuis met 730 bedden, stelde men vast dat 55% van de val-incidenten bij toepassing van onrusthekkens leiden tot een letsel, en dat 11,8% van de val-incidenten rond het bed en 27,8% van alle bed-gerelateerde letsels geassocieerd worden met onrusthekkens. Ook bleek dat val-incidenten bij toepassing van onrusthekkens leiden tot ernstigere letsels.

- Impact van ‘assistive technology’ op rugproblemen: S[+++]
- Specifiek over tilliften:
 - Plafondtilliften zijn veel effectiever voor het optillen van patiënten dan klassieke tilliften, en hebben een korte terugverdiëntijd: S[++]
 - Meestal wordt de installatie van dergelijke lift gecombineerd met opleiding en/of invoering van protocollen: S[+]
 - Tilliften zorgen voor verminderde vermoeidheid, toegenomen (werk)comfort en veiligheidsgevoel: S[+]
 - Tilliften zorgen voor meer stress: S[-]
 - Tilliften worden niet altijd gebruikt

Op vlak van ergonomie komt personeel wel ruim aan bod in het onderzoek. Over de reductie van rugproblemen na installatie van allerhande ‘assistive technology’ in algemene zin, worden in de review van Ulrich en collega’s (2008) diverse onderzoeken aangehaald (Chhokar et al., 2005; Engst, Chhokar, Miller, Tate, & Yassi, 2005; Evanoff, Wolf, Aton, Canos, & Collins, 2003; Garg & Owen, 1992; Hignett & Evans, 2006; Keir & MacDonell, 2004; J. Li, Wolf, & Evanoff, 2004; A. Miller, Engst, Tate, & Yassi, 2006; Yassi et al., 2001). Verder wijst Ulrich vooral op een reeks onderzoeken die specifiek handelen over tilliften, en over het verschil daarbij tussen klassieke tilliften en plafondtilliften. Zo blijken plafondtilliften effectiever in het vermijden van rugproblemen, en is de terugverdiëntijd erg kort (Chhokar et al., 2005; Engst et al., 2005; Hignett & Evans, 2006; Keir & MacDonell, 2004; A. Miller et al., 2006). Daarbij wordt opgemerkt dat tilliften frequenter gebruikt zouden worden in zorgfaciliteiten met lange verblijfstijden, en daar dan ook een grote impact hebben op de kostenreductie, maar minder op afdelingen voor acute zorgen (Evanoff et al., 2003).

Voorbeeld: (A. Miller et al., 2006) in (Ulrich et al., 2008): in deze studie werden twee instellingen voor langdurige zorgverlening in Canada vergeleken, waarbij de ene plafondliften geïnstalleerd had en de andere klassieke tilliften. Gedurende het daaropvolgende jaar werd in de eerste instelling een daling van de schadeclaims vanwege het verplegend personeel o.w.v. rugproblemen met 70% vastgesteld, en 18 verloren werkdagen minder dan het jaar voordien. In de andere instelling was er een toename van 241% in schadeclaims en 499 bijkomende verloren werkdagen.

Verderop merkt Ulrich nog op dat met de introductie van de tillift vaak ook de organisatie en protocollen gewijzigd worden, en het effect van de lift dus niet geïsoleerd wordt (Brophy, Achimore, & Moore-Dawson, 2001; Garg & Owen, 1992). Hij wijst er ook op dat niet elke studie dezelfde positieve effecten op vlak van kosten aantoot, maar dat er daarnaast toch ook nog andere positieve effecten blijken te zijn: toegenomen comfort en veiligheidsgevoel, en verminderde vermoeidheid (Yassi et al., 2001). Ook wordt opgemerkt dat tilliften een zekere stress kunnen veroorzaken (omdat het langer duurt om een patiënt op die manier te verplaatsen dan manueel) (Engst et al., 2005) en dat aanwezigheid van tilliften nog niet garant staat voor gebruik ervan (omdat het teveel tijd vraagt of omdat ze niet op de juiste plaats staat) (Chhokar et al., 2005; Evanoff et al., 2003; J. Li et al., 2004). Ulrich benadrukt dan ook dat gebruiksgemak van tilliften essentieel is voor het succes ervan. Enigszins opvallend is de uitsluitende focus van het aangehaalde onderzoek op personeel: in de review worden geen onderzoeken of resultaten vermeld omtrent de ervaringen van patiënten en/of familieleden hieromtrent.

4 Samenvatting resultaten

4.1 Algemeen

Onderstaand overzicht geeft de gebouwkenmerken waarvoor er in de reviews de meeste wetenschappelijke evidentie teruggevonden is over hun positieve of negatieve impact op de patiënten of het personeel.

- Decentrale verpleegposten: P[+++], S[-]
- Eénpersoonskamers (impact op infecties, privacy, geluid; en bijgevolg ook op slaapkwaliteit, stress en tevredenheid): P[+++] & P[-]
- Zicht op natuur (als effectief middel voor verlaging van (fysiologische) stress): P[+++]
- LAF en HEPA filters (impact op infecties): P[+++]
- Negatieve luchtdruk is belangrijk voor isolatiekamers (infectie *door* patiënt), positieve luchtdruk is belangrijk voor patiënten met een verlaagd of onderdrukt immuunsysteem (infectie *van* patiënt): P[+++]
- Vele negatieve effecten van een slechte akoestische omgeving (expliciet op slaapkwaliteit, maar ook diverse andere gevolgen): P[---], S[---]
- Daglicht (als effectief antidepressivum + andere positieve effecten): P[+++]
- Zeepdispenser (onmiddellijk naast het bed): P[+++]
- Muziek (stress en pijnverlagend en diverse andere gevolgen): P[+++]
- Assistive technology (voorkomen van rugproblemen): S[+++]

Planmatig blijkt dat kortere loopafstanden tussen de verpleegruimte en de kamer, wat vaak neerkomt op zogenaamde ‘decentrale verpleegposten’, leidt tot minder tijdsverlies van personeel en meer tijd voor de patiënt, waardoor deze o.a. meer sociale steun ervaart. Als neveneffect hiervan gaat de patiënttevredenheid erop vooruit (++) , en vermindert ook het valgevaar (+). Omgekeerd gaan contact tussen personeel onderling en het teamgevoel er enigszins op achteruit (-).

Niet geheel onverwacht is uitgebreid aangetoond hoe éénpersoonskamers een positief effect hebben op het infectiegevaar, zowel in algemene zin als specifiek omtrent luchtgedragen infecties of infecties via contact. Ook omtrent het ervaren geluidsniveau en lawaai (wat op zijn beurt grote impact heeft op de slaapkwaliteit) en omtrent de (spraak-)privacy worden veel studies aangehaald die in positieve richting wijzen. Omgekeerd wordt ook gewezen op het gebrek aan sociale steun vanwege een kamergenoot (-).

De planindeling en het gebouwontwerp bepalen ook in welke mate een patiënt zicht heeft op natuur. De impact van dit uitzicht op de ervaren stress blijkt ook uitvoerig onderzocht en bevestigd, zowel in algemene zin als fysiologische stress, met erg korte reactietijden (gaande van minuten tot seconden). Belangrijke kanttekening hierbij is dat deze effecten vaak ook waargenomen worden bij ‘gesimuleerde’ natuur (bijvoorbeeld foto’s), waartoe de rol van planindeling kleiner is.

De impact van een goede luchtbehandeling (ventilatieconcept en filtering) is eveneens omstandig aangetoond, inclusief aandacht voor hoe drukverschillen luchtstroming en dus infectiegevaar kunnen bepalen.

De akoestische omgeving is een factor waarop goed ingegrepen kan worden (bijv. door gebruik van akoestisch absorberende materialen), en die ook van groot belang blijkt. Het belangrijkste neveneffect van een slechte akoestische omgeving is de impact op slaap- en slaapkwaliteit van patiënten. Hoewel niet elk effect afzonderlijk even goed aangetoond werd, is er een veelheid van studies die diverse negatieve effecten van geluidsoverlast aantoont op patiënten (gaande van sociaal over psychologisch tot fysiologisch) alsook op personeel (stress, burn-out, effectiviteit...).

Gelijkaardig is er ook omtrent de impact van daglicht een veelheid aan studies beschikbaar die diverse positieve effecten op patiënten aantonen. In de resultaten worden de effecten afzonderlijk aangegeven, maar gezien het grote aantal effecten, kunnen we de impact van daglicht als geheel ook de quoterings [+++] toekennen. Deze conclusie wordt ondersteund door de grote hoeveelheid aan studies die de effectiviteit van daglichttherapie bij behandeling van depressie bevestigen (met zelfde grootte-orde als testen voor antidepressiva).

Op vlak van inrichting bleek veel onderzoek beschikbaar omtrent zeepdispensers en hoe de plaatsing daarvan vlak naast het bed en de types op basis van alcohol efficiënter zijn in het vermijden van infecties. Enigszins verrassend was de hoeveelheid onderzoek omtrent de impact van muziek in de ziekenhuis-omgeving. Heel wat onderzoek onderschrijft de positieve impact van muziek, zeker om onrust en stress bij patiënten te verminderen. Andere neveneffecten zijn het dalen van de bloeddruk, hartslag en ademhaling; het verbeteren van de tevredenheid en het geheugen; en het versnellen van het herstel.

Op vlak van gebruik is de positieve impact van het installeren van tilliften in het vermijden van rugproblemen bij personeel uitgebreid aangetoond, met een neiging naar een voorkeur voor plafondtilliften.

Tot slot moet nog benadrukt worden dat de resultaten geen onderscheid maken in belangrijkheid van de verschillende factoren. Hoewel het vanzelfsprekend lijkt dat de eventuele keuze voor een éénpersoonskamer vroeger in het ontwerp- en bouwproces aan bod zal komen dan de keuze voor de positie van de zeepdispensers, en de bijhorende (subsidie-)kost ook groter zal zijn, doet bovenstaande volgorde geen uitspraak over welke factor uiteindelijk meest of minst belangrijk zal zijn qua impact op de gezondheid en/of het welzijn van de patiënt of het personeel.

4.2 Psychiatrie

Het aantal gevonden studies specifiek over psychiatrie was steeds relatief klein in aantal. Prioriteiten leggen louter op basis van het aantal gevonden studies dat in dezelfde richting wijst, is bijgevolg niet mogelijk. Wel waren er enkele opvallende inzichten, die hieronder samengevat worden.

Psychiatrie blijkt een wereld van tegenstellingen. Het lijkt wel alsof voor elke studie die een bepaald positief effect van een gebouwkenmerk aantoont, er ook een studie te vinden is die ook een negatief effect benadrukt. Zo zorgt het openwerken van het verpleeglokaal naar de patiënten toe voor meer interactie met het personeel, maar zou het geen verschil maken inzake atmosfeer, geweldpleging of afzondering van patiënten. Het voorzien van een zone voor familie is goed voor de continuïteit van de zorg, maar bemoeilijkt observatie van de patiënten door personeel. Tuinen worden geapprecieerd door patiënten, en ze verlangen ernaar, maar zouden het risico op afzondering en isolatie verhogen. Huiselijkheid in de afdeling is positief voor het sociaal gedrag van patiënten, maar personeel stelt zich vragen bij de veiligheid en vreest dat de motivatie van patiënten om terug te keren naar de maatschappij ondermijnd wordt. Voor elk van de gegeven effecten is het onderzoek waarop de uitspraak gebaseerd werd beperkt in aantal, maar minstens is de tendens van voortdurende afweging tussen voor- en nadelen wel duidelijk aanwezig.

Een uitzondering op de beperkte kwantitatieve resultaten is de impact van daglicht. Zoals hierboven reeds toegelicht bij de algemene samenvatting, is de positieve invloed van daglicht bij behandeling van depressie wel uitvoerig aangetoond.

Tot slot is er binnen het onderzoek naar gebouwkenmerken van psychiatrische zorgomgevingen behoorlijk wat aandacht voor de inrichting en het aspect van 'huiselijkheid' daarin. Zo kan de schikking van het meubilair in zit- en eetplaatsen de sociale interactie en het eetgedrag beïnvloeden, en zijn er (ondanks de hierboven vermelde kritische bedenkingen van het personeel) toch behoorlijk wat voordelen gevonden van die huiselijke elementen. Buiten de verbetering van het sociaal gedrag, verbetert ook de zelfrapportering en het zelfbeeld van patiënten, vermindert het aantal gewelddadige incidenten, verbetert de atmosfeer (volgens de Ward Atmosphere Scale) en vermindert het absentieïsme van personeel.

4.3 Revalidatie

Hoewel geen specifieke reviews omtrent revalidatie gevonden werden, komen in bovenstaande analyse een aantal aspecten aan bod die ongetwijfeld ook in dergelijke context van belang zijn. Denk maar aan de positieve effecten van dag- en kunstlicht op de gemoedstoestand van een patiënt, de impact van omgevingsgeluid op slaapkwaliteit, en hoe zicht op natuur fysiologische stress kan verminderen.

Anderzijds zijn er in bovenstaand overzicht ook punten die belangrijk geacht worden, omdat ze bijvoorbeeld infectiegevaar sterk verminderen. In een omgeving voor langdurige revalidatie zal dit (op bepaalde afdelingen) mogelijk minder prioritair zijn. Daar kan bijgevolg op basis van een risicoanalyse in overweging genomen worden of bijvoorbeeld het sociaal contact met een kamergenoot in een meerpersoonskamer al dan niet opweegt tegen de verhoogde privacy, meer aanwezigheid van familie en verminderd infectiegevaar in een éénpersoonskamer; of het verminderde valgevaar en toename van het bezoek ten gevolge van een vloerbekleding in tapijt opweegt tegen het grotere infectiegevaar; en of de investering in verminderd infectiegevaar door mechanische ventilatie volgens het LAF principe en met HEPA filters de moeite waard is en niet beter vervangen wordt door investeringen in muziekinstallaties (stress en pijnverlagend) of meer tilliften.

5 Discussie

Gezien de brede onderzoeksvragen en het brede onderzoeksdomein werd als aanpak voor deze literatuurstudie gekozen voor een 'overzicht van reviews'. Daarbij werden de geselecteerde reviews beperkt tot 'systematische reviews'. Deze aanpak bleek geschikt om binnen het beschikbare tijdsbestek en met voldoende kwaliteitscontrole, een beeld te krijgen van de gebouwkenmerken waarvoor er wetenschappelijke evidentie bestaat van hun impact op gezondheid en/of welzijn van patiënten en personeel. De aanpak, of de resulterende selectie van onderzoeken, heeft echter ook enkele beperkingen, welke we hieronder verder toelichten. Het gaat hierbij vooral over nuances, waarvan uit eigen onderzoek binnen de Research[x]Design groep, gebleken is dat ze erg relevant kunnen zijn voor het welzijn van patiënten, maar die door de opzet van de literatuurstudie mogelijk onderbelicht bleven.

Zoals aangegeven in de inleiding van dit hoofdstuk, kan per combinatie van leeftijd, type aandoening en urgentie een doelgroep gedefinieerd worden. Binnen een review, en bijgevolg zeker binnen een overzicht van reviews, gaat deze *diversiteit van patiënten* grotendeels verloren. Hoewel dit een beeld geeft van aspecten die over alle afdelingen en patiënten heen van belang zijn, geef dit geen inzicht in het relatief belang van deze aspecten onderling per doelgroep, en in eventueel bijkomende noden en behoeften van

specifieke doelgroepen. Nochtans kunnen die noden en behoeften ook van belang (of soms zelfs even belangrijk) zijn bij de bouw van specifieke afdelingen (en dus subsidiëring daarvan). Zelfs binnen een afdeling kunnen patiënten diverse noden en behoeften hebben, op basis van hun specifieke ziektebeeld, maar bijvoorbeeld ook sociale achtergrond. Aandacht voor het welzijn en de gezondheid van alle patiënten, betekent dus ook aandacht voor de diversiteit van patiënten, ook op gebouwniveau (Annemans, Van Audenhove, Vermolen, & Heylighen, 2018). Tegelijkertijd is het, zeker in een snel evoluerende medische wereld, uiteraard quasi onmogelijk een subsidiemechanisme uit te werken op maat van elke afdeling of patiënt. Er zijn echter wel technieken denkbaar om, naast het vaststellen van enkele overkoepelende basisprincipes, in het ontwerp- en bouwproces aandacht te garanderen voor de (diversiteit binnen de) doelgroep waarvoor gebouwd wordt. Deze technieken komen aan bod in de context van andere discussiepunten die hieronder toegelicht worden.

Bij de toelichting van de onderzoeksaanpak werd reeds verduidelijkt hoe onderzoek in dit domein zich in eerste instantie toespitst op patiënten, in mindere mate op personeel, en in nog mindere mate op *naasten en bezoekers*. In de resultaten van de literatuurstudie wordt echter wel duidelijk dat in de studies ook vaak bekeken wordt hoe een bepaald gebouwkenmerk de relatie tussen patiënt en naasten beïnvloedt, gezien dit ook een effect heeft op zijn/haar welzijn. Bijvoorbeeld een éénpersoonskamer blijkt meer uitnodigend te zijn voor bezoek van naasten. De betrokken onderzoeken vertrekken daarbij doorgaans vanuit het perspectief van patiënt of personeel, of vanuit op voorhand bepaalde gebouwkenmerken die voor deze twee groepen mogelijk relevant zijn. Impact daarvan op naasten wordt bekeken als een neveneffect. Daarbij wordt meestal uit het oog verloren dat de omgekeerde redenering, namelijk om te vertrekken vanuit het perspectief van de naasten, en te bepalen wat hun noden zijn, andere aspecten naar voor kan brengen. Gezien de rol die naasten vervullen in het welzijn van de patiënt, verdient ook dit perspectief in het ontwerp voldoende aandacht.

In de bovenvermelde studies is er doorgaans vooral gefocust op specifieke verblijfsruimtes: de kamer, de verpleegpost, in mindere mate ook wachtruimtes of gespreksruimtes. Uit onderzoek blijkt echter dat ook de zogenaamde '*tussenruimtes*' zoals gangen, wachtruimtes of overgangen tussen ruimtes een belangrijke rol vervullen in het welbevinden van patiënten en dus aandacht verdienen bij het ontwerp (Jellema, Annemans, & Heylighen, 2019a).

Tot slot heeft de onderzoeksaanpak nog als beperking dat inzicht in de achterliggende motivatie van respondenten soms verloren kan gaan. Hoewel de systematische reviews zowel kwantitatief als *kwalitatief onderzoek* kunnen omvatten, overweegt toch het kwantitatieve aspect. Een belangrijke meerwaarde van kwalitatief onderzoek bestaat erin dat het doorgaans niet enkel onderzoekt wat de impact van een gebouwkenmerk op een gebruiker is, maar ook wat de reden daarvoor is, of waarom een gebruiker een gebouwkenmerk een bepaalde beoordeling geeft. Net deze inzichten zijn voor architecten en ontwerpers vaak een grote meerwaarde. Deze extra nuance en diepgang van kwalitatief onderzoek dreigt sowieso al verloren te gaan bij een review van kwalitatief onderzoek (Thorne, 2019), en bijgevolg des te meer bij een overzicht van reviews.

De literatuurstudie kan houvast geven om over de verschillende afdelingen en doelgroepen heen bepaalde basisprincipes te formuleren. Daarnaast is het echter ook belangrijk om tijdens het ontwerp- en bouwproces voldoende aandacht te (blijven) besteden aan het perspectief van individuele patiënten en naasten, inclusief de ruimtes die voor hen belangrijk zijn, en de rol hiervan in hun welzijn. Onderzoek naar het ontwerp van kankerzorgomgevingen suggereert dat, als dit perspectief al aandacht krijgt, architecten/ontwerpers hierover informatie verkrijgen op een indirecte manier – nl. via de betrokkenheid in het ontwerp- en bouwproces van professionele gebruikers (personeel) (Jellema, Annemans, & Heylighen,

2019b). Gezien het voor hen niet evident is om een dubbele pet op te hebben, is het van cruciaal belang om aandacht voor het patiënten- (en naasten)perspectief te verankeren in het ontwerp- en bouwproces:

- Als voorbereiding kan het erg waardevol zijn om de bestaande (evt. te herontwerpen) infrastructuur te analyseren met ervaringsdeskundigen, en deze analyse te gebruiken als input voor het ontwerp- en bouwproces (Vermeersch & Heylighen, 2015).
- Tijdens het ontwerp- en bouwproces lijkt het aangewezen om, naast professionele gebruikers, ook patiënten en naasten te betrekken in het ontwerp- en bouwproces, bv. via een patiëntenforum. Gezien directe participatie in de context van ziekenhuisontwerpen echter niet altijd evident blijkt, lijkt een veelbelovend alternatief (of aanvulling) het gebruik van scenario-based design, een familie van technieken afkomstig uit product design om het gebruikersperspectief te verkennen tijdens het ontwerpen. Recent onderzoek in de context van het ontwerp van woonzorgomgevingen voor ouderen suggereert alvast dat deze technieken ook voor architecten en hun opdrachtgevers bijzonder waardevol kunnen zijn (van der Linden, Dong, & Heylighen, 2019).

6 Conclusie

De literatuurstudie probeert een antwoord te geven op de vragen of er wetenschappelijke evidentie bestaat voor de invloed van bepaalde gebouwkenmerken op de gezondheid en het welzijn van patiënten, en in welke mate hierin diversiteit bestaat volgens specifieke ziektebeelden. Het betreft een breed onderzoeksdomein met een relatief lange geschiedenis. Om dit hele domein binnen een redelijke termijn in kaart te brengen, werd geopteerd voor een ‘overzicht van reviews’, een aanpak waarbij maximaal gesteund wordt op bestaand wetenschappelijk onderzoek. De selectie werd tevens beperkt tot de zogenaamde ‘systematische reviews’, omdat zij verwacht worden transparante protocollen te gebruiken voor de selectie van de individuele studies.

De kwantitatieve beoordeling in dit overzicht bestaat louter uit het samentellen van het aantal (unieke) studies dat omtrent het betrokken kenmerk in de verschillende reviews teruggevonden werd. Het overzicht heeft dus niet de intentie kwantificeerbaar en één-op-één vergelijkbare numerieke resultaten te presenteren per gebouwkenmerk of tussen de kenmerken onderling, maar wel om aan te geven in welke mate er voor de gevonden kenmerken wetenschappelijke evidentie bestaat die de positieve of negatieve impact ervan op patiënten of personeel ondersteunt.

De resultaten van de studie gaan over diverse gebouwaspecten en schaalniveaus: planindeling & gebouwwontwerp, binnenklimaat, afwerkingsmaterialen, inrichting en gebruikaspecten. Enkele opvallende elementen zijn bijvoorbeeld hoe de positie van het verpleeglokaal een zodanig grote impact heeft op het personeel, dat de patiënten hiervan duidelijke effecten ondervinden; hoe éénpersoonskamers voor heel wat doelgroepen veel voordelen hebben t.o.v. meerpersoonskamers en dit in de eerste plaats inzake infectiegevaar; en hoe zicht op natuur en daglicht een duidelijke psychologische en fysiologische impact hebben. Specifiek voor psychiatrische ziekenhuizen beklemtonen de resultaten vooral het grote aantal tegenstellingen, die bij het ontwerp zorgvuldig afgewogen moeten worden.

Een belangrijke beperking van de gebruikte onderzoeksaanpak voor dergelijk breed onderzoeksdomein, is dat diversiteit van afdelingen en patiënten, belang van naasten en familie en het belang van zogenaamde ‘tussenruimtes’ weinig naar voor komt. De literatuurstudie kan houvast geven om over de verschillende afdelingen en doelgroepen heen bepaalde basisprincipes te formuleren, maar daarnaast is het ook belangrijk om deze bijkomende perspectieven te betrekken in het ontwerpproces.

- Aaron, J. N., Carlisle, C. C., Carskadon, M. A., Meyer, T. J., Hill, N. S., & Millman, R. P. (1996). Environmental Noise as a Cause of Sleep Disruption in an Intermediate Respiratory Care Unit. *Sleep*, *19*(9), 707–710. <https://doi.org/10.1093/sleep/19.9.707>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). *Improving Care Delivery Through Lean: Implementation Case Studies. Case 6. Horizon Hospital—Lakeview Healthcare* | Agency for Healthcare Research & Quality. Rockville. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/system/systemdesign/leancasestudies/lean-case6.html>
- Alberti, C., Bouakline, A., Ribaud, P., Lacroix, C., Rousselot, P., Leblanc, T., ... Aspergillus Study Group. (2001). Relationship between environmental fungal contamination and the incidence of invasive aspergillosis in haematology patients. *Journal of Hospital Infection*, *48*(3), 198–206. <https://doi.org/10.1053/jhin.2001.0998>
- Alcée, D. (2000). The experience of a community hospital in quantifying and reducing patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, *14*(3), 43–53. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10826234>
- Alimoglu, M. K., & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*, *42*(5), 549–555. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.001>
- Altimier, L. B., Eichel, M., Warner, B., Tedeschi, L., & Brown, B. (2004). Developmental Care: Changing the NICU physically and behaviorally to promote patient outcomes and contain costs. *Journal of Neonatal Intensive Care*, *17*(2). Retrieved from <https://www.foundationforprematureinfants.org/wp-content/uploads/2018/01/nicu.pdf>
- Anderson, R. L., Mackel, D. C., Stoler, B. S., & Mallison, G. (1982). Carpeting in hospitals: an epidemiological evaluation. *Journal of Clinical Microbiology*, *15*(3), 408–415.
- Annemans, M., Van Audenhove, C., Vermolen, H., & Heylighen, A. (2018). Rethinking hospital design: Accommodating a growing diversity of patients. *International Journal of Nursing Studies*, *87*, A1–A2. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2018.07.015>
- Arai, Y.-C. P., Sakakibara, S., Ito, A., Ohshima, K., Sakakibara, T., Nishi, T., ... Kuniyoshi, K. (2008). Intra-operative natural sound decreases salivary amylase activity of patients undergoing inguinal hernia repair under epidural anesthesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *52*(7), 987–990. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01649.x>
- Arlet, G., Gluckman, E., Gerber, F., Perol, Y., & Hirsch, A. (1989). Measurement of bacterial and fungal air counts in two bone marrow transplant units. *The Journal of Hospital Infection*, *13*(1), 63–69. [https://doi.org/10.1016/0195-6701\(89\)90096-0](https://doi.org/10.1016/0195-6701(89)90096-0)
- Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *15*(2), 142–150. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12078627>
- Atkinson, J., & World Health Organization. (2009). *Natural ventilation for infection control in health-care settings*. World Health Organization.
- BaHamam, A. (2006). Sleep in acute care units. *Sleep and Breathing*, *10*(1), 6–15. <https://doi.org/10.1007/s11325-005-0044-8>
- Baldwin, S. (1985). Effects of furniture rearrangement on the atmosphere of wards in a maximum-security hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, *36*(5), 525–528. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4007807>
- Balocco, C., & Liò, P. (2010). Modelling infection spreading control in a hospital isolation room. *Journal of Biomedical Science and Engineering*, *03*(07), 653–663. <https://doi.org/10.4236/jbise.2010.37089>
- Barlas, D., Sama, A. E., Ward, M. F., & Lesser, M. L. (2001). Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, *38*(2), 135–139. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.115441>
- Barnhart, S. K., Perkins, N. H., & Fitzsimond, J. (1998). Behaviour and outdoor setting preferences at a psychiatric hospital. *Journal of Landscape and Urban Planning*, *42*(2e4), 147–156.

- Bayo, M. V., García, A. M., & García, A. (1995). Noise Levels in an Urban Hospital and Workers' Subjective Responses. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 50(3), 247–251. <https://doi.org/10.1080/00039896.1995.9940395>
- Bayramzadeh, S., & Alkazemi, M. F. (2014). Centralized vs. Decentralized Nursing Stations: An Evaluation of the Implications of Communication Technologies in Healthcare. *HERD*, 7(4), 62–80. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25303427>
- Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1996). Sunny hospital rooms expedite recovery from severe and refractory depressions. *Journal of Affective Disorders*, 40(1–2), 49–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8882914>
- Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1998). Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(7), 352. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1296806/>
- Ben-Abraham, R., Keller, N., Szold, O., Vardi, A., Weinberg, M., Barzilay, Z., & Paret, G. (2002). Do isolation rooms reduce the rate of nosocomial infections in the pediatric intensive care unit? *Journal of Critical Care*, 17(3), 176–180. <https://doi.org/10.1053/JCRC.2002.35809>
- Benedetti, F., Colombo, C., Barbini, B., Campori, E., & Smeraldi, E. (2001). Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 62(3), 221–223. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11223110>
- Berg, S. (2001). Impact of Reduced Reverberation Time on Sound-Induced Arousals During Sleep. *SLEEP*, 24(3), 289–292. Retrieved from <https://academic.oup.com/sleep/article-abstract/24/3/289/2750005>
- Berry, L. L., & Parish, J. T. (2008). The impact of facility improvements on hospital nurses. *HERD*, 1(2), 5–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21161892>
- Beyea, S. C. (2007). Noise: A Distraction, Interruption, and Safety Hazard. *AORN Journal*, 86(2), 281–285. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.07.017>
- Beyer, D. J., & Belsito, D. V. (2000). Fungal contamination of outpatient examination rooms: is your office safe? *Dermatology Nursing*, 12(1), 51–53. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11271055>
- Biley, F. C. (1994). Effects of Noise in Hospitals. *British Journal of Community Nursing*, 3(3), 110–113.
- Binns-Turner, P. G., Wilson, L. L., Pryor, E. R., Boyd, G. L., & Prickett, C. A. (2011). Perioperative music and its effects on anxiety, hemodynamics, and pain in women undergoing mastectomy. *AANA Journal*, 79(4 Suppl), S21–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403963>
- Birnbach, D. J., Nevo, I., Scheinman, S. R., Fitzpatrick, M., Shekhter, I., & Lombard, J. L. (2010). Patient safety begins with proper planning: a quantitative method to improve hospital design. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), 462–465. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.031013>
- Bischoff, W. E., Reynolds, T. M., Sessler, C. N., Edmond, M. B., & Wenzel, R. P. (2000). Handwashing compliance by health care workers: The impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. *Archives of Internal Medicine*, 160(7), 1017–1021. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761968>
- Bloemendaal, A. L. A., Fluit, A. C., Jansen, W. M. T., Vriens, M. R., Ferry, T., Argaud, L., ... Verhoef, J. (2009). Acquisition and Cross-Transmission of *Staphylococcus aureus* in European Intensive Care Units. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 30(2), 117–124. <https://doi.org/10.1086/593126>
- Blomkvist, V., Eriksen, C. A., Theorell, T., Ulrich, R., & Rasmanis, G. (2005). Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(3), e1–e1. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.017632>
- Bloomer, M. J., Endacott, R., O'Connor, M., & Cross, W. (2013). The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*, 27(8), 757–764. <https://doi.org/10.1177/0269216313477176>
- Booker, J. M., & Roseman, C. (1995). A seasonal pattern of hospital medication errors in Alaska. *Psychiatry Research*, 57(3), 251–257. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7501735>

- Bosch, S., Bledsoe, T., & Jenzarli, A. (2012). Staff Perceptions before and after Adding Single-Family Rooms in the NICU. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 5(4), 64–75. <https://doi.org/10.1177/193758671200500406>
- Boswell, T. C., & Fox, P. C. (2006). Reduction in MRSA environmental contamination with a portable HEPA-filtration unit. *Journal of Hospital Infection*, 63(1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2005.11.011>
- Bouza, E., Peláez, T., Pérez-Molina, J., Marín, M., Alcalá, L., Padilla, B., & Muñoz, P. (2002). Demolition of a hospital building by controlled explosion: the impact on filamentous fungal load in internal and external air. *Journal of Hospital Infection*, 52(4), 234–242. <https://doi.org/10.1053/jhin.2002.1316>
- Boyce, J. M., Potter-Bynoe, G., Chenevert, C., & King, T. (1997). Environmental contamination due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: possible infection control implications. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 18(9), 622–627. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9309433>
- Boyce, John M., & Pittet, D. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Prof. *MMWR. Recommendations and Reports: Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, 51(RR-16), 1–45, quiz CE1-4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12418624>
- Bracco, D., Dubois, M.-J., Bouali, R., & Eggimann, P. (2007). Single rooms may help to prevent nosocomial bloodstream infection and cross-transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 33(5), 836–840. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0559-5>
- Brandis, S. (1999). A collaborative occupational therapy and nursing approach to falls prevention in hospital inpatients. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 19(4), 215–220. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10619149>
- Brophy, M. O., Achimore, L., & Moore-Dawson, J. (2001). Reducing Incidence of Low-Back Injuries Reduces Cost. *AIHAJ - American Industrial Hygiene Association*, 62(4), 508–511. <https://doi.org/10.1080/15298660108984653>
- Brown, P., & Taquino, L. T. (2001). Designing and Delivering Neonatal Care in Single Rooms. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 15(1), 68–83. <https://doi.org/10.1097/00005237-200106000-00008>
- Buchanan, T. L., Barker, K. N., Gibson, J. T., Jiang, B. C., & Pearson, R. E. (1991). Illumination and errors in dispensing. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48(10), 2137–2145. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1781468>
- Cai, H., & Zimring, C. (2012). Out of Sight, Out of Reach: Correlating Spatial Metrics of Nurse Station Typology with Nurses' Communication and Co-awareness in an Intensive Care Unit. In *Proceedings of the Eighth International Space Syntax Symposium* (pp. 8039.1-16). Santiago de Chile.
- Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., & Evans, L. K. (2002). Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 90–96. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12028252>
- Carpman, J. R., Grant, M., & Simmons, D. (1983). Wayfinding in the hospital environment: the impact of various floor numbering alternatives. *Journal of Environmental Systems*, 13(4), 353–364.
- Caruso, P., Guardian, L., Tiengo, T., dos Santos, L. S., & Junior, P. M. (2014). ICU Architectural Design Affects the Delirium Prevalence. *Critical Care Medicine*, 42(10), 2204–2210. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000502>
- Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttorp, M. J., ... Shekelle, P. G. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*, 328(7441), 680. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680>
- Chang, S.-C., & Chen, C.-H. (2005). Effects of music therapy on women's physiologic measures, anxiety, and satisfaction during cesarean delivery. *Research in Nursing & Health*, 28(6), 453–461. <https://doi.org/10.1002/nur.20102>

- Chang, V. T., & Nelson, K. (2000). The Role of Physical Proximity in Nosocomial Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases*, 31(3), 717–722. <https://doi.org/10.1086/314030>
- Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2003). *Pilot study on comparative assessment of patient care issues in single and multiple occupancy rooms (unpublished report)*.
- Chaudhury, H., Mahmood, A., & Valente, M. (2006). Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: An exploratory comparative assessment. *Applied Nursing Research*, 19(3), 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.06.002>
- Cheek, F. E., Maxwell, R., & Weisman, R. (1971). Carpeting the ward: an exploratory study in environmental psychiatry. *Mental Hygiene*, 55(1), 109–118.
- Cheng, V. C., Tai, J. W., Chan, W., Lau, E. H., Chan, J. F., To, K. K., ... Yuen, K. (2010). Sequential introduction of single room isolation and hand hygiene campaign in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in intensive care unit. *BMC Infectious Diseases*, 10(1), 263. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-263>
- Chhokar, R., Engst, C., Miller, A., Robinson, D., Tate, R. B., & Yassi, A. (2005). The three-year economic benefits of a ceiling lift intervention aimed to reduce healthcare worker injuries. *Applied Ergonomics*, 36(2), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2004.10.008>
- Chlan, L. (2000). NoMusic therapy as a nursing intervention for patients supported by mechanical ventilation. *AACN Clinical Issues Advanced Practice in Acute Critical Care*, 11(1), 128–138.
- Choi, J.-H., Beltran, L. O., & Kim, H.-S. (2012). Impacts of indoor daylight environments on patient average length of stay (ALOS) in a healthcare facility. *Building and Environment*, 50, 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2011.10.010>
- Christenfeld, R., Wagner, J., Pastva, G., & Acrish, W. P. (1989). How physical settings affect chronic mental patients. *The Psychiatric Quarterly*, 60(3), 253–264. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2641980>
- Clay, R. A. (2001). Green is good for you. *Monitor on Psychology*, 32(4), 40–42.
- Cohen, B., Saiman, L., Cimiotti, J., & Larson, E. (2003). Factors associated with hand hygiene practices in two neonatal intensive care units. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 22(6), 494–498. <https://doi.org/10.1097/01.inf.0000069766.86901.91>
- Cohen, M. R., & Smetzer, J. L. (2009). Quinine-Quinidine Mix-Ups Still Happen; APSF Offers Recommendations for Safe Postop Opioid Administration and Monitoring. *Hospital Pharmacy*, 44(12), 1062–1064. <https://doi.org/10.1310/hpj4412-1062>
- Cook, R. I., Render, M., & Woods, D. D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 791–794. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.791>
- Cooke, M., Chaboyer, W., & Hiratos, M. A. (2005). Music and its effect on anxiety in short waiting periods: a critical appraisal. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 145–155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01033.x>
- Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., & Hiratos, M. (2005). The effect of music on preoperative anxiety in day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 47–55. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03563.x>
- Copeland, D., & Chambers, M. (2017). Effects of Unit Design on Acute Care Nurses' Walking Distances, Energy Expenditure, and Job Satisfaction: A Pre–Post Relocation Study. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(4), 22–36. <https://doi.org/10.1177/1937586716673831>
- Corey, L. J., Wallace, M. A., Harris, S. H., & Casey, B. (1986). Psychiatric ward atmosphere: a before and after look at how refurbishing affects staff and patient perceptions of the psychosocial treatment environment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 24.
- Cornet, M., Levy, V., Fleury, L., Lortholary, J., Barquins, S., Coureul, M.-H., ... Bouvet, A. (1999). Efficacy of Prevention by High-Efficiency Particulate Air Filtration or Laminar Airflow Against *Aspergillus* Airborne Contamination During Hospital Renovation. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 20(7), 508–513. <https://doi.org/10.1086/501661>

- Counsell, S. R., Holder, C. M., Liebenauer, L. L., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Kresevic, D. M., ... Landefeld, C. S. (2000). Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1572–1581. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129745>
- Creedon, S. A. (2005). Healthcare workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 208–216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03490.x>
- Curtis, S., Gesler, W., Fabian, K., Francis, S., & Priebe, S. (2007). Therapeutic Landscapes in Hospital Design: A Qualitative Assessment by Staff and Service Users of the Design of a New Mental Health Inpatient Unit. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 25(4), 591–610. <https://doi.org/10.1068/c1312r>
- Dalke, H., Little, J., Niemann, E., Camgoz, N., Steadman, G., Hill, S., & Stott, L. (2006). Colour and lighting in hospital design. *Optics & Laser Technology*, 38(4–6), 343–365. <https://doi.org/10.1016/j.optlastec.2005.06.040>
- Daykin, N. ;, Byrne, E. ;, Soteriou, T. ;, & O'connor, S. (2008). *The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literatur. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* (Vol. 128). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/231200812/fulltextPDF/25860D08985F451DPQ/1?accountid=17215>
- Dee, S. A., Deen, J., Cano, J. P., Batista, L., & Pijoan, C. (2006). Further evaluation of alternative air-filtration systems for reducing the transmission of Porcine reproductive and respiratory syndrome virus by aerosol. *Canadian Journal of Veterinary Research = Revue Canadienne de Recherche Veterinaire*, 70(3), 168–175. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16850938>
- Devlin, A. S. (1992). Psychiatric Ward Renovation. *Environment and Behavior*, 24(1), 66–84. <https://doi.org/10.1177/0013916592241003>
- Devlin, A. S., & Arneill, A. B. (2003). Health Care Environments and Patient Outcomes. *Environment and Behavior*, 35(5), 665–694. <https://doi.org/10.1177/0013916503255102>
- Dharan, S., & Pittet, D. (2002). Environmental controls in operating theatres. *The Journal of Hospital Infection*, 51(2), 79–84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12090793>
- Diette, G. B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., & Rubin, H. R. (2003). Distraction Therapy With Nature Sights and Sounds Reduces Pain During Flexible Bronchoscopy. *Chest*, 123(3), 941–948. <https://doi.org/10.1378/chest.123.3.941>
- Dijkstra, K., Pieterse, M. E., & Pruyn, A. (2008). Stress-reducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: The mediating role of perceived attractiveness. *Preventive Medicine*, 47(3), 279–283. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.013>
- Dijkstra, K., Pieterse, M., & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 166–181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x>
- Domanico, R., Davis, D. K., Coleman, F., & Davis, B. O. (2010). Documenting the NICU design dilemma: parent and staff perceptions of open ward versus single family room units. *Journal of Perinatology*, 30(5), 343–351. <https://doi.org/10.1038/jp.2009.195>
- Domanico, R., Davis, D. K., Coleman, F., & Davis, B. O. (2011). Documenting the NICU design dilemma: comparative patient progress in open-ward and single family room units. *Journal of Perinatology*, 31(4), 281–288. <https://doi.org/10.1038/jp.2010.120>
- Donahue, L. (2009). A Pod Design for Nursing Assignments. *AJN, American Journal of Nursing*, 109(11 Suppl), 38–40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000362019.47504.9d>
- Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2004). Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61–73. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x>
- Eames, I., Shoab, D., Klettner, C. A., & Taban, V. (2009). Movement of airborne contaminants in a hospital

- isolation room. *Journal of the Royal Society, Interface*, 6 Suppl 6(Suppl 6), S757-66. <https://doi.org/10.1098/rsif.2009.0319.focus>
- Edwards, J., & Hulst, M. S. (1970). "Open" nursing stations on psychiatric wards. *Perspectives in Psychiatric Care*, 8(5), 209–217. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5203354>
- Ellison, J., Southern, D., Holton, D., Henderson, E., Wallace, J., Faris, P., ... Conly, J. (2014). Hospital ward design and prevention of hospital-acquired infections: A prospective clinical trial. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology = Journal Canadien Des Maladies Infectieuses et de La Microbiologie Medicale*, 25(5), 265–270. <https://doi.org/10.1155/2014/685402>
- Engst, C., Chhokar, R., Miller, A., Tate, R., & Yassi, A. (2005). Effectiveness of overhead lifting devices in reducing the risk of injury to care staff in extended care facilities. *Ergonomics*, 48(2), 187–199. <https://doi.org/10.1080/00140130412331290826>
- Erdeve, O., Arsan, S., Yigit, S., Armangil, D., Atasay, B., & Korkmaz, A. (2008). The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge. *Acta Paediatrica*, 97(10), 1351–1357. <https://doi.org/10.1111/j.1651-7.2008.00889.x>
- Escombe, A. R., Oeser, C. C., Gilman, R. H., Navincopa, M., Ticona, E., Pan, W., ... Evans, C. A. (2007). Natural Ventilation for the Prevention of Airborne Contagion. *PLoS Med*, 4(2), 68. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040068>
- Evanoff, B., Wolf, L., Aton, E., Canos, J., & Collins, J. (2003). Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace. *American Journal of Industrial Medicine*, 44(5), 451–457. <https://doi.org/10.1002/ajim.10294>
- Farquharson, C., & Baguley, K. (2003). Responding to the severe acute respiratory syndrome (SARS) outbreak: lessons learned in a Toronto emergency department. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 29(3), 222–228. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12776077>
- Fay, L., Cai, H., & Real, K. (2017). Systematic Literature Review A Systematic Literature Review of Empirical Studies on Decentralized Nursing Stations. *Health Environments Research & Design Journal*, 12(1), 44–68. <https://doi.org/10.1177/1937586718805222>
- Fay, L., Carll-White, A., Schadler, A., Isaacs, K. B., & Real, K. (2017). Shifting Landscapes: The Impact of Centralized and Decentralized Nursing Station Models on the Efficiency of Care. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(5), 80–94. <https://doi.org/10.1177/1937586717698812>
- Federman, E. J., Drebing, C. E., Boisvert, C., Penk, W., Binus, G., & Rosenheck, R. (2000). Relationship Between Climate and Psychiatric Inpatient Length of Stay in Veterans Health Administration Hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1669–1673. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1669>
- Ferri, M., Zygun, D. A., Harrison, A., & Stelfox, H. T. (2015). Evidence-based design in an intensive care unit: End-user perceptions. *BMC Anesthesiology*, 15(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0038-4>
- Figueiro, M. G., Appleman, K., Bullough, J. D., & Rea, M. S. (2006). A discussion of recommended standards for lighting in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 26(S3), S19–S26. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211586>
- Firestone, I. J., Lichtman, C. M., & Evans, J. R. (1980). Privacy and solidarity: effects of nursing home accommodation on environmental perception and sociability preferences. *International Journal of Aging & Human Development*, 11(3), 229–241.
- Fjeld, T. (2002). The effects of plants and artificial daylight on the well-being and health of office workers, school children and health-care personnel. In *International Plants for People Symposium*. Amsterdam.
- Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition & Emotion*, 12(2), 191–220. <https://doi.org/10.1080/026999398379718>
- Friberg, S., Ardnor, B., Lundholm, R., & Friberg, B. (2003). The addition of a mobile ultra-clean exponential laminar airflow screen to conventional operating room ventilation reduces bacterial contamination to operating box levels. *The Journal of Hospital Infection*, 55(2), 92–97. <https://doi.org/10.1016/S0195->

6701(03)00143-9

- Friese, C. R., Grunawalt, J. C., Bhullar, S., Bihlmeyer, K., Chang, R., & Wood, W. (2014). Pod Nursing on a Medical/Surgical Unit. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 44(4), 207–211. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000051>
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E., & Hanly, P. J. (2003). Contribution of the Intensive Care Unit Environment to Sleep Disruption in Mechanically Ventilated Patients and Healthy Subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167(5), 708–715. <https://doi.org/10.1164/rccm.2201090>
- Gardiner, C., Brereton, L., Gott, M., Ingleton, C., & Barnes, S. (2011). Exploring health professionals' views regarding the optimum physical environment for palliative and end of life care in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(2), 162–166. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000045>
- Gardner, P. S., Court, S. D., Brocklebank, J. T., Downham, M. A., & Weightman, D. (1973). Virus cross-infection in paediatric wards. *British Medical Journal*, 2(5866), 571–575. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5866.571>
- Garg, A., & Owen, B. (1992). Reducing back stress to nursing personnel: an ergonomic intervention in a nursing home. *Ergonomics*, 35(11), 1353–1375. <https://doi.org/10.1080/00140139208967398>
- Gast, P. L., & Baker, C. F. (1989). The CCU patient: anxiety and annoyance to noise. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12(3), 39–54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2819537>
- Gastmeier, P., Schwab, F., Geffers, C., & Rüden, H. (2004). To Isolate or Not to Isolate? Analysis of Data From the German Nosocomial Infection Surveillance System Regarding the Placement of Patients With Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Private Rooms in Intensive Care Units. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 25(2), 109–113. <https://doi.org/10.1086/502359>
- Giannitsioti, E., Athanasia, S., Antoniadou, A., Fytrou, H., Athanassiou, K., Bourvani, P., ... Giamarellou, H. (2009). Does a bed rail system of alcohol-based handrub antiseptic improve compliance of health care workers with hand hygiene? Results from a pilot study. *American Journal of Infection Control*, 37(2), 160–163. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.04.252>
- Girou, E., Loyeau, S., Legrand, P., Oppein, F., & Brun-Buisson, C. (2002). Efficacy of handrubbing with alcohol based solution versus standard handwashing with antiseptic soap: randomised clinical trial. *BMJ*, 325(7360), 362–362. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7360.362>
- Glod, C. A., Teicher, M. H., Butler, M., Savino, M., Harper, D., Magnus, E., & Pahlavan, K. (1994). Modifying Quiet Room Design Enhances Calming of Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 558–566. <https://doi.org/10.1097/00004583-199405000-00014>
- Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., ... Nemeroff, C. B. (2005). The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and Meta-Analysis of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 656–662. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.656>
- Goldmann, D. A., Durbin, W. A., & Freeman, J. (1981). Nosocomial Infections in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Infectious Diseases*, 144(5), 449–459. <https://doi.org/10.1093/infdis/144.5.449>
- Goodall, D., & Ethers, L. (2005). The therapeutic use of music on agitated behavior in those with dementia. *Holistic Nursing Practice*, 19(6), 258–262. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269943>
- Goodell, K. H., Cao, C. G. L., & Schwaitzberg, S. D. (2006). Effects of Cognitive Distraction on Performance of Laparoscopic Surgical Tasks. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 16(2), 94–98. <https://doi.org/10.1089/lap.2006.16.94>
- Gordin, F. M., Schultz, M. E., Huber, R. A., & Gill, J. A. (2005). Reduction in Nosocomial Transmission of Drug-Resistant Bacteria After Introduction of an Alcohol-Based Handrub. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 26(7), 650–653. <https://doi.org/10.1086/502596>

- Graham, M. (1990). Frequency and duration of handwashing in an intensive care unit. *American Journal of Infection Control*, 18(2), 77–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2337258>
- Graversen, M., & Sommer, T. (2013). Perioperative music may reduce pain and fatigue in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 57(8), 1010–1016. <https://doi.org/10.1111/aas.12100>
- Gravesen, S., Larsen, L., Gyntelberg, F., & Skov, P. (1986). Demonstration of Microorganisms and Dust in Schools and Offices. *Allergy*, 41(7), 520–525. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.1986.tb00337.x>
- Griffiths, W. D., Bennett, A., Speight, S., & Parks, S. (2005). Determining the performance of a commercial air purification system for reducing airborne contamination using model micro-organisms: a new test methodology. *The Journal of Hospital Infection*, 61(3), 242–247. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2005.03.004>
- Grimes, C., Meilink, B., & Melink, L. (2017). The decentralized station: More than just visibility. *AAH Academy Journal*, 19(1), 40–45.
- Guarascio-Howard, L. (2011). Examination of wireless technology to improve nurse communication, response time to bed alarms, and patient safety. *HERD*, 4(2), 109–120. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21465438>
- Guarascio-Howard, L., & Malloch, K. (2007). Centralized and decentralized nurse station design: an examination of caregiver communication, work activities, and technology. *HERD*, 1(1), 44–57. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157717>
- Hagerman, I., Rasmanis, G., Blomkvist, V., Ulrich, R., Anne Eriksen, C., & Theorell, T. (2005). Influence of intensive coronary care acoustics on the quality of care and physiological state of patients. *International Journal of Cardiology*, 98(2), 267–270. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2003.11.006>
- Hahn, T., Cummings, K. M., Michalek, A. M., Lipman, B. J., Segal, B. H., & McCarthy, P. L. (2002). Efficacy of High-Efficiency Particulate Air Filtration in Preventing Aspergillosis in Immunocompromised Patients With Hematologic Malignancies. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 23(9), 525–531. <https://doi.org/10.1086/502101>
- Hamel, M., Zoutman, D., & O’Callaghan, C. (2010). Exposure to hospital roommates as a risk factor for health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 38(3), 173–181. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2009.08.016>
- Hanger, H. C., Ball, M. C., & Wood, L. A. (1999). An Analysis of Falls in the Hospital: Can We Do Without Bedrails? *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(5), 529–531. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb02565.x>
- Harris, D. (2000). *Environmental quality and healing environments: a study of flooring materials in a healthcare telemetry unit. Dissertation.*
- Harris, D. D., Shepley, M. M., White, R. D., Kolberg, K. J. S., & Harrell, J. W. (2006). The impact of single family room design on patients and caregivers: executive summary. *Journal of Perinatology*, 26(S3), S38–S48. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211583>
- Harris, S. J., Farren, M. D., Janssen, P. A., Klein, M. C., & Lee, S. K. (2004). Single room maternity care: perinatal outcomes, economic costs, and physician preferences. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada : JOGC = Journal d’obstetrique et Gynecologie Du Canada : JOGC*, 26(7), 633–640. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15248932>
- Hartig, T., Bök, A., Garvill, J., Olsson, T., & Gärling, T. (1996). Environmental influences on psychological restoration. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37(4), 378–393. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8931393>
- Hartig, Terry, Evans, G. W., Jamner, L. D., Davis, D. S., & Gärling, T. (2003). Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 109–123. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(02\)00109-3](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(02)00109-3)
- Hawksworth, C., Asbury, A. J., & Millar, K. (1997). Music in theatre: not so harmonious. A survey of attitudes to music played in the operating theatre. *Anaesthesia*, 52(1), 79–83. Retrieved from

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9014553>
- Healthcare Commission. (2006). *Investigation into outbreaks of Clostridium difficile at Stoke Mandeville Hospital, Buckinghamshire Hospitals NHS Trust*. Retrieved from <https://www.buckshealthcare.nhs.uk/Downloads/healthcarecommission/HCC-Investigation-into-the-Outbreak-of-Clostridium-Difficile.pdf>
- Healthcare Commission. (2007). *Investigation into outbreaks of Clostridium difficile at Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust Inspecting Informing Improving*. Retrieved from http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/11_10_07maidstone_and_tunbridge_wells_investigation_report_oct_2007.pdf
- Heddema, E. R., & van Benthem, B. H. B. (2011). Decline in incidence of Clostridium difficile infection after relocation to a new hospital building with single rooms. *The Journal of Hospital Infection*, 79(1), 93–94. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2011.03.028>
- Heerwagen, J. (1990). The psychological aspects of windows and window design. In K. H. Anthony, J. Choi, & B. Orland (Eds.), *Proceedings of the twenty-first annual conference of the Environmental Design Research Association*. Oklahoma City: Environmental Design Research Association.
- Hendrich, A. (2003). Optimizing Physical Space for Improved Outcomes: Satisfaction and the Bottom Line. In *Proceedings of Minicourse*. Atlanta: GA: Institute for Healthcare Improvement & The Center for Healthcare Design.
- Hendrich, A., Fay, J., & Sorrells, A. (2002). Courage to heal: Comprehensive cardiac critical care. *Healthcare Design*, 11–13.
- Hendrich, A. L., Fay, J., & Sorrells, A. K. (2004). Effects of acuity-adaptable rooms on flow of patients and delivery of care. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 13(1), 35–45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14735646>
- Hibbard, F. J., Bosso, J. A., Sward, L. W., & Baum, S. (1981). Delivery time in a decentralized pharmacy system without satellites. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 38(5), 690–692. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7282699>
- Hignett, S., & Evans, D. (2006). Spatial requirements in hospital shower and toilet rooms. *Nursing Standard*, 21(3), 43–48. <https://doi.org/10.7748/ns2006.09.21.3.43.c6401>
- Hilton, B. Ann. (1985). Noise in acute patient care areas. *Research in Nursing & Health*, 8(3), 283–291. <https://doi.org/10.1002/nur.4770080311>
- Hilton, B. A. (1976). Quantity and quality of patients' sleep and sleep-disturbing factors in a respiratory intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 1(6), 453–468. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1050357>
- Holahan, C. (1972). Seating patterns and patient behavior in an experimental dayroom. *Journal of Abnormal Psychology*, 80(2), 115–124. <https://doi.org/10.1037/h0033404>
- Hoozemans, M. J. M., van der Beek, A. J., Frings-Dresen, M. H. W., van der Woude, L. H. V., & van Dijk, F. J. H. (2002). Pushing and pulling in association with low back and shoulder complaints. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(10), 696–702. <https://doi.org/10.1136/oem.59.10.696>
- Hua, Y., Becker, F., Wurmser, T., Bliss-Holtz, J., & Hedges, C. (2012). Effects of nursing unit spatial layout on nursing team communication patterns, quality of care, and patient safety. *HERD*, 6(1), 8–38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23224841>
- Hugonnet, S., Perneger, T. V., & Pittet, D. (2002). Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Archives of Internal Medicine*, 162(9), 1037–1043. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11996615>
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., van Hoof, J., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70–80. <https://doi.org/10.1016/J.BUILDENV.2012.06.016>
- Hutton, A. (2002). The private adolescent: privacy needs of adolescents in hospitals. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(1), 67–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11891498>

- Hwang, R.-L., Lin, T.-P., Cheng, M.-J., & Chien, J.-H. (2007). Patient thermal comfort requirement for hospital environments in Taiwan. *Building and Environment*, 42(8), 2980–2987. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2006.07.035>
- IOM. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10851>
- Janssen, P. A., Klein, M. C., Harris, S. J., Soolsma, J., & Seymour, L. C. (2000). Single room maternity care and client satisfaction. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(4), 235–243. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251508>
- Jellema, P., Annemans, M., & Heylighen, A. (2019a). Building Research & Information The roles of cancer care facilities in users' well-being The roles of cancer care facilities in users' well-being. <https://doi.org/10.1080/09613218.2019.1620094>
- Jellema, P., Annemans, M., & Heylighen, A. (2019b). How architects and clients integrate user perspectives in cancer care facility design. In *ARCH19: building for better health - Research & innovation in architecture & urban design for care & health*. Trondheim.
- Jernigan, J. A., Titus, M. G., Groschel, D. H. M., Getchell-White, S. I., & Farr, B. M. (1996). Effectiveness of Contact Isolation during a Hospital Outbreak of Methicillin resistant Staphylococcus aureus. *American Journal of Epidemiology*, 143(5), 496–504. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a008770>
- Jiang, S., Huang, L., Chen, X., Wang, J., Wu, W., Yin, S., ... Huang, Z. (2003). Ventilation of wards and nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome among healthcare workers. *Chinese Medical Journal*, 116(9), 1293–1297. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14527351>
- Johnson, A. N. (2001). Neonatal response to control of noise inside the incubator. *Pediatric Nursing*, 27(6), 600–605.
- Johnson, B. H., Abraham, M. R., & Parrish, R. N. (2004). Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. *Clinics in Perinatology*, 31(2), 353–382. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2004.04.008>
- Johnson, P. D. R., Martin, R., Burrell, L. J., Grabsch, E. A., Kirska, S. W., O'Keeffe, J., ... Grayson, M. L. (2005). Efficacy of an alcohol/chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection. *The Medical Journal of Australia*, 183(10), 509–514. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16296963>
- Joseph, A. (2007). Hospitals that heal. Hospital design for the 21st century. *Asian Hospital and Healthcare Management*, 13, 11–13.
- Joseph, Anjali. (2006). *The Impact of the Environment on Infections in Healthcare Facilities*. Retrieved from www.rwjf.org.
- Joseph, Anjali, & Ulrich, R. (2007). *Sound Control for Improved Outcomes in Healthcare Settings*. Retrieved from www.rwjf.org.
- Joye, Y. (2007). Architectural Lessons From Environmental Psychology: The Case of Biophilic Architecture. *Review of General Psychology*, 11(4), 305–328. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.11.4.305>
- Kaldenburg, D. o. (1999). *The influence of having a roommate on patient satisfaction*.
- Kaplan, R. (1992). The psychological benefits of nearby nature. In D. Relf (Ed.), *Role of horticulture in human well-being and social development: a national symposium* (pp. 125–133). Arlington, Virginia: Timber Press.
- Kaplow, R., & Hardin, S. R. (2007). *Critical care nursing : synergy for optimal outcomes*. Jones and Bartlett.
- Karabay, O., Sencan, I., Sahin, I., Alpteker, H., Ozcan, A., & Oksuz, S. (2005). Compliance and Efficacy of Hand Rubbing during In-Hospital Practice. *Medical Principles and Practice*, 14(5), 313–317. <https://doi.org/10.1159/000086928>
- Karro, J., Dent, A. W., & Farish, S. (2005). Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 17(2), 117–123. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2005.00702.x>
- Katcher, A., Segal, H., & Beck, A. (1984). Comparison of Contemplation and Hypnosis for the Reduction of

- Anxiety and Discomfort during Dental Surgery. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27(1), 14–21. <https://doi.org/10.1080/00029157.1984.10402583>
- Keir, P. J., & MacDonell, C. W. (2004). Muscle activity during patient transfers: a preliminary study on the influence of lift assists and experience. *Ergonomics*, 47(3), 296–306. <https://doi.org/10.1080/0014013032000157922>
- Küller, R., & Lindsten, C. (1992). Health and behavior of children in classrooms with and without windows. *Journal of Environmental Psychology*, 12(4), 305–317. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80079-9](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80079-9)
- Kutash, M., & Northrop, L. (2007). Family members? experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 384–388. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x>
- LaCharity, L. A., & McClure, R. I. (2003). Are plants vectors for transmission of infection in acute care? *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(1), 119–124.
- Lai, H.-L., Chen, C.-J., Peng, T.-C., Chang, F.-M., Hsieh, M.-L., Huang, H.-Y., & Chang, S.-C. (2006). Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.04.008>
- Lam, B. C. C. (2004). Hand Hygiene Practices in a Neonatal Intensive Care Unit: A Multimodal Intervention and Impact on Nosocomial Infection. *PEDIATRICS*, 114(5), e565–e571. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1107>
- Lankford, M. G., Collins, S., Youngberg, L., Rooney, D. M., Warren, J. R., & Noskin, G. A. (2006). Assessment of materials commonly utilized in health care: Implications for bacterial survival and transmission. *American Journal of Infection Control*, 34(5), 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2005.10.008>
- Laumann, K., Gärling, T., & Stormark, K. M. (2003). Selective attention and heart rate responses to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 125–134. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(02\)00110-X](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(02)00110-X)
- Laursen, J., Danielsen, A., & Rosenberg, J. (2014). *Effects of Environmental Design on Patient Outcome: A Systematic Review* (Vol. 7). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1551503598/fulltextPDF/3763CC48F4114FB1PQ/1?accountid=17215>
- Lawson, B., Phiri, M., & Wells-Thorpe, J. (2003). *The architectural healthcare environment and its effects on patient health outcomes: a report on an NHS Estates-funded research project by Bryan Lawson and Michael Phiri, in collaboration with John Wells-Thorpe*. London.
- Lazar, I., Abukaf, H., Sofer, S., Peled, N., & Leibovitz, E. (2015). Impact of Conversion from an Open Ward Design Paediatric Intensive Care Unit Environment to All Isolated Rooms Environment on Incidence of Bloodstream Infections and Antibiotic Resistance in Southern Israel (2000 to 2008). *Anaesthesia and Intensive Care*, 43(1), 34–41. <https://doi.org/10.1177/0310057X1504300106>
- Learidi, S., Pietroletti, R., Angeloni, G., Necozone, S., Ranalletta, G., & Del Gusto, B. (2007). Randomized clinical trial examining the effect of music therapy in stress response to day surgery. *British Journal of Surgery*, 94(8), 943–947. <https://doi.org/10.1002/bjs.5914>
- Leather, P., Pyrgas, M., Beale, D., & Lawrence, C. (1998). Windows in the Workplace. *Environment and Behavior*, 30(6), 739–762. <https://doi.org/10.1177/001391659803000601>
- Lee, Narendran, G., Tomfohr-Madsen, L., & Schulte, F. (2017). A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1059–1069. <https://doi.org/10.1002/pon.4149>
- Lee, O., Chung, Y., Chan, M. F., & Chan, W. M. (2005). Music and its effect on the physiological responses and anxiety level of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 609–620.
- Leese, K. E., Cole, E. C., Hall, R. M., & Berry, M. A. (1997). Measurement of Airborne and Floor Dusts in a Nonproblem Building. *American Industrial Hygiene Association Journal*, 58(6), 432–438. <https://doi.org/10.1080/15428119791012676>

- Lester, B. M., Hawes, K., Abar, B., Sullivan, M., Miller, R., Bigsby, R., ... Padbury, J. F. (2014). Single-family room care and neurobehavioral and medical outcomes in preterm infants. *Pediatrics*, *134*(4), 754–760. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-4252>
- Levin, P. D., Golovanevski, M., Moses, A. E., Sprung, C. L., & Benenson, S. (2011). Improved ICU design reduces acquisition of antibiotic-resistant bacteria: a quasi-experimental observational study. *Critical Care*, *15*(5), R211. <https://doi.org/10.1186/cc10446>
- Lewy, A. J., Bauer, V. K., Cutler, N. L., Sack, R. L., Ahmed, S., Thomas, K. H., ... Jackson, J. M. (1998). Morning vs evening light treatment of patients with winter depression. *Archives of General Psychiatry*, *55*(10), 890–896. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9783559>
- Li, J., Wolf, L., & Evanoff, B. (2004). Use of mechanical patient lifts decreased musculoskeletal symptoms and injuries among health care workers. *Injury Prevention*, *10*(4), 212–216. <https://doi.org/10.1136/ip.2003.004978>
- Li, Y., Leung, G. M., Tang, J. W., Yang, X., Chao, C. Y. H., Lin, J. Z., ... Yuen, P. L. (2007). Role of ventilation in airborne transmission of infectious agents in the built environment ? a multidisciplinary systematic review. *Indoor Air*, *17*(1), 2–18. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2006.00445.x>
- Lidwell, O. M., Polakoff, S., Davies, J., Hewitt, J. H., Shooter, R. A., Walker, K. A., ... Taylor, G. W. (1970). Nasal acquisition of Staphylococcus aureus in a subdivided and mechanically ventilated ward: endemic prevalence of a single staphylococcal strain. *The Journal of Hygiene*, *68*(3), 417–433. <https://doi.org/10.1017/s0022172400042327>
- Lohr, V. I., & Pearson-Mims, C. H. (2000). Physical Discomfort May Be Reduced in the Presence of Interior Plants. *HortTechnology*, 53–58. <https://doi.org/10.21273/HORTTECH.10.1.53>
- Lomonte, P., Besser, R. A., & Thomas, E. C. (1983). Effect of de-centralized computer-order entry on medication turnaround time. *American Journal of Hospital Pharmacy*, *40*(6), 979–981.
- Loo, V. G., Bertrand, C., Dixon, C., Vityé, D., DeSalis, B., McLean, A. P., ... Robson, H. G. (1996). Control of construction-associated nosocomial aspergillosis in an antiquated hematology unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *17*(6), 360–364. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8805066>
- Lorenz, S. G. (2007). The Potential of the Patient Room to Promote Healing and Well-Being in Patients and Nurses. *Holistic Nursing Practice*, *21*(5), 263–277. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000287990.40215.51>
- Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Pizzo, E., Anderson, J., ... Barlow, J. (2015). *Evaluating a major innovation in hospital design: workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation*. *Evaluating a major innovation in hospital design: workforce implications and impact on patient and staff experiences of all single room hospital accommodation*. NIHR Journals Library. <https://doi.org/10.3310/HSDR03030>
- MacKenzie, F. M., Bruce, J., Struelens, M. J., Goossens, H., Mollison, J., Gould, I. M., & ARPAC Steering Group. (2007). Antimicrobial drug use and infection control practices associated with the prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in European hospitals. *Clinical Microbiology and Infection*, *13*(3), 269–276. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2006.01592.x>
- Mackworth, N. H. (1950). *Researches on the measurement of human performance*. London.
- Mahieu, L. M., De Dooy, J. J., Van Laer, F. A., Jansens, H., & Ieven, M. M. (2000). A prospective study on factors influencing aspergillus spore load in the air during renovation works in a neonatal intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, *45*(3), 191–197. <https://doi.org/10.1053/jhin.2000.0773>
- Marcus, C. C., & Barnes, M. (1995). *Gardens in healthcare facilities: uses, therapeutic benefits, and design recommendations*. Retrieved from [https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Gardens in HC Facility Visits.pdf](https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Gardens%20in%20HC%20Facility%20Visits.pdf)
- Marcus, C. C., & Barnes, M. (1999). *Healing gardens : therapeutic benefits and design recommendations*. Wiley. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-be/Healing+Gardens%3A+Therapeutic+Benefits+and+Design+Recommendations-p-9780471192039>

- Martiny, K. (2004). Adjunctive Bright Light in Non-Seasonal Major Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(s425), 7–28. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00460_2.x
- Mazer, S. E. (2006). Increase Patient Safety by Creating a Quieter Hospital Environment. *Biomedical Instrumentation & Technology*, 40(2), 145–146. <https://doi.org/10.2345/i0899-8205-40-2-145.1>
- McCaffrey, R., & Locsin, R. (2004). The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip and knee surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 13(s2), 91–96. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01048.x>
- McCann, S., Byrne, J. L., Rovira, M., Shaw, P., Ribaud, P., Sica, S., ... Infectious Diseases Working Party of the EBMT. (2004). Outbreaks of infectious diseases in stem cell transplant units: a silent cause of death for patients and transplant programmes. *Bone Marrow Transplantation*, 33(5), 519–529. <https://doi.org/10.1038/sj.bmt.1704380>
- McColl, S. L., & Veitch, J. A. (2001). Full-spectrum fluorescent lighting: a review of its effects on physiology and health. *Psychological Medicine*, 31(6), 949–964. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513381>
- McGonagle, I. M., & Allan, S. (2002). A comparison of behaviour in two differing psychiatric long-stay rehabilitation environments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 493–499. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12164912>
- McKendrick, G. D., & Emond, R. T. (1976). Investigation of cross-infection in isolation wards of different design. *The Journal of Hygiene*, 76(1), 23–31. <https://doi.org/10.1017/s0022172400054905>
- McKeown, K., Haase, T., Pratschke, J., Twomey, S., Donovan, H., & Engling, F. (2015). Determinants of care outcomes for patients who die in hospital in Ireland: a retrospective study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0014-2>
- McManus, A. T., Mason, A. D., McManus, W. F., & Pruitt, B. A. (1994). A decade of reduced gram-negative infections and mortality associated with improved isolation of burned patients. *Archives of Surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 129(12), 1306–1309. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7986161>
- McManus, A. T., Mason, J. A. D., McManus, W. F., & Pruitt, J. B. A. (1992). Control of pseudo- monas aeruginosa infections in burned patients. *Surg Res Commun*, 12(1), 61e7.
- McManus, A. T., McManus, W. F., Mason, A. D., Aitcheson, A. R., & Pruitt, B. A. (1985). Microbial colonization in a new intensive- care burn unit—A prospective cohort study. *Archives of Surgery*, 120(2), 217–223.
- McMinn, B. G., & Hinton, L. (2000). Confined to barracks: The effects of indoor confinement on aggressive behavior among inpatients of an acute psychogeriatric unit. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 36–41. <https://doi.org/10.1177/153331750001500106>
- Melin, L., & Götestam, K. G. (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14(1), 47. <https://doi.org/10.1901/JABA.1981.14-47>
- Menegazzi, J. J., Paris, P. M., Kersteen, C. H., Flynn, B., & Trautman, D. E. (1991). A randomized, controlled trial of the use of music during laceration repair. *Annals of Emergency Medicine*, 20(4), 348–350. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(05\)81652-X](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(05)81652-X)
- Menzies, D., Fanning, A., Yuan, L., & FitzGerald, J. M. (2000). Hospital Ventilation and Risk for Tuberculous Infection in Canadian Health Care Workers. *Annals of Internal Medicine*, 133(10), 779. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-10-200011210-00010>
- Meyer, T. J., Eveloff, S. E., Bauer, M. S., Schwartz, W. A., Hill, N. S., & Millman, R. P. (1994). Adverse Environmental Conditions in the Respiratory and Medical ICU Settings. *Chest*, 105(4), 1211–1216. <https://doi.org/10.1378/chest.105.4.1211>
- Miller, A. C., Hickman, L. C., & Lemasters, G. K. (1992). A distraction technique for control of burn pain. *The Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 13(5), 576–580. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1452593>
- Miller, A., Engst, C., Tate, R. B., & Yassi, A. (2006). Evaluation of the effectiveness of portable ceiling lifts in a

- new long-term care facility. *Applied Ergonomics*, 37(3), 377–385. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2005.05.012>
- Miwa, Y., & Hanyu, K. (2006). The Effects of Interior Design on Communication and Impressions of a Counselor in a Counseling Room. *Environment and Behavior*, 38(4), 484–502. <https://doi.org/10.1177/0013916505280084>
- Mlinek, E. J., & Pierce, J. (1997). Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 4(12), 1142–1146. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9408430>
- Mooney, P., & Nicell, P. L. (1992). The importance of exterior environment for Alzheimer's residents: effective care and risk management. *Health Care Management Forum*, 5(2), 23–29.
- Moore, M. M., Nguyen, D., Nolan, S. P., Robinson, S. P., Ryals, B., Imbrie, J. Z., & Spotnitz, W. (1998). Interventions to reduce decibel levels on patient care units. *The American Surgeon*, 64(9), 894–899. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9731822>
- Moorthy, K., Munz, Y., Undre, S., & Darzi, A. (2004). Objective evaluation of the effect of noise on the performance of a complex laparoscopic task. *Surgery*, 136(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2003.12.011>
- Morgan, V. R., Mathison, J. H., Rice, J. C., & Clemmer, D. I. (1985). Hospital falls: a persistent problem. *American Journal of Public Health*, 75(7), 775–777. <https://doi.org/10.2105/ajph.75.7.775>
- Mulin, B., Rouget, C., Clément, C., Bailly, P., Julliot, M. C., Viel, J. F., ... Talon, D. (1997). Association of private isolation rooms with ventilator-associated *Acinetobacter baumannii* pneumonia in a surgical intensive-care unit. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 18(7), 499–503. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9247833>
- Munier-Marion, E., Bénet, T., Régis, C., Lina, B., Morfin, F., & Vanhems, P. (2016). Hospitalization in double-occupancy rooms and the risk of hospital-acquired influenza: a prospective cohort study. *Clinical Microbiology and Infection*, 22(5), 461.e7–461.e9. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2016.01.010>
- Namazi, K. H., & Johnson, B. D. (1992). Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 7(1), 16–21. <https://doi.org/10.1177/153331759200700105>
- Ni, C.-H., Tsai, W.-H., Lee, L.-M., Kao, C.-C., & Chen, Y.-C. (2012). Minimising preoperative anxiety with music for day surgery patients - a randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5–6), 620–625. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03466.x>
- Nilsson, U, Rawal, N., & Unosson, M. (2003). A comparison of intra-operative or postoperative exposure to music--a controlled trial of the effects on postoperative pain. *Anaesthesia*, 58(7), 699–703. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12886915>
- Nilsson, Ulrica. (2009). Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2153–2161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x>
- Norbeck, J. S. (1985). Perceived job stress, job satisfaction, and psychological symptoms in critical care nursing. *Research in Nursing & Health*, 8(3), 253–259. <https://doi.org/10.1002/nur.4770080307>
- Noskin, G. A., Bednarz, P., Suriano, T., Reiner, S., & Peterson, L. R. (2000). Persistent contamination of fabric-covered furniture by vancomycin-resistant enterococci: Implications for upholstery selection in hospitals. *American Journal of Infection Control*, 28(4), 311–313. <https://doi.org/10.1067/mic.2000.108129>
- Nugteren, W., van der Zalm, Y., Hafsteinsdóttir, T. B., van der Venne, C., Kool, N., & van Meijel, B. (2016). Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(4), 292–300. <https://doi.org/10.1111/ppc.12125>
- O'Hara, S., Klar, R. T., Patterson, E. S., Morris, N. S., Ascenzi, J., Fackler, J. C., & Perry, D. J. (2018). Macrocognition in the Healthcare Built Environment (mHCBE): A Focused Ethnographic Study of “Neighborhoods” in a Pediatric Intensive Care Unit. *HERD: Health Environments Research & Design*

- Journal*, 11(2), 104–123. <https://doi.org/10.1177/1937586717728484>
- Okamoto-Mizuno, K., Tsuzuki, K., & Mizuno, K. (2004). Effects of mild heat exposure on sleep stages and body temperature in older men. *International Journal of Biometeorology*, 49(1). <https://doi.org/10.1007/s00484-004-0209-3>
- Olsen, J. C., & Sabin, B. R. (2003). Emergency Department patient perceptions of privacy and confidentiality. *The Journal of Emergency Medicine*, 25(3), 329–333. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14585467>
- Opal, S. M., Asp, A. A., Cannady, P. B., Morse, P. L., Burton, L. J., & Hammer, P. G. (1986). Efficacy of Infection Control Measures During a Nosocomial Outbreak of Disseminated Aspergillosis Associated with Hospital Construction. *Journal of Infectious Diseases*, 153(3), 634–637. <https://doi.org/10.1093/infdis/153.3.634>
- Oren, I., Haddad, N., Finkelstein, R., & Rowe, J. M. (2001). Invasive pulmonary aspergillosis in neutropenic patients during hospital construction: Before and after chemoprophylaxis and institution of HEPA filters. *American Journal of Hematology*, 66(4), 257–262. <https://doi.org/10.1002/ajh.1054>
- Ortenstrand, A., Westrup, B., Brostrom, E. B., Sarman, I., Akerstrom, S., Brune, T., ... Waldenstrom, U. (2010). The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. *PEDIATRICS*, 125(2), e278–e285. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1511>
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 205(03), 171–176. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144873>
- Parker, F. M., Eisen, S., & Bell, J. (2012). Comparing centralized vs. decentralized nursing unit design as a determinant of stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(4), 66. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n4p66>
- Parmeggiani, P. L. (1987). Interaction between sleep and thermoregulation: an aspect of the control of behavioural states. *SLEEP*, 10, 426–435.
- Parsons, R., & Hartig, T. (2000). Environmental Psychology. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology*. New York: Cambridge University Press.
- Parsons, Russ, Tassinary, L. G., Ulrich, R. S., Hebl, M. R., & Grossman-Alexander, M. (1998). THE VIEW FROM THE ROAD: IMPLICATIONS FOR STRESS RECOVERY AND IMMUNIZATION. *Journal of Environmental Psychology*, 18(2), 113–140. <https://doi.org/10.1006/JEVP.1998.0086>
- Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30(2), 197–206. <https://doi.org/10.1007/s00134-003-2030-6>
- Passweg, J., Rowlings, P., Atkinson, K., Barrett, A., Gale, R., Gratwohl, A., ... Horowitz, M. (1998). Influence of protective isolation on outcome of allogeneic bone marrow transplantation for leukemia. *Bone Marrow Transplantation*, 21(12), 1231–1238. <https://doi.org/10.1038/sj.bmt.1701238>
- Pati, D., Harvey, T. E., Redden, P., Summers, B., & Pati, S. (2015). An Empirical Examination of the Impacts of Decentralized Nursing Unit Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 8(2), 56–70. <https://doi.org/10.1177/1937586715568986>
- Pattison, H. M., & Robertson, C. E. (1996). The effect of ward design on the well-being of post-operative patients. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 820–826. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8675902>
- Pegues, D. A., & Woernle, C. H. (1993). An outbreak of acute nonbacterial gastroenteritis in a nursing home. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 14(2), 87–94. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8440885>
- Persson, E., Anderberg, P., & Kristensson Ekwall, A. (2015). A room of one's own - Being cared for in a hospital with a single-bed room design. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 340–346. <https://doi.org/10.1111/scs.12168>
- Persson, E., & Määttä, S. (2012). To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Carin Sciences*, 26, 663–670. <https://doi.org/10.1111/j.1471->

6712.2012.00976.x

- Peterson, R. F., Knapp, T. J., Rosen, J. C., & Pither, B. F. (1977). The effects of furniture arrangement on the behavior of geriatric patients. *Behavior Therapy, 8*(3), 464–467. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80083-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80083-X)
- Philbin, M. K., & Gray, L. (2002). Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *Journal of Perinatology, 22*(6), 455–460.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., & Perneger, T. V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. *Lancet (London, England), 356*(9238), 1307–1312. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02814-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02814-2)
- Press Ganey inc. (2003). *National satisfaction data for 2003 comparing patients with versus without a roommate.*
- Preston, G. A., Larson, E. L., & Stamm, W. E. (1981). The effect of private isolation rooms on patient care practices, Colonization and infection in an intensive care unit. *The American Journal of Medicine, 70*(3), 641–645. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7211897>
- Qian, H., Li, Y., Seto, W. H., Ching, P., Ching, W. H., & Sun, H. Q. (2010). Natural ventilation for reducing airborne infection in hospitals. *Building and Environment, 45*(3), 559–565. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2009.07.011>
- Radke, R. (1997). Carpet. In S. O. Marberry (Ed.), *Healthcare design*. New York: JohnWiley & Sons.
- Ramos Vieira, E., Freund-Heritage, R., Da Costa, B. R., Vieira, E. R., Freund-Heritage, R., & Da Costa, B. R. (2011). Risk factors for geriatric patient falls in rehabilitation hospital settings: a systematic review. *Clinical Rehabilitation, 25*(9), 788–799. <https://doi.org/10.1177/0269215511400639>
- Ramsey, J., & Kwon, Y. (1988). Simplified decision rules for predicting performance loss in the heat. In *Seminar on Heat Stress Indices* (pp. 333–371).
- Randle, J., Clarke, M., & Storr, J. (2006). Hand hygiene compliance in healthcare workers. *The Journal of Hospital Infection, 64*(3), 205–209. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.06.008>
- Rashid, M., Khan, N., & Jones, B. (2018). Perceptual Effects of Physical and Visual Accessibilities in Intensive Care Units. *Critical Care Nursing Quarterly, 41*(2), 197–214. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000200>
- Real, K., Bardach, S. H., & Bardach, D. R. (2017). The Role of the Built Environment: How Decentralized Nurse Stations Shape Communication, Patient Care Processes, and Patient Outcomes. *Health Communication, 32*(12), 1557–1570. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1239302>
- Real, K., Fay, L., Isaacs, K., Carll-White, A., & Schadler, A. (2018). Using Systems Theory to Examine Patient and Nurse Structures, Processes, and Outcomes in Centralized and Decentralized Units. *HERD: Health Environments Research & Design Journal, 11*(3), 22–37. <https://doi.org/10.1177/1937586718763794>
- Real, K., Santiago, J., Fay, L., Isaacs, K., & Carll-White, A. (2018). The Social Logic of Nursing Communication and Team Processes in Centralized and Decentralized Work Spaces. *Health Communication, 1*–13. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1536940>
- Reiling, J. G., Knutzen, B. L., Wallen, T. K., McCullough, S., Miller, R., & Chernos, S. (2004). Enhancing the traditional hospital design process: a focus on patient safety. *Joint Commission Journal on Quality and Safety, 30*(3), 115–124. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15032068>
- Reynolds, D. M., Johnson, M. H., & Longe, R. L. (1978). Medication delivery time requirements in centralized and decentralized unit dose drug distribution systems. *American Journal of Hospital Pharmacy, 35*(8), 941–943. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/677142>
- Robbins, C. L. (1986). *Daylighting : design and analysis*. New York: Van Nostrand Reinhold. Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/daylighting-design-and-analysis/oclc/802802688?referer=di&ht=edition>
- Rowlands, J., & Noble, S. (2008). How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer

- patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliative Medicine*, 22(6), 768–774. <https://doi.org/10.1177/0269216308093839>
- Rubin, H. R., Owens, A. J., & Golden, G. (1998). Status report (1998): An investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes. *Journal of Healthcare Design*, 10, 11–13. Retrieved from <http://www.healthdesign.org>
- Rutala, W. A., Jones, S. M., Worthington, J. M., Reist, P. C., & Weber, D. J. (1995). Efficacy of portable filtration units in reducing aerosolized particles in the size range of Mycobacterium tuberculosis. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 16(7), 391–398. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7673644>
- Sällström, C., Sandman, P.-O., & Norberg, A. (1987). Relatives' Experience of the Terminal Care of Long-term Geriatric Patients in Open-plan Rooms. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1(3–4), 133–140. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1987.tb00614.x>
- Salonen, H., Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L. D., Morawska, L., & Reijula, K. (2013). Physical characteristics of the indoor environment that affect health and wellbeing in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*, 5(1), 3–25. <https://doi.org/10.1080/17508975.2013.774617>
- Sanderson, P. M., Tosh, N., Philp, S., Rudie, J., Watson, M. O., & Russell, W. J. (2005). The effects of ambient music on simulated anaesthesia monitoring. *Anaesthesia*, 60(11), 1073–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04377.x>
- Särkämö, T., & Soto, D. (2012). Music listening after stroke: beneficial effects and potential neural mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1252(1), 266–281. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06405.x>
- Schnelle, J. F., Ouslander, J. G., Simmons, S. F., Alessi, C. A., & Gravel, M. D. (1993). The nighttime environment, incontinence care, and sleep disruption in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9), 910–914. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8409176>
- Servel, A.-C., & Rideau Batista Novais, A. (2016). Les chambres familiales en néonatalogie : effets sur le nouveau-né prématuré, ses parents et l'équipe soignante. Revue systématique de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 23(9), 921–926. <https://doi.org/10.1016/J.ARCPED.2016.04.022>
- Shepley, M. M., & Davies, K. (2003). Nursing unit configuration and its relationship to noise and nurse walking behavior: An AIDS/HIV unit case study. *AIA Academy Journal*.
- Shepley, Mardelle McCuskey. (2002). Predesign and Postoccupancy Analysis of Staff Behavior in a Neonatal Intensive Care Unit. *Children's Health Care*, 31(3), 237–253. https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3103_5
- Sherertz, R. J., Belani, A., Kramer, B. S., Eifenbein, G. J., Weiner, R. S., Sullivan, M. L., ... Samsa, G. P. (1987). Impact of air filtration on nosocomial Aspergillus infections. Unique risk of bone marrow transplant recipients. *The American Journal of Medicine*, 83(4), 709–718. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3314494>
- Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S., & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning*, 73(2–3), 167–183. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2004.11.013>
- Shiomori, T., Miyamoto, H., Makishima, K., Yoshida, M., Fujiyoshi, T., Udaka, T., ... Hiraki, N. (2002). Evaluation of bedmaking-related airborne and surface methicillin-resistant Staphylococcus aureus contamination. *Journal of Hospital Infection*, 50(1), 30–35. <https://doi.org/10.1053/jhin.2001.1136>
- Shirani, K. Z., McManus, A. T., Vaughan, G. M., McManus, W. F., Pruitt, B. A., & Mason, A. D. (1986). Effects of environment on infection in burn patients. *Archives of Surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 121(1), 31–36. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3942497>
- Shochat1, T., Martin2, J., Marler1, M., & Ancoli-Israel1, S. (2000). Illumination levels in nursing home patients: effects on sleep and activity rhythms. *Journal of Sleep Research*, 9(4), 373–379. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2000.00221.x>
- Simon, M., Maben, J., Murrells, T., & Griffiths, P. (2016). Is single room hospital accommodation associated

- with differences in healthcare-associated infection, falls, pressure ulcers or medication errors? A natural experiment with non-equivalent controls. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(3), 147–155. <https://doi.org/10.1177/1355819615625700>
- Simor, A. E., Williams, V., McGeer, A., Raboud, J., Larios, O., Weiss, K., ... Community and Hospital Infection Control Association–Canada. (2013). Prevalence of Colonization and Infection with Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-Resistant *Enterococcus* and of *Clostridium difficile* Infection in Canadian Hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 34(7), 687–693. <https://doi.org/10.1086/670998>
- Singh, I., & Okeke, J. (2013). Risk of inpatient falls is increased with single rooms. *BMJ*, 347(oct22 6), f6344–f6344. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6344>
- Skoutelis, A., Westenfelder, G., Beckerdite, M., & Phair, J. (1994). Hospital carpeting and epidemiology of *Clostridium difficile*. *American Journal of Infection Control*, 22(4), 212–217. [https://doi.org/10.1016/0196-6553\(94\)90070-1](https://doi.org/10.1016/0196-6553(94)90070-1)
- Slevin, M., Farrington, N., Duffy, G., Daly, L., & Murphy, J. F. (2000). Altering the NICU and measuring infants' responses. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 89(5), 577–581. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10852196>
- Smedley, J., Inskip, H., Trevelyan, F., Buckle, P., Cooper, C., & Coggon, D. (2003). Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(11), 864–869. <https://doi.org/10.1136/oem.60.11.864>
- Smylie, H. G., Davidson, A. I. G., Macdonald, A., & Smith, G. (1971). Ward Design in Relation to Postoperative Wound Infection: Part I. *British Medical Journal*, 1(5740), 67. <https://doi.org/10.1136/BMJ.1.5740.67>
- Soutar, R. L., & Wilson, J. A. (1986). Does hospital noise disturb patients? *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 292(6516), 305. <https://doi.org/10.1136/bmj.292.6516.305>
- Southard, K., Jarrell, A., Shattell, M. M., McCoy, T. P., Bartlett, R., & Judge, C. A. (2012). Enclosed Versus Open Nursing Stations in Adult Acute Care Psychiatric Settings: Does the Design Affect the Therapeutic Milieu? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(5), 28–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20120410-04>
- Southwell, M. T., & Wistow, G. (1995). Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1101–1109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061101.x>
- Spengler, J. D., McCarthy, J. F., & Samet, J. M. (2001). *Indoor air quality handbook*. McGraw-Hill.
- Standley, J. M. (1986). Music research in medical/dental treatment: meta-analysis and clinical applications. *Journal of Music Therapy*, XXII, 56–122.
- Stevens, D. C., Helseth, C. C., Khan, M. A., Munson, D. P., & Reid, E. J. (2011). A Comparison of Parent Satisfaction in an Open-Bay and Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 4(3), 110–123. <https://doi.org/10.1177/193758671100400309>
- Stillier, A., Salm, F., Bischoff, P., & Gastmeier, P. (2016). Relationship between hospital ward design and healthcare-associated infection rates: A systematic review and meta-analysis. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13756-016-0152-1>
- Stolker, J. J., Nijman, H. L. I., & Zwanikken, P.-H. (2006). Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward? *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 282–287. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.05.004>
- Sturdavant, M. (1960a). Intensive nursing service in circular and rectangular units. *Hospitals, JAHA*, 34, 46–48, 71–78.
- Sturdavant, M. (1960b). Intensive Nursing Service in Circular and Rectangular Units. *Hospitals, JAHA*, 34(14), 46–48.
- Talerico, K. A., & Capezuti, E. (2001). Myths and facts about side rails. *The American Journal of Nursing*, 101(7), 43–48. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11469129>

- Tan, K. M., Austin, B., Shaughnessy, M., Higgins, C., McDonald, M., Mulkerrin, E. C., & O’Keeffe, S. T. (2005). Falls in an acute hospital and their relationship to restraint use. *Irish Journal of Medical Science*, 174(3), 28–31. <https://doi.org/10.1007/BF03169144>
- Tang, J. W., Li, Y., Eames, I., Chan, P. K. S., & Ridgway, G. L. (2006). Factors involved in the aerosol transmission of infection and control of ventilation in healthcare premises. *Journal of Hospital Infection*, 64(2), 100–114. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.05.022>
- Tanja-Dijkstra, K., & Pieterse, M. E. (2011). The psychological effects of the physical healthcare environment on healthcare personnel. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006210.pub3>
- Taylor, E., Card, A. J., & Piatkowski, M. (2018). Single-Occupancy Patient Rooms: A Systematic Review of the Literature Since 2006. *Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 85–100. <https://doi.org/10.1177/1937586718755110>
- Teltsch, D. Y., Hanley, J., Loo, V., Goldberg, P., Gursahaney, A., & Buckeridge, D. L. (2011). Infection Acquisition Following Intensive Care Unit Room Privatization. *Archives of Internal Medicine*, 171(1), 32–38. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.469>
- Thatcher, T., & Layton, D. (1995). Deposition, resuspension, and penetration of particles within a residence. *Atmospheric Environment*, 29(13), 1487–1497. [https://doi.org/10.1016/1352-2310\(95\)00016-R](https://doi.org/10.1016/1352-2310(95)00016-R)
- Thomas, B. W., Berg-Copas, G. M., Vasquez, D. G., Jackson, B. L., & Wetta-Hall, R. (2009). Conspicuous vs customary location of hand hygiene agent dispensers on alcohol-based hand hygiene product usage in an intensive care unit. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 109(5), 263–267; quiz 280–281. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19451259>
- Thorne, S. (2019). On the Evolving World of What Constitutes Qualitative Synthesis. *Qualitative Health Research*, 29(1), 3–6. <https://doi.org/10.1177/1049732318813903>
- Topf, M., Bookman, M., & Arand, D. (1996). Effects of critical care unit noise on the subjective quality of sleep. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 545–551. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8876415>
- Topf, M., & Davis, J. E. (1993). Critical care unit noise and rapid eye movement (REM) sleep. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 22(3), 252–258. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8491660>
- Topf, M., & Dillon, E. (1988). Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 17(5), 567–574. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3417467>
- Topf, Margaret, & Thompson, S. (2001). Interactive relationships between hospital patients’ noise-induced stress and other stress with sleep. *Heart & Lung*, 30(4), 237–243. <https://doi.org/10.1067/mhl.2001.116592>
- Trick, W. E., Vernon, M. O., Welbel, S. F., DeMarais, P., Hayden, M. K., Weinstein, R. A., & Chicago Antimicrobial Resistance Project. (2007). Multicenter Intervention Program to Increase Adherence to Hand Hygiene Recommendations and Glove Use and to Reduce the Incidence of Antimicrobial Resistance. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 28(1), 42–49. <https://doi.org/10.1086/510809>
- Trites, D. K., Galbraith, F. D., Sturdavant, M., & Leckwart, J. F. (1970). Influence of Nursing-Unit Design On the Activities and Subjective Feelings of Nursing Personnel. *Environment and Behavior*, 2(3), 303–334. <https://doi.org/10.1177/001391657000200304>
- Trites, D. K., & Green, R. M. (1970). Hospital visiting: the patients’ point of view. *Nursing Outlook*, 18(8), 44–45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5200967>
- Tung, Y.-C., Hu, S.-C., Tsai, T.-I., & Chang, I.-L. (2009). An experimental study on ventilation efficiency of isolation room. *Building and Environment*, 44(2), 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2008.03.003>
- Tvedt, C., & Bukholm, G. (2005). Alcohol-based hand disinfection: a more robust hand-hygiene method in an intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 59(3), 229–234.

- <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2004.10.003>
- Tyson, G. A., Lambert, G., & Beattie, L. (2002). The impact of ward design on the behaviour, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 94–102. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00232.x>
- Uğraş, G. A., & Oztekin, S. D. (2007). Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212(3), 299–308. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592217>
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Ulrich, R S. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design: Proceedings from the ... Symposium on Health Care Interior Design. Symposium on Health Care Interior Design*, 3, 97–109. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10123973>
- Ulrich, Roger S. (1979). Visual landscapes and psychological well-being. *Landscape Research*, 4(1), 17–23. <https://doi.org/10.1080/01426397908705892>
- Ulrich, Roger S. (1981). Natural Versus Urban Scenes. *Environment and Behavior*, 13(5), 523–556. <https://doi.org/10.1177/0013916581135001>
- Ulrich, Roger S., Lundén, O., & Eltinge, J. L. (1993). Effects of exposure to nature and abstract pictures on patients recovering from heart surgery. In *Thirty-third meeting of the society for psychophysiological research*.
- Ulrich, Roger S., Simons, R. F., & Miles, M. A. (2003). Effects of environmental simulations and television on blood donor stress. *Journal of Architectural and Planning Research*, 20(1), 38–47.
- Ulrich, Roger S, & Zhu, X. (2007). Medical complications of intra-hospital patient transports: implications for architectural design and research. *HERD*, 1(1), 31–43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157716>
- Ulrich, Zimring, C., Quan, X., Joseph, A., & Choudhary, R. (2004). Role Of The Physical Environment In The Hospital Of The 21st Century. *Center for Health Design*, 439(September), 69. Retrieved from https://www.healthdesign.org/system/files/Ulrich_Role_of_Physical_2004.pdf
- Ulrich, Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., ... Herndon, M. (2008). *A review of the research literature on evidence-based healthcare design*. *HERD: Health Environments Research & Design Journal* (Vol. 1). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/229984166/fulltextPDF/8CF5C5A5D6F14B20PQ/1?accountid=17215>
- Vaaler, A. E., Morken, G., & Linaker, O. M. (2005). Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(1), 19–24. <https://doi.org/10.1080/08039480510018887>
- van de Glind, I., van Dulmen, S., & Goossensen, A. (2008). Physician–patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 215–219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.004>
- van den Berg, A. E., Hartig, T., & Staats, H. (2007). Preference for Nature in Urbanized Societies: Stress, Restoration, and the Pursuit of Sustainability. *Journal of Social Issues*, 63(1), 79–96. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00497.x>
- van den Berg, A. E., Koole, S. L., & van der Wulp, N. Y. (2003). Environmental preference and restoration: (How) are they related? *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 135–146. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(02\)00111-1](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(02)00111-1)
- van der Linden, V., Dong, H., & Heylighen, A. (2019). Populating Architectural Design: Introducing Scenario-Based Design in Residential Care Projects. *International Journal of Design*, 13(1), 21–36. Retrieved from www.ijdesign.org
- van der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the

- physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 202(2), 142–149. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118422>
- van Leeuwen, M., Bennett, L., West, S., Wiles, V., & Grasso, J. (2001). Patient falls from bed and the role of bedrails in the acute care setting. *The Australian Journal of Advanced Nursing : A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 19(2), 8–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11845709>
- Verderber, S. (1986). Dimensions Of person-Window Transactions in the Hospital Environment. *Environment and Behavior*, 18(4), 450–466. <https://doi.org/10.1177/0013916586184002>
- Vermeersch, P.-W., & Heylighen, A. (2015). Mobilizing Disability Experience to Inform Architectural Practice: Lessons Learned from a Field Study. *Journal of Research Practice*, 11(2). Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=EJ1090060>
- Voigt, J., Mosier, M., & Darouiche, R. (2018). Systematic Literature Review Private Rooms in Low Acuity Settings: A Systematic Review of the Literature. *Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 57–74. <https://doi.org/10.1177/1937586717702597>
- Vonberg, R.-P., & Gastmeier, P. (2005). Isolation of Infectious Cystic Fibrosis Patients: Results of a Systematic Review. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 26(4), 401–409. <https://doi.org/10.1086/502558>
- Voss, J. A., Good, M., Yates, B., Baun, M. M., Thompson, A., & Hertzog, M. (2004). Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. *Pain*, 112(1), 197–203. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.08.020>
- Wagenaar, C. (2006). *The architecture of hospitals*. NAI Publishers.
- Wakamura, T., & Tokura, H. (2001). Influence of bright light during daytime on sleep parameters in hospitalized elderly patients. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 20(6), 345–351. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11840687>
- Walch, J. M., Rabin, B. S., Day, R., Williams, J. N., Choi, K., & Kang, J. D. (2005). The Effect of Sunlight on Postoperative Analgesic Medication Use: A Prospective Study of Patients Undergoing Spinal Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 156–163. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149258.42508.70>
- Walder, B., Francioli, D., Meyer, J. J., Lançon, M., & Romand, J. A. (2000). Effects of guidelines implementation in a surgical intensive care unit to control nighttime light and noise levels. *Critical Care Medicine*, 28(7), 2242–2247. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10921547>
- Wang, S.-M., Kulkarni, L., Dolev, J., & Kain, Z. N. (2002). Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. *Anesthesia and Analgesia*, 94(6), 1489–1494, table of contents. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12032013>
- Watson, J., DeLand, M., Gibbins, S., MacMillan York, E., & Robson, K. (2014). Improvements in staff quality of work life and family satisfaction following the move to single-family room NICU design. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 14(2), 129–136. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000046>
- Weaver, N., Williams, J. L., Weightman, A. L., Kitcher, H. N., Temple, J. M. F., & Jones, P. (2002). Taking STOX: developing a cross disciplinary methodology for systematic reviews of research on the built environment and the health of the public. *J Epidemiol Community Health*, 56, 48–55. <https://doi.org/10.1136/jech.56.1.48>
- Weiland, T. J., Ivory, S., & Hutton, J. (2017). Managing Acute Behavioural Disturbances in the Emergency Department Using the Environment, Policies and Practices: A Systematic Review. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 647–661. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.4.33411>
- Weinhold, V. B. (1988). *Interior finish materials for health care facilities*. Springfield: Thomas Publisher.
- Whall, A. L., Black, M. E., Groh, C. J., Yankou, D. J., Kupferschmid, B. J., & Foster, N. L. (1997). The effect of natural environments upon agitation and aggression in late stage dementia patients. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12(5), 216–220. <https://doi.org/10.1177/153331759701200506>
- Whitehead, C. C., Polsky, R. H., Crookshank, C., & Fik, E. (1984). Objective and subjective evaluation of psychiatric ward redesign. *American Journal of Psychiatry*, 141(5), 639–644.

<https://doi.org/10.1176/ajp.141.5.639>

- Whitehouse, S., Varni, J. W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M. J., Jacobs, J. R., & Mehlenbeck, R. S. (2001). Evaluating a children's hospital garden environment: utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology, 21*(3), 301–314. <https://doi.org/10.1006/JEVP.2001.0224>
- Wigglesworth, N., & Wilcox, M. H. (2006). Prospective evaluation of hospital isolation room capacity. *Journal of Hospital Infection, 63*(2), 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2006.02.008>
- Williams, A. M., Dawson, S., & Kristjanson, L. J. (2008). Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. *Journal of Clinical Nursing, 17*(12), 1601–1609. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02188.x>
- Williams, C., & Gardiner, C. (2015). Preference for a single or shared room in a UK inpatient hospice: patient, family and staff perspectives: Table 1. *BMJ Supportive & Palliative Care, 5*(2), 169–174. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000514>
- Willmott, M. (1986). The effect of a vinyl floor surface and a carpeted floor surface upon walking in elderly hospital in-patients. *Age and Ageing, 15*(2), 119–120. <https://doi.org/10.1093/ageing/15.2.119>
- Withington, S., Chambers, S. T., Beard, M. E., Inder, A., Allen, J. R., Ikram, R. B., ... Hart, D. N. (1998). Invasive aspergillosis in severely neutropenic patients over 18 years: impact of intranasal amphotericin B and HEPA filtration. *The Journal of Hospital Infection, 38*(1), 11–18. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9513064>
- Wong, L. T., Fong, K. N., Mui, K. W., Wong, W. W., & Lee, L. W. (2009). A field study of the expected desirable thermal environment for older people. *Indoor and Built Environment, 18*(4), 336–345.
- Wong, S., Glennie, K., Muise, M., Lambie, E., & Meagher, D. (1981). An exploration of environmental variables and patient falls. *Dimensions in Health Service, 58*(6), 9–11.
- Wood, V. J., Curtis, S. E., Gesler, W., Spencer, I. H., Close, H. J., Mason, J., & Reilly, J. G. (2013). Creating 'therapeutic landscapes' for mental health carers in inpatient settings: A dynamic perspective on permeability and inclusivity. *Social Science & Medicine, 91*, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.045>
- Wu, Z. (2011). *Evaluation of a sustainable hospital design based on its social and environmental outcomes. PhD diss.*
- Wykes, T. (1982). A hostel-ward for "new" long-stay patients: an evaluative study of "a ward in a house". *Psychological Medicine. Monograph Supplement, 2*, 57–97. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6817358>
- Wyon, D. P., Lidwell, O. M., & Williams, R. E. (1968). Thermal comfort during surgical operations. *Journal of Hygiene and Environmental Health, 66*(2), 229–248.
- Yassi, A., Cooper, J. E., Tate, R. B., Gerlach, S., Muir, M., Trottier, J., & Massey, K. (2001). A randomized controlled trial to prevent patient lift and transfer injuries of health care workers. *Spine, 26*(16), 1739–1746. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11493843>
- Yinnon, A. M., Ilan, Y., Tadmor, B., Altarescu, G., & Hershko, C. (1992). Quality of sleep in the medical department. *British Journal of Clinical Pharmacology, 46*(2), 88–91.
- YoonChang, S. W., Peck, K. R., Kim, O. S., Lee, J. H., Lee, N. Y., Oh, W. S., & Song, J.-H. (2007). Efficacy of Infection Control Strategies to Reduce Transmission of Vancomycin-Resistant Enterococci in a Tertiary Care Hospital in Korea: A 4-Year Follow-Up Study. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 28*(4), 493–495. <https://doi.org/10.1086/513024>
- Zaal, I. J., Spruyt, C. F., Peelen, L. M., van Eijk, M. M. J., Wientjes, R., Schneider, M. M. E., ... Slooter, A. J. C. (2013). Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Medicine, 39*(3), 481–488. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2726-6>
- Zborowsky, T., Bunker-Hellmich, L., Morelli, A., & O'Neill, M. (2010). Centralized vs. Decentralized Nursing Stations: Effects on Nurses' Functional Use of Space and Work Environment. *HERD: Health Environments Research & Design Journal, 3*(4), 19–42. <https://doi.org/10.1177/193758671000300404>

Zhao, B., Yang, C., Chen, C., Feng, C., Yang, X., Sun, L., ... Yu, L. (2009). How Many Airborne Particles Emitted from a Nurse will Reach the Breathing Zone/Body Surface of the Patient in ISO Class-5 Single-Bed Hospital Protective Environments?—A Numerical Analysis. *Aerosol Science and Technology*, 43(10), 990–1005. <https://doi.org/10.1080/02786820903107925>

Zun, L. S., & Downey, L. (2005). The Effect of Noise in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 12(7), 663–666. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.03.533>

Bijlage III Bedragen van het strategisch forfait per bed, plaats of eenheid in het BVR van 14 juli 2017

Tabel A. 2 Bedragen van het strategisch forfait per bed, plaats of eenheid in het BVR van 14 juli 2017

Parameter	SF AZ	SF UZ	SF PZ	SF RZ
Per bed	8.577,38	13.411,90	8.309,62	11.526,89
Per plaats dagziekenhuis	8.577,38	13.411,90	8.309,62	
Per OK-zaal	42.863,22	68.581,15		
IZ (extra per bed)	4.780,26	7.960,33		
NIC (extra per bed)	5.546,27	8.672,34		
Dialyse (per post)	4.995,98	7.993,57		
Verloskwartier (per 100 verlossingen)	2.997,59	2.997,59		
N-functie (per 100 verlossingen)	5.495,58	5.370,68		
Bunker (radiotherapie)	70.965,69	70.965,69		

Bron: Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017, Bijlage 1; SF = strategisch forfait; AZ = algemene ziekenhuizen; UZ = universitaire ziekenhuizen; PZ = psychiatrische ziekenhuizen; RZ = revalidatieziekenhuizen; IZ = intensieve zorgen; NIC = neonatale intensieve zorgen

Tabel A. 3 Bedragen van het strategisch forfait bouwkalender 60-40 per bed, plaats of eenheid in het BVR van 14 juli 2017

Parameter	SF AZ	SF UZ	SF PZ	SF RZ
Per bed	4.484,62	7.012,32	4.423,16	6.040,18
Per plaats dagziekenhuis	4.484,62	7.012,32	4.423,16	
Per OK-zaal	22.410,72	35.857,15		
IZ (extra per bed)	2.499,33	4.162,00		
NIC (extra per bed)	2.899,82	4.534,27		
Dialyse (per post)	2.612,11	4.179,38		
Verloskwartier (per 100 verlossingen)	1.567,27	1.567,27		
N-functie (per 100 verlossingen)	2.873,32	2.808,02		
Bunker (radiotherapie)	37.103,89	37.103,89		

Bron: Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017, Bijlage 1; SF = strategisch forfait; AZ = algemene ziekenhuizen; UZ = universitaire ziekenhuizen; PZ = psychiatrische ziekenhuizen; RZ = revalidatieziekenhuizen; IZ = intensieve zorgen; NIC = neonatale intensieve zorgen

Tabel A. 4 Bedragen van het strategisch forfait bouwkalender 90-10 per bed, plaats of eenheid in het BVR van 14 juli 2017

Parameter	SF AZ	SF UZ	SF PZ	SF RZ
Per bed	7.895,25	12.345,31	7.661,88	10.612,44
Per plaats dagziekenhuis	7.895,25	12.345,31	7.661,88	
Per OK-zaal	39.454,47	63.127,15		
IZ (extra per bed)	4.400,11	7.327,27		
NIC (extra per bed)	5.105,19	7.982,67		
Dialyse (per post)	4.598,67	7.357,88		
Verloskwartier (per 100 verlossingen)	2.759,20	2.759,20		
N-functie (per 100 verlossingen)	5.058,54	4.943,57		
Bunker (radiotherapie)	65.322,05	65.322,05		

Bron: Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017, Bijlage 1; SF = strategisch forfait; AZ = algemene ziekenhuizen; UZ = universitaire ziekenhuizen; PZ = psychiatrische ziekenhuizen; RZ = revalidatieziekenhuizen; IZ = intensieve zorgen; NIC = neonatale intensieve zorgen

Bijlage IV Bedragen van het instandhoudingsforfait per bed, plaats of eenheid in het BVR van 14 juli 2017

Tabel A. 5 Bedragen van het strategisch forfait bouwkalender 90-10 per bed, plaats of eenheid in het BVR van 14 juli 2017

Parameter	SF AZ	SF UZ	SF PZ	SF RZ
Per bed	3.512,23	5.491,85	3.359,01	4.764,77
Per plaats dagziekenhuis	3.512,23	5.491,85	3.359,01	
Per OK-zaal	17.551,44	28.082,30		
IZ (extra per bed)	1.957,40	3.259,56		
NIC (extra per bed)	2.271,06	3.551,11		
Dialyse (per post)	22.260,35	22.260,35		
Verloskwartier (per 100 verlossingen)	1.227,44	1.227,44		
N-functie (per 100 verlossingen)	2.250,31	2.199,16		
Bunker (radiotherapie)	29.058,71	29.058,71		

Bron: Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017; SF=strategisch forfait; AZ=algemene ziekenhuizen; UZ=universitaire ziekenhuizen; PZ=psychiatrische ziekenhuizen; RZ=revalidatieziekenhuizen; IZ=intensieve zorgen; NIC=neonatale intensieve zorgen

Bijlage V Berekeningsmethodiek in het BVR van 14 juli 2017

De berekening van het strategisch forfait vertrekt van het MB van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst (= het MB).

De berekening van de forfaits per parameter vertrekt van het aantal vierkante meter en de bouwplafondprijs per vierkante meter uit het MB. De prijzen per vierkante meter zijn bepaald met de index op 31/12/2006 (1,47849) en worden geïndexeerd naar de bouwindex van 2016 (1,56503). Een omslagsleutel⁷⁰¹ die toegepast wordt in kader van het federaal gedeelte van de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur wordt hierbij ook toegepast op een gedeelte van 40%. De omslagsleutels die in dit kader gehanteerd worden, zijn; 70% voor algemene ziekenhuizen (AZ), 65% voor universitaire ziekenhuizen (UZ) en 95% voor psychiatrische (PZ) en categorale ziekenhuizen (CZ).

De berekening per bed, plaats dagziekenhuis, NIC-bed en N-functie in een AZ is dan als volgt:

$$\text{Bouwplafondprijs} * \frac{1,56503}{1,47849} * 60\% * + \text{Bouwplafondprijs} * \frac{1,56503}{1,47849} * 40\% * 70\%$$

Voor dezelfde parameters in een universitair ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis en categoriaal ziekenhuis is het laatste percentage dan respectievelijk 65%, 95% en 95%.

Voor de parameters operatiekwartier, IZ-bed, MIC-bed, dialysepost, verloskwartier en radiotherapiebunker wordt het 40%-deel volledig genomen. De berekeningswijze van de prijs per vierkante meter voor deze parameters is hetzelfde ongeacht het type van ziekenhuis:

$$\text{Bouwplafondprijs} * \frac{1,56503}{1,47849}$$

Om tot een globaal bouwplafond (= prijs in onderstaande breuken) te komen per parameter wordt – na het uitvoeren van bovenstaande bewerking - het aantal vierkante meter vermenigvuldigd met de aangepaste bouwplafondprijs per vierkante meter.

Het resultaat vormt de basis om tot het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait te komen.

Het strategisch forfait voor elke parameter in een AZ, UZ of CZ wordt als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 10\% \text{ alg K} * 10\% \text{ k boven bouwplaf} * 30\% \text{ herconditionering} + \text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 20\% \text{ roerende investering}}{40}$$

10% alg k = 10% algemene kosten

10% k boven bouwplaf = 10% kosten boven bouwplafond

De laatste term berekent de forfaitaire toeslag voor de eerste roerende medische en niet-medische investeringen. Bij afwezigheid van medische uitrusting in een psychiatrisch ziekenhuis wordt ervan uit

701 Het begrip ‘omslagsleutel’ wordt door de dienst Boekhouding ziekenhuizen van de FOD Volksgezondheid gebruikt in het kader van het Budget van Financiële Middelen (BFM) zowel voor de berekening van de werkingskosten als de investeringslasten die in het BFM aanvaard worden.

gegaan dat de eerste roerende investeringen 8% bedragen. Het strategisch forfait voor elke parameter in een PZ wordt als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 10\% \text{ alg K} * 10\% \text{ k boven bouwplaf} * 30\% \text{ herconditionering} + \text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 8\% \text{ roerende investering}}{40}$$

Het instandhoudingsforfait voor elke parameter in een AZ, UZ of CZ wordt als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 10\% \text{ alg K} * 10\% \text{ k boven bouwplaf} * 60\%}{40}$$

Enkel voor de parameters in een psychiatrisch ziekenhuis bedraagt het laatste percentage niet 60% maar 55% (Uitgaande van een lager aandeel terugkerende roerende investeringen.).

Het instandhoudingsforfait voor elke parameter in een PZ wordt als volgt berekend:

$$\frac{\text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 10\% \text{ alg K} * 10\% \text{ k boven bouwplaf} * 55\%}{40}$$

Het strategisch forfait voor bouwkalenderprojecten: dit vervangt het deel dat in het BFM zou worden opgenomen. Het VIPA-deel is reeds gesubsidieerd door de gebruikstoelagen van het principiële akkoord (BVR 18 maart 2011). Voor projecten die voor 60% door VIPA werden gefinancierd, wordt het strategisch forfait als volgt berekend:

$$\frac{\text{strategisch forfait} * 40\% + \text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 10\% \text{ alg K} * 10\% \text{ k boven bouwplaf} * 30\% \text{ herconditionering} * 60\%}{40}$$

Bij de 40% waarvoor nog geen subsidies werden ontvangen, wordt het deel van het forfait voor herconditionering dat gerelateerd is aan het VIPA-gesubsidieerd deel bijgeteld. Dit heeft tot gevolg dat het strategisch forfait in dit geval afwijkt van de loutere toepassing van 40% op het strategisch forfait aan 100%. Voor projecten die voor 10% door VIPA werden gefinancierd wordt het strategisch forfait als volgt berekend:

$$\frac{\text{strategisch forfait} * 90\% + \text{prijs} * 21\% \text{ BTW} * 10\% \text{ alg K} * 10\% \text{ k boven bouwplaf} * 30\% \text{ herconditionering} * 10\%}{40}$$

Bij de 10% waarvoor nog geen subsidies werden ontvangen, wordt het deel van het forfait voor herconditionering dat gerelateerd is aan het VIPA-gesubsidieerd deel bijgeteld. Dit heeft tot gevolg dat het strategisch forfait in dit geval afwijkt van de loutere toepassing van 90% op het strategisch forfait aan 100%.

Bijlage VI Selectie MARZ-rekeningen

Tabel A. 6 Beschrijving van de geselecteerde rekeningen van klasse 2 (materieel vast activa) volgens de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen (MARZ⁷⁰²) en het investeringstype waaraan ze zijn toegewezen in de analyses

Rekening	Beschrijving rekening en subrekening	Type investering
22	Terreinen en gebouwen	..1
	220 Terreinen	-
	221 Gebouwen	Herallocatie ²
	222 Bebouwde terreinen	-
	223 Overige zakelijke rechten op onroerende goederen	Herallocatie
	224 Grote herstellingswerken en groot onderhoud	Groot onderhoud
	225(0) Inrichting van de gebouwen	Groot onderhoud
	[2251 Herconditioneringswerken	Herallocatie
	2252 Investerings gerealiseerd in het kader van duurzame ontwikkeling	Herallocatie
	2253 Andere inrichting van de gebouwen] ³	Groot onderhoud
23	Materieel voor medische uitrusting	Medisch materieel
24	Materieel voor niet-medische uitrusting en meubilair	Niet-medisch materieel
	240 Meubilair	Niet-medisch materieel
	241 Materieel	Niet-medisch materieel
	242 Rollend materieel	Niet-medisch materieel
	243 Materieel en meubilair voor informatieverwerking	Niet-medisch materieel – IT
25	Vaste activa in huurfinanciering of op grond van soortgelijke rechten	..1
	250 Oprichtingskosten	-
	2500 Kosten van oprichting en inbreng	-
	2502 Overige oprichtingskosten	-
	2503 Intercalaire intresten	-
	2504 Herstructureringskosten	-
	251 Immateriële vaste activa	-
	2510 Immateriële vaste activa software	-
	2511 Andere immateriële vaste activa	-

702 Volgens het koninklijk besluit tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel voor de ziekenhuizen van 14/08/1987.

	252 Terreinen en gebouwen	-
	2520 Terreinen	-
	2521 Gebouwen	Herallocatie
	2522 Bebouwde terreinen	-
	2523 Overige zakelijke rechten op onroerende goederen	(niet gebruikt in dataset)
	2524 Grote herstellingswerken en groot onderhoud	Groot onderhoud
	2525(0) Inrichting van de gebouwen	Groot onderhoud
	[25251 Herconditioneringswerken	Herallocatie
	25252 Investerings gerealiseerd in het kader van duurzame ontwikkeling	Herallocatie ²
	25253 Andere inrichting van de gebouwen ²	Groot onderhoud
	253 Materieel voor medische uitrusting	Medisch materieel
	254 Materieel voor niet-medische uitrusting en meubilair	Niet-medisch materieel
	2540 Meubilair	Niet-medisch materieel
	2541 Materieel	Niet-medisch materieel
	2542 Rollend materieel	Niet-medisch materieel
	2543 Materieel en meubilair voor informatieverwerking	Niet-medisch materieel – IT
	256 Andere materieel vaste activa	-
	2560 Reserve-uitrusting	-
	2561 Overige	-
	257 Materiele vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	-
	2570 Vaste activa in aanbouw	-
	2571 Vooruitbetalingen	-
26	Andere materiele vaste activa	-
	260 Reserve-uitrusting	-
	261 Overige	-
27	Materiele vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	-
	270 Vaste activa in aanbouw	-
	271 Vooruitbetalingen	-

1 Als er een hoofdrekening (bv. rekening 22) het label ‘-’ bevat wilt dit zeggen dat deze rekening niet gebruikt werd door de ziekenhuizen in de dataset, maar wel de corresponderende subrekeningen (bv. 221, 222, ...); 2 Enkel de investeringen die niet gerelateerd zijn aan een nieuwbouwproject worden toegewezen aan “herallocatie”; 3 KB 2012-07-01/07, art. 1, 006 (vanaf 01-01-2012).

Enkele rekeningen zijn niet toegewezen omdat ze gerelateerd zijn aan investeringen die toebehoren aan het strategisch forfait, waarvoor een aparte gegevensverzameling is uitgevoerd. Dit geldt onder andere voor de vaste activa in aanbouw en de aanloopkosten (indien aanloopkosten mee opgenomen zijn in het bedrag voor de nieuwbouw (rekening 221), worden deze eveneens via de opgegeven nieuwbouwindicator uit de analyse voor het instandhoudingsforfait gehaald).

Ook de financiële lasten werden niet opgenomen in de berekening van de kosten voor investeringen die onder het instandhoudingsforfait vallen. Gezien deze lasten sterk samenhangen met het project waarmee ze verbonden zijn, de conjunctuur, de financiële gezondheid van het ziekenhuis en de geldende regelgeving (bv. wegvallen waarborg) is een vergelijking van de historische boekhoudkundige gegevens in de opvraagperiode moeilijk interpreteerbaar en hierdoor weinig waardevol.

Rekening 23 werd slechts gebruikt door vier ziekenhuizen in de opvraagperiode. Twee hiervan hadden een totale aanschaffingswaarde van meer dan 2 miljoen. Voor één hiervan kon via de opmerkingen achterhaald worden dat dit grotendeels over infrastructuurinvesteringen ging, waardoor deze rekening meegenomen werd in de analyse. De investeringen op rekening 26 werden buiten beschouwing gelaten gezien deze doorgaans worden overgeboekt op een andere rekening eenmaal deze investeringen in gebruik genomen worden.

Tot slot werden voor de rekening 225 (Inrichting van gebouwen) extra analyses uitgevoerd omdat deze verder is opgesplitst sinds 2012. Voor de rekeningen 225, 2250 en 2525 werd de assumptie nagegaan of investeringen die hierop geboekt zijn na 2012 gelijk mogen gesteld worden aan 2253 (Inrichting van gebouwen). Op basis van de waarderingsregels opgegeven in de bevraging (Stap 1 in de enquête), een eventuele beschrijving bij de opgegeven FINHOSTA detailgegevens (Stap 2 in de enquête) en de vergelijking van de bedragen op deze rekeningen met de opgegeven bedragen voor herconditionering (Stap 3.2 in de enquête) werd afgeleid of deze bedragen al dan niet onder herconditionering (2251) thuishoorden. De rekening 2251/25251 bevat voor vijf ziekenhuizen investeringen met investeringsjaar tussen 2008-2010. Hiervoor veronderstellen we dat deze na de invoering van deze rekening zijn overgeboekt op deze rekening. Op een overlegmoment met leden van de sector bleek dat de rekening 2252 (Investeringen gerealiseerd in het kader van duurzame ontwikkeling) niet veel gebruikt wordt in de boekhouding en dat deze op dezelfde wijze als onroerend beschouwd kan worden.

Tabel A. 7 Beschrijving van de geselecteerde MARZ-rekeningen van klasse 6 (lasten) en het type investering waaraan ze zijn toegewezen in de analyses.

Rekening	Beschrijving rekening en subrekening	Type investering
610	Huur, huurlasten en schulden voor erfpacht	.. ²
	6102 Terreinen en gebouwen	Herallocatie
	6103 Materieel voor medische uitrusting	Medisch materieel
	6104 Materieel voor niet-medische uitrusting en meubilair	.. ²
	61040 Meubilair	Niet-medisch materieel
	61041 Materieel	Niet-medisch materieel
	61042 Rollend materieel	Niet-medisch materieel

	61043 Materieel en meubilair voor informatieverwerking	Niet-medisch materieel - IT
6361 (AZ/PZ)	Voorziening voor grote herstellingswerken en grote onderhoudswerken – Besteding en terugneming (-)	Groot onderhoud
61311 ¹ (1 AZ/PZ)	Onderhoud en herstellingen van onroerende goederen – Andere prestaties	Groot onderhoud
61321 (PZ)	Onderhoud en herstellingen van onroerende goederen bij bestemming – Andere prestaties	Groot onderhoud
61301 (2 PZ)	Onderhoud en herstellingen van terreinen en omgeving – Andere prestaties	Groot onderhoud
6371 ¹ (1 AZ)	Voorzieningen voor andere risico's en kosten – Besteding en terugneming	Groot onderhoud

¹ Indien een ziekenhuis een andere rekening dan 6361 gebruikt voor de besteding van voorzieningen voor groot onderhoud, werd deze enkel voor dat ziekenhuis mee opgenomen. Indien er geen getal bij AZ/PZ vermeld wordt, werd de rekening gebruikt door meer dan 2 AZ/PZ.

² Deze rekeningen bevatten regelmatig de som van de subrekeningen. Om dubbeltelling te vermijden, werden deze dus niet meegenomen.

In de antwoorden aangeleverd door de algemene ziekenhuizen, werden regelmatig ook rekeningen 753 en 740 (respectievelijk “Kapitaal- en intrestsubsidies” en “Bedrijfssubsidies”) opgegeven. Echter bij navraag bij enkele ziekenhuizen bleken deze rekeningen nooit gebruikt te worden voor de besteding van een voorziening, maar werden deze opgegeven omdat ze als suggestie stonden opgenomen in de bevraging. Onderhoudskosten kunnen ook in de rekeningen 6 opgenomen worden (zie Bijlage VII). Omdat kleine onderhoudswerken (ook geboekt op rekeningen 61) niet tot het instandhoudingsforfait horen, worden slechts enkele specifieke rekeningen 61 meegenomen in de analyses (zie Bijlage VII).

Bijlage VII Groot onderhoud: verschillende boekingsmethoden

Groot onderhoud wordt doorgaans via een van **drie methoden** in de boekhouding opgenomen:

1. Activeren via rekening 224 (Grote herstellingswerken en groot onderhoud)
2. Direct in kost nemen (bv. via rekening 613XX) in het jaar van de uitgave
3. Aanleg van een voorziening (via rekening 6360) en terugname van deze voorziening op het moment dat de uitgave zich realiseert (via rekening 6361 (Voorzieningen voor grote herstellingswerken en grote onderhoudswerken – Besteding en terugnemings)) en de overeenstemmende rekening 613XX).

Afhankelijk van de gekozen methode, zijn andere verwerkingen van de gegevens noodzakelijk. We hadden de **onderstaande drie bronnen** om de gekozen methode en de nodige verwerking te beoordelen.

Ten eerste, het antwoord⁷⁰³ op de boekingsregelvraag (in Stap 1 van de enquête). De standaardregel die in de enquête werd opgegeven en waarop het ziekenhuis afwijkingen kon opgeven is:

- AZ: “Activeren vanaf minimumbedrag (bepaald in vorige vraag) op rekening 224 (10 jaar) en boeken op de kostenplaats waar het onderhoud betrekking op heeft.”
- PZ: “Tot 2015: Activeren vanaf minimumbedrag (in vorige vraag) op rekening 224 Groot onderhoud, op de kostenplaats waar het onderhoud betrekking op heeft. 2016-2017: via kostenrekeningen 61311 en 61321 (Groot onderhoud onroerend⁷⁰⁴), op de betrokken kostenplaats”. De aanpassingen van deze regel voor de enquête voor de PZ ten opzichte van degene voor de AZ kwam er in de pilootfase van de bevraging voor de PZ, waarin bleek dat dit de gebruikelijke boekingsmethode was.

Ten tweede, de gegevens op de rekening 224.

Ten derde, de opgegeven rekeningen 6 (in Stap 1 van de enquête) en eventuele opmerkingen hierbij. De rekeningen die expliciet werden opgevraagd zijn hieronder weergegeven, maar een ziekenhuis was vrij om alle⁷⁰⁵ (of meer) rekeningen 6 op te geven indien dit eenvoudiger was.

- AZ: “Rekening 6361/662/762/753 (enkel degene waarop u uw besteding van uw voorzieningen boekt)”. Indien het ziekenhuis een andere rekening gebruikt voor de besteding van een voorziening, werd gevraagd deze op te geven (zie Bijlage VI voor deze extra rekeningen).
- PZ: “Rekening 6361 en rekeningen 61311 en 61321 (onderhoud onroerend)”. Indien het ziekenhuis een andere rekening gebruikt voor de besteding van een voorziening, werd gevraagd deze op te

703 Idealiter zouden de antwoorden hierop perfect moeten overeenkomen met de informatie uit de andere twee bronnen. Bijvoorbeeld, indien een ziekenhuis aangeeft in stap 1 dat ze groot onderhoud enkel boekt op de rekening 224, zouden er geen rekeningen 6 opgegeven mogen zijn met betrekking tot groot onderhoud. Echter, dit was niet altijd het geval. Er werd in deze gevallen telkens een beoordeling gemaakt op basis van de grootte van de bedragen, het aantal ziekenhuizen waarvoor een inconsistentie gold en het principe om zoveel mogelijk de antwoorden van de ziekenhuizen op deze vraag te volgen.

704 Volledige naam rekening: 61311 (Onderhoud en herstellingen van onroerende goederen – Andere prestaties) en 61321 (Onderhoud en herstellingen van onroerende goederen bij bestemming – Andere prestaties).

705 In dit geval namen we enkel de specifiek opgevraagde rekeningen mee en eventuele extra rekeningen vermeld in het antwoord op de boekingsregel. De rekeningen 662/762/753 kwamen bij het opstellen van de bevraging naar boven, maar bleken achteraf geen relevante rekeningen te zijn voor de berekeningen en werden dus niet mee opgenomen.

geven (zie Bijlage VI). De expliciete extra bevraging van de twee rekeningen 613XX werd eveneens gesuggereerd in de pilootfase van de bevraging voor de PZ.

Hieronder worden de **drie methoden besproken**, samen met de beslissing rond de verwerking (onderlijnd) en de motivering voor deze beslissing op basis van de bovenstaande drie informatiebronnen.

De eerste methode is de meest gebruikelijke methode, zeker tot 2015, en vraagt geen extra toelichting voor de verwerking in de berekening. Rekening 224 (althans het gedeelte met nieuwbouwcode "REST") wordt dus voor alle jaren voor alle ziekenhuizen meegenomen. De wijziging vanaf 2016 is het gevolg van een wijziging in de financiering. Voor 2016 konden ziekenhuizen immers hun groot onderhoud via de afschrijvingen (op reële basis) opnemen in het budget van financiële middelen. Vanaf 2016 vallen nieuwe investeringen onder het instandhoudingsforfait. Omdat deze investeringen niet langer op reële basis gefinancierd worden, is er minder stimulans om deze werken te activeren en worden ze al vlugger direct in kost genomen (zie methode 2). We geven hieronder voor beide types ziekenhuizen aan waarom de keuze voor de opname van rekening 24 over de volledige periode verantwoord is.

- AZ: Er waren 32 algemene ziekenhuizen (n=36) die aangaven groot onderhoud te activeren. Drie ziekenhuizen gaven expliciet aan ook met provisies te hebben gewerkt in de opvraagperiode.⁷⁰⁶
- PZ: Dertien ziekenhuizen hebben aangegeven dat ze niet afweken van de standaard. Voor deze ziekenhuizen konden we ervan uitgaan dat ze (volledig of grotendeels) vanaf 2015/2016 de rekening 613XX hebben gehanteerd voor groot onderhoud.⁷⁰⁷ Negen ziekenhuizen gaven aan af te wijken. De gegevens van deze ziekenhuizen werden in detail geanalyseerd. Voor twee ziekenhuizen bleek het voldoende om bijkomend rekening 61301 (Onderhoud en herstellingen van terreinen en omgeving – Andere prestaties) mee op te nemen.⁷⁰⁸ Zeven ziekenhuizen gaven aan hun groot onderhoud ook in de laatste jaren nog op de rekening 224/2524 te boeken. Voor vijf van deze ziekenhuizen waren de rekeningen 61311 en 61321 ofwel leeg voor de periode 2015-2017 (n=3) ofwel bevatten ze kleine bedragen (n=2, < € 3.000) en konden deze ziekenhuizen dus op eenzelfde manier verwerkt worden als degene die de standaard volgen. Twee ziekenhuizen hadden voor de laatste drie jaren wel nog aanzienlijke kosten geboekt (> € 50.000) en was het dus niet duidelijk of er met een combinatie van 2-rekeningen en de twee rekeningen 61311 en 61321 wordt gewerkt. Omwille van consistentie hebben we de bedragen op de twee kostenrekeningen voor deze ziekenhuizen eveneens meegenomen.

De tweede methode is minder courant, zeker voor 2015. Dit is niet onlogisch omdat het duurzame karakter van een groot onderhoud investering meestal leidt tot een activering. Echter, door de gewijzigde financiering (zie eerder) wordt er in de jaren 2015-2017 meer gebruik gemaakt van deze methode.

706 Eén ziekenhuis activeert bovendien pas vanaf een bedrag van € 25.000 vanaf 2017. Gezien dit slechts geldt voor het laatste jaar van de opvraagperiode is de impact hiervan op de analyse beperkt.

707 Ondanks het volgen van de standaard zien we bij deze ziekenhuizen ook nog investeringen terugkomen op rekening 224/2524 in de jaren 2015-2017. We merken dus een gemengd gebruik van de rekeningen 2 en de rekeningen 61311 en 61321 voor groot onderhoud. Gezien de bedragen op de rekeningen 2 duidelijk deel uitmaken van het instandhoudingsforfait worden voor deze ziekenhuizen alle rekeningen 2 meegenomen die worden toegewezen aan investeringstype "groot onderhoud" (Bijlage VI) voor de volledige opvraagperiode. Daarboven worden voor de jaren 2015, 2016, 2017 ook de rekeningen 61311 en 61321 meegenomen.

708 1 PZ gaf aan zowel de rekeningen 613XX te gebruiken als de rekeningen 2. Gezien er echter onvoldoende onderscheid kon gemaakt worden welke van alle opgegeven rekeningen 613 voor "klein onderhoud" gebruikt werden, werden voorzichtigshalve enkel de rekeningen 61301, 61311 en 61321 meegenomen voor de jaren 2015-2017.

Voor de verwerking van de gegevens geeft dit echter de volgende vragen:

4. Welke rekeningen 6 mogen als equivalent van rekening 224 beschouwd worden vanuit het perspectief van de opname in het instandhoudingsforfait en voor welke jaren mogen we deze mee opnemen?

- AZ: In tegenstelling tot de psychiatrische ziekenhuizen, werd deze methode niet mee opgenomen in de standaardboekingsregel die bevestigd werd. We bekijken dus de afwijkingen op de standaardregel bij de algemene ziekenhuizen apart. Voor één ziekenhuis nemen we de rekening 61311 mee (gebruikt in investeringsjaren 2013-2015 en zonder corresponderende rekening 6361) wegens expliciete vermelding. Uit consistentie met de gegevens van de psychiatrische ziekenhuizen en op basis van de antwoorden van de algemene ziekenhuizen nemen we voor de andere zeven ziekenhuizen met een uitzondering of met extra opgegeven rekeningen 613XX, de drie voormelde rekeningen 613XX mee vanaf 2015. Twee ziekenhuizen hiervan gaven aan in 2016 en 2017 groot onderhoud direct in kost te nemen. We veronderstellen dat dit gebeurd is via de rekeningen 61301, 61311, 61321 en nemen deze rekeningen dus mee voor deze jaren.⁷⁰⁹ Bij de vijf andere ziekenhuizen konden we een grotere set van 61-rekeningen dan gevraagd terugvinden, waarbinnen we de drie rekeningen 613XX konden afzonderen. Deze ziekenhuizen hadden geen rekening 6361.
- PZ: We nemen rekeningen 61301, 61311, 61321 mee voor jaren 2015-2017. In de pilootfase bleek dat de rekeningen 61311, 61321 gebruikt worden voor het direct in kosten nemen van uitgaven voor groot onderhoud vanaf 2015/2016. Uit de antwoorden op de boekingsregel kwam eveneens voor twee ziekenhuizen ook rekening 61301 naar boven (zie eerder).

5. Zijn de kosten op deze rekeningen 6 verbonden aan een nieuwbouw (AZ/PZ)?

Bij geen enkele van de opgenomen 6- en 7-rekeningen werd gevraagd om aan elke kost de code "REST" of "NB_" te koppelen. Dit was nodig om op die manier kosten voor nieuwbouw te onderscheiden van andere kosten die gemaakt waren met het oog op het instandhouden van de infrastructuur. Dit impliceert dat we niet in staat waren om kosten gerelateerd aan de besteding van een voorziening voor groot onderhoud of het direct in kost nemen van kosten voor groot onderhoud die betrekking hebben op nieuwbouw af te zonderen van de kosten die gemaakt werden met het oog op het instandhouden van de infrastructuur. Dit probleem doet zich echter niet zo sterk voor bij de rekeningen 6 die toegewezen worden aan investeringstype "groot onderhoud", omdat groot onderhoud sowieso geen nieuwbouw is. Bij de rekeningen 6 gerelateerd aan huurlasten is dit probleem groter. We houden met dit alles rekening bij de presentatie van de resultaten en beschouwen dus alles als type "REST".

De derde methode wordt omwille van de redenen hierboven aangehaald ook meer gebruikt vanaf 2015. Voor de verwerking van de gegevens geeft dit echter de volgende moeilijkheden:

1. De aanleg van een voorziening gebeurt op basis van een onderhoudsplan, in principe op 10 jaar. De rekening 6361 geeft de besteding/terugname van zodra de kosten voor groot onderhoud zich gerealiseerd hebben, maar geeft niet noodzakelijk de gerealiseerde kost weer. Idealiter zouden we dus in plaats van de rekening 6361, de rekening 613X meenemen waarop de effectieve kost geboekt is. Het opnemen van de rekening 6361 kan dus een onderschatting met zich meebrengen (indien de effectieve kost groter was dan de terugname van het aangelegde bedrag van de voorziening).

709 Gezien deze twee ziekenhuizen in dezelfde jaren eveneens een rekening 6361 hadden, wordt deze laatste niet meegenomen om dubbel telling te vermijden.

- AZ: Gezien het in de fase van de enquête voor de algemene ziekenhuizen niet duidelijk was of er een 6-rekening was die ondubbelzinnig gebruikt werd om groot onderhoud in kost te nemen (al dan niet via een voorziening), werd rekening 6361 als proxy voor dergelijke kosten gebruikt. Slechts zeven ziekenhuizen hebben deze rekening gebruikt in de opvraagperiode.⁷¹⁰ Drie van deze ziekenhuizen hebben eveneens een rekening 613XX opgegeven, waarvan twee reeds in methode 2 beschreven zijn. Voor deze ziekenhuizen nemen we dus enkel de rekeningen 613XX mee.⁷¹¹ Voor de andere vier nemen we de rekening 6361 mee (terugnages per jaar) in de volledige opvraagperiode.
- PZ: Zeven psychiatrische ziekenhuizen hebben deze rekening 6361 minstens één keer gebruikt in de opvraagperiode. Deze bedragen komen terecht op de ondersteunende diensten, therapie en de zorggroepen “basis volledige hospitalisatie kind”, “basis volledige hospitalisatie volwassenen” en “basis daghospitalisatie volwassenen”. Echter, slechts één ziekenhuis gebruikte deze rekening voor 2015, maar gezien dit ziekenhuis in deze periode eveneens rekening 61311 en 61321 gebruikte, kunnen we stellen dat we rekening 6361 niet opnemen voor de periode 2008-2014. Voor de periode 2015-2017 is de situatie echter minder eenduidig. Van de zeven ziekenhuizen die rekening 6361 in die periode hebben gebruikt, hebben slechts drie ziekenhuizen de overeenkomstige rekening 61311/61321 gebruikt. Voor deze ziekenhuizen nemen we enkel de rekening 61311/61321 mee om dubbeltelling te vermijden. Voor de andere vier ziekenhuizen nemen we de rekening 6361 mee (vanaf 2015).

2. Zijn de kosten op deze rekeningen 6 verbonden aan een nieuwbouw (AZ/PZ)?

Hier geldt dezelfde redenering als beschreven bij methode 2.

Merk op dat de voorzieningen niet meegenomen worden in de controles op het instandhoudingsforfait in het kader van de staatssteun en de reservebepaling, die vanuit het VIPA op regelmatige basis zullen gebeuren, maar wel de overeenstemmende kosten.⁷¹²

We hebben in dit rapport omwille van inhoudelijke redenen nog enkele andere rekeningen 2 additioneel aan het type “groot onderhoud” toegewezen zoals aangegeven in Bijlage VI.

Voor toekomstige bevragingen nemen we de volgende inzichten mee om de investeringen en/of kosten voor groot onderhoud goed in kaart te kunnen brengen:

- Opvragen van de 224 rekening
- Opvragen van de rekeningen 613XX met betrekking tot groot onderhoud, met volgende aandachtspunten:
 - De rekening mag enkel “groot onderhoud” bevatten en geen “klein onderhoud”
 - Het bedrag mag geen betrekking hebben op kosten gerelateerd aan een nieuwbouw

710 Dit zijn tien ziekenhuizen als we de niet-ziekenhuisactiviteiten erbij nemen. Eén ziekenhuis heeft bovendien geen gegevens voor de volledige opvraagperiode opgegeven. Voor dit ziekenhuis veronderstellen we dus dat het opgegeven bedrag op rekening 6361 het enige bedrag op deze rekening is in de opvraagperiode.

711 Het derde ziekenhuis gaf niet expliciet aan met rekening 613XX te werken voor uitgaven voor groot onderhoud. Echter, omwille van consistentie met de andere ziekenhuizen die zowel rekening 613XX hebben als rekening 6361, behandelen we dit ziekenhuis gelijk aan de twee andere.

712 Boekhoudkundige verwerking instandhoudingsforfait en strategisch forfait, Controle in functie van VIPA & Vlaamse subsidieregeling, Nota VIPA, juli 2019.

Dit laatste punt heeft als gevolg dat er mogelijks moet gestimuleerd worden om de identificatie van bovenstaande aspecten in de boekhouding zo eenvoudig mogelijk te maken in de toekomst.

Tot slot komen we nog terug op het minimumbedrag aangegeven in de standaard (“...Activeren vanaf minimumbedrag (bepaald in vorige vraag)”). We gaven € 250 als minimumbedrag mee, hoewel hier geen wettelijk minimum voor bestaat en dit eerder als een richtlijnbedrag kan gezien worden. Al dan niet activeren hangt in de praktijk immers ook af van andere factoren dan van de grootte van het bedrag (bv. de aard van het project waartoe de investering behoort, het duurzaam karakter van de investering). Op basis van de antwoorden concludeerden we dat er verschillende aanpakken zijn, maar dat de verschillen van dien aard zijn dat we inschatten dat ze de resultaten beperkt beïnvloeden. Zo gaven binnen de algemene ziekenhuizen 31 ziekenhuizen aan de standaard te volgen, hoewel het minimumbedrag zelf regelmatig afweek. De twee meest voorkomende afwijkingen waren € 500 en € 1.000 als richtbedragen. Slechts één ziekenhuis had een sterk afwijkend bedrag van € 25.000. Zes ziekenhuizen gaven ook expliciet aan niet met een vast activeringsbedrag te werken, maar te activeren op basis van de levensduur (duurzaam karakter), de waarde van het project waarbinnen de investering valt of het type investering (bv. alle grote onderhoudswerken). Binnen de psychiatrische ziekenhuizen gaven 13 psychiatrische ziekenhuizen (60%) aan de standaard te volgen. De resterende negen psychiatrische ziekenhuizen gebruiken een richtbedrag tussen € 300 en € 1.250.

Bijlage VIII Toewijzing kostenplaatsen aan parameters

Tabel A. 8 toont de toewijzing van de kostenplaatsen aan de parameters in de huidige situatie en de voorgestelde situatie. Naast de huidige parameters worden nog enkele extra kostenplaatsgroepen bijgevoegd om ook de kost weer te geven van infrastructuur die momenteel niet in de parameters is opgenomen (bv. consultaties). De parameter ondersteunend wordt apart opgenomen, gezien deze in de resultaten ook apart wordt geanalyseerd. De tabel toont de toewijzingen voor de analyse van de algemene ziekenhuizen en toont tussen haakjes de toewijzing voor de analyse van de psychiatrische ziekenhuizen als deze verschilt. Heel wat kostenplaatsen zijn niet aanwezig in de dataset van de psychiatrische ziekenhuizen (bv. operatiekwartier). Deze worden in de derde kolom aangegeven met "n.a.".

Tabel A. 8 Toewijzing FINHOSTA kostenplaatsen aan parameters

KP ¹	Kostenplaatsnaam (o.b.v. FINHOSTA Brochure bijlage 2018)	Huidige parameters AZ (PZ)	Voorstel parameters AZ (PZ)
0	Afschrijvingen	Ondersteunend	Ondersteunend
10	Financiële lasten	Niet opgenomen	Niet opgenomen
13	Intresten op kaskredieten	Niet opgenomen	Niet opgenomen
14	Andere	Ondersteunend	Ondersteunend
20	Algemene onkosten	Ondersteunend	Ondersteunend
22	Brandbeveiliging	Ondersteunend	Ondersteunend
23	Ophaling en behandeling van afvalstoffen	Ondersteunend	Ondersteunend
24	<i>Algemene onkosten</i>	Ondersteunend	Ondersteunend
30	Onderhoud	Ondersteunend	Ondersteunend
40	Verwarming	Ondersteunend	Ondersteunend
50	Administratie	Ondersteunend	Ondersteunend
51	Informatieverwerking	Ondersteunend	Ondersteunend
52	<i>Administratie</i>	Ondersteunend	Ondersteunend
60	Wasserij - Linnen	Ondersteunend	Ondersteunend
70	Voeding	Ondersteunend	Ondersteunend
71	Dieet	Ondersteunend	Ondersteunend
80	Internaat	Ondersteunend	Ondersteunend
90	Medische kosten	Ondersteunend	Ondersteunend
91	Directie nursing + middenkader	Ondersteunend	Ondersteunend
92	Ziekenhuishygiëne	Ondersteunend	Ondersteunend
93	Intern ziekenhuisvervoer	Ondersteunend	Ondersteunend
94	<i>Medische kosten</i>	Ondersteunend	Ondersteunend
100	Klooster	Niet opgenomen	Niet opgenomen

110	Eredienst	Ondersteunend	Ondersteunend
120	Mortuarium	Ondersteunend	Ondersteunend
130	Functionele readaptatie (ten laste van de verpleging)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Therapie)
139	Ontspanningstherapie	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Therapie)
140	Medisch secretariaat	Ondersteunend	Ondersteunend
141	Gecentraliseerde medische archieven	Ondersteunend	Ondersteunend
142	Morbiditeitdossiers - M.K.G.	Ondersteunend	Ondersteunend
143	<i>Medisch secretariaat</i>	Ondersteunend	Ondersteunend
150	Spoedgevallen	Ondersteunend	Spoed (Ondersteunend)
151	Wachtdienst	Ondersteunend	Spoed (Ondersteunend)
152	M.U.G.	Ondersteunend	Spoed (n.a.)
160	Sterilisatie	OKA	CSA (n.a.)
170	Anesthesie	OKA	OKA (n.a.)
180	Operatiekwartier	OKA	OKA (n.a.)
181	Gipskamer	OKA	OKA (n.a.)
182	<i>Operatiekwartier</i>	OKA	OKA (n.a.)
190	Bloedbank	Ondersteunend	Labo (n.a.)
200	B - Dienst voor TBC-behandeling (mag niet meer gebruikt worden)	Niet opgenomen – n.a. in AZ	Niet opgenomen
210	C - Dienst voor diagnose en heekkundige behandeling	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
219	C - Hartchirurgie	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
220	D - Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
230	E - Dienst voor kindergeneeskunde	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
239	E - Ziekenhuisdienst voor diagnose of preventieve behandeling van wiegendood	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
240	H - Dienst voor gewone verpleging (mag niet meer gebruikt worden)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
250	L - Dienst voor besmettelijke aandoeningen	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
260	M - Kraamdienst (hospitalisatie-eenheden)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
261	M - Bevallingskwartier	Verloskwartier	Verloskwartier (n.a.)
262	N* - Dienst voor niet-intensieve neonatale zorgen (niet	N*-functie	N*-functie (n.a.)

	gebruiken voor bedden, verpleegdagen, opnames, ontslagen, overlijdens en patiënten)		
263	MIC - Dienst M.I.C	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
264	M - Kraamdienst (hospitalisatie-eenheden)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
270	NIC - Dienst voor intensieve neonatale zorgen	NIC-dienst	Intensieve zorg (n.a.)
279	N - Ziekenhuisdienst voor diagnose of preventieve behandeling van wiegendood (niet gebruiken voor bedden)	Niet opgenomen – n.a. in AZ	Niet opgenomen
280	C + D - Dienst voor gemengde hospitalisatie	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
290	BR - Eenheid voor de behandeling van zware brandwonden	Niet opgenomen- gespecialiseerd ²	Niet opgenomen – gespecialiseerd
300	G - Dienst voor geriatrie	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
310	SP(S1) - Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met cardio-pulmonaire aandoeningen	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
311	SP(S3) - Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met neurologische aandoeningen	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
312	SP(S2) - Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met locomotorische aandoeningen	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
313	SP(S5) - Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met chronische aandoeningen`	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
314	SP(S4) - Dienst voor palliatieve zorgen	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
315	SP(S6) - Dienst voor psycho-geriatrie	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Hospitalisatie ouderen)
316	SP - Andere diensten voor specialiteiten (betreft enkel pilootprojecten)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)

320	Cd - Chirurgische daghospitalisatie	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis (n.a.)
330	Proefprojecten acute sector behalve geriatrie (nieuw sinds 2012)	Niet opgenomen	Niet opgenomen
331	Proefprojecten i.v.m. de klassieke hospitalisatie in de geriatrie (nieuw sinds 2012)	Niet opgenomen	Niet opgenomen
332	Proefprojecten Sp-sector (nieuw sinds 2012)	Niet opgenomen	Niet opgenomen
333	Proefprojecten Sp Palliatieve zorgen sector (nieuw sinds 2012)	Niet opgenomen	Niet opgenomen
340	K - Dienst neuro-psychiatrie voor kinderen en FOR-K	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis volledige hospitalisatie kind)
350	K1 - Dagverpleging in K-dienst	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis (Basis daghospitalisatie kind)
360	K2 - Nachtverpleging in K-dienst	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis volledige hospitalisatie kind)
370	A - Dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis volledige hospitalisatie volwassene)
380	A1 - Dagverpleging in A-dienst	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis (Basis daghospitalisatie volwassene)
390	A2 - Nachtverpleging in A-dienst	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis volledige hospitalisatie volwassene)
410	T - Psychiatrische dienst voor behandeling	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis volledige hospitalisatie volwassene)
411	Tf - Gezinsplaatsing intramuros	Verpleegeenheid – n.a.in AZ	Verpleegeenheid (Basis hospitalisatie familiaal milieu)
412	<i>T - Psychiatrische dienst voor behandeling</i>	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis volledige hospitalisatie volwassene)
420	T1 - Dagverpleging in T-dienst	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis (Basis daghospitalisatie volwassene)
430	T2 - Nachtverpleging in T-dienst	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis volledige hospitalisatie volwassene)
450	Thematische proefprojecten m.b.t. de geestelijke gezondheidszorg (nieuw sinds 2012)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis plus)
451	Proefprojecten Netwerken en circuits geestelijke gezondheidszorg (nieuw sinds 2012)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis plus)
460	Tf - Psychiatrische verzorging in familieverband	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Basis hospitalisatie familiaal milieu)

470	TR - Psychiatrische dienst voor behandeling in progressieve omschakeling (mogen niet meer gebruikt worden)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (n.a.)
480	I1 -IB-Dienst (SGA-Volwassenen en kinderen)	Verpleegeenheid	Verpleegeenheid (Intensieve behandeling volwassene)
490	Intensieve zorgen	Intensieve zorg	Intensieve zorg (n.a.)
500	Radiologie	Ondersteunend	Medische beeldvorming (Ondersteunend)
501	Nucleaire magnetische resonantie	Ondersteunend	Medische beeldvorming (n.a.)
502	Scanner	Ondersteunend	Medische beeldvorming (Ondersteunend)
503	Andere diensten voor medische beeldvorming	Ondersteunend	Medische beeldvorming (Ondersteunend)
510	Laboratorium voor scheikunde	Ondersteunend	Labo (Ondersteunend)
511	Laboratorium voor hematologie	Ondersteunend	Labo (n.a.)
512	Laboratorium voor coagulatie en hemostase	Ondersteunend	Labo (n.a.)
513	Laboratorium voor immuno-hematologie	Ondersteunend	Labo (n.a.)
514	Laboratorium voor serologie	Ondersteunend	Labo (n.a.)
515	Laboratorium voor microbiologie	Ondersteunend	Labo (n.a.)
516	Laboratorium voor hormonologie	Ondersteunend	Labo (n.a.)
517	Laboratorium voor anatomopathologie	Ondersteunend	Labo (n.a.)
518	Laboratorium voor radio-isotopen in vitro	Ondersteunend	Labo (n.a.)
519	Laboratorium	Ondersteunend	Labo (Ondersteunend)
520	Andere laboratoria	Ondersteunend	Labo (Ondersteunend)
550	Medische daghospitalisatie	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis (n.a.)
551	Daghospitalisatie voor kinderen	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis (n.a.)
552	Andere daghospitalisatie	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis (n.a.)
553	Proefprojecten verbonden a/h geriatrisch dagziekenhuis	Dagziekenhuis	Dagziekenhuis ² (n.a.)
554	Zonder bestemming (mag niet meer gebruikt worden)	Niet opgenomen	Niet opgenomen
555	Revalidatiecentra - conventies RIZIV	Consultaties	Consultaties
560	Hemodialyse	Dialyse	Dialyse (n.a.)

570	Radiotherapie	Radiotherapie	Radiotherapie (n.a.)
580	Andere medisch-technische diensten (hergroepering 580 tot 649)	Andere medisch-technische diensten	Andere medisch-technische diensten
650	Weefselbank (wachtrekening)	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
651	Fermurkoppes, bot, locomotorisch stelsel	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
652	Huid	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
653	Keratinocyten	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
654	Beta-pancreatische cellen	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
655	Tympano-ossiculair allogreffes	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
656	Cornea	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
657	Vaten, hartkleppen en andere kleppen	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
658	Ammion membranen	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
659	Tanden en maxillo-faciaal beenderen	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
660	Navelstrengbloed	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
661	Hematopoïetische stamcellen	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
662	Chondrocyten	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
663	Myoblasten	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
664	Hepatocyten	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
665	Toe te kennen reserve (hergroepering 665 tot 679)	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
680	Andere weefselbanken (hergroepering 680 tot 689)	Niet opgenomen - gespecialiseerd	Niet opgenomen - gespecialiseerd
690	Zonder bestemming (hergroepering 690 tot 699)	Niet opgenomen	Niet opgenomen
700	Nucleaire geneeskunde in vivo	Ondersteunend	Medische beeldvorming (n.a.)
701	PET scan	Ondersteunend	Medische beeldvorming (n.a.)
702	Nucleaire geneeskunde in vivo (hergroepering 702 tot 709)	Ondersteunend	Medische beeldvorming (n.a.)
710	Andere medisch-technische diensten (hergroepering 710 tot 829)	Andere medisch-technische diensten	Andere medisch-technische diensten
830	Apotheek	Ondersteunend	Apotheek
840	Consultaties	Consultaties	Consultaties (n.a.)
850	Consultaties	Consultaties	Consultaties (n.a.)
900	Ziekenwagen	Niet opgenomen	Niet opgenomen
910	Rust- en verzorgingstehuizen	Niet opgenomen	Niet opgenomen
920	Rusthuizen	Niet opgenomen	Niet opgenomen

930	School verpleegkunde	Niet opgenomen	Niet opgenomen
935	O.C.M.W lokalen	Niet opgenomen	Niet opgenomen
940	Beschut wonen	Niet opgenomen	Niet opgenomen
950	Psychiatrische verzorgingstehuizen	Niet opgenomen	Niet opgenomen
960	Andere niet-ziekenhuis activiteiten	Niet opgenomen	Niet opgenomen
980	Kosten niet toewijsbaar aan diensten	Niet opgenomen	Niet opgenomen
990	Opbrengsten niet toewijsbaar aan diensten	Niet opgenomen	Niet opgenomen

- 1 Deze kolom bevat het eerste nummer van een set van kostenplaatsnummers indien verschillende kostenplaatsen gegroepeerd zijn onder dezelfde naam. De cursieve kostenplaatsen hebben dezelfde kostenplaatsnaam dan een eerder vermelde kostenplaats(set), maar zijn opgenomen om consistent te blijven met de lijst zoals gepubliceerd door de FOD Volksgezondheid. Kostenplaatsen 111, 192, 195, 452 zijn telkens door 1 ziekenhuis gebruikt, maar zijn niet opgenomen in de FINHOSTA kostenplaatsenlijst. 111 wordt daarom gelijk behandeld als 110, de andere kostenplaatsen worden toegewezen aan "niet opgenomen", in lijn met hun beschrijving "zonder bestemming". De financiële lasten worden apart in Hoofdstuk 10 besproken.
- 2 Deze kostenplaats is geschrapt vanaf 2019 (zie FINHOSTA Brochure bijlage 2019, beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid). Echter gezien de enquête gebruik maakte van de kostenplaatsen die bestonden tot en met 2017 en gezien het geriatrisch dagziekenhuis mee vertegenwoordigd is onder de parameter "dagziekenhuis" wordt deze kostenplaats mee opgenomen.

Bijlage IX Gegevensverwerking algemene ziekenhuizen

In de eerste kolom van Tabel A. 9 wordt de infrastructuur beschreven waarvoor mogelijke correcties onderzocht werden. In de tweede kolom staat de “standaardregel” (indien aanwezig) die in de bevraging werd meegegeven samen met de afwijkingen die werden opgegeven op deze standaardregel. Daarnaast wordt in de tweede kolom ook weergegeven of deze afwijking heeft geleid tot een correctie (“afwijkingen met correctie”) of niet (“afwijkingen zonder correctie”). Tot slot worden ook afwijkingen die tijdens de data-analyse naar voor zijn gekomen, besproken. Het aantal ziekenhuizen waarop de afwijking of correctie betrekking heeft, staat tussen haakjes.

Tabel A. 9 Correcties op rekeningen en kostenplaatsen op basis van afwijkende boekingsregels voor de berekening van het instandhoudingsforfait van de algemene ziekenhuizen

Infrastructuur	Type afwijking en correcties
Zwembad en de sportzaal	<p>Afwijkingen zonder correctie⁷¹³:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op een rekening of kostenplaats die niet wordt opgenomen in de voorgestelde parameters (kostenplaatsen 555, 580, 581, 711, en rekening 270) (6) - Afwijking was van toepassing buiten de opvraagperiode (1)
Geïntegreerde kunstwerken ⁷¹⁴	<p>Standaard: Rekening 21 Immaterieel vaste activa en kostenplaats 020</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op een rekening of kostenplaats die niet wordt opgenomen in de voorgestelde parameters (bv. rekening 261, 2021) (5) - Afwijking was van toepassing buiten de opvraagperiode (1) - Rekeningen die deel uitmaken van de parameters (rekeningen 221, 224, 225) maar waarvoor geen exacte identificatie mogelijk is in de gegevens. Voor ziekenhuizen zonder een nieuwbouw in de opvraagperiode (volgens de nieuwbouwindicator) (3) is de assumptie dat de eventuele impact van een afwijkende boeking beperkt is. Voor ziekenhuizen met een boeking op rekening 221 en met een nieuwbouw/uitbreiding (volgens de nieuwbouwindicator) in de opvraagperiode wordt verondersteld dat deze kost mee opgenomen zit in de nieuwbouwkost en dus niet mee wordt opgenomen in de berekeningen voor het instandhoudingsforfait (5). <p>Afwijking met correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op rekening 221 en waarbij via de omschrijving afzondering van de kost voor kunstwerken mogelijk was (2): deze kosten worden niet mee opgenomen in de berekening van het instandhoudingsforfait.
Bunker en dialyse	Standaard: Kostenplaats 570 en 560

713 Hiervoor werd geen standaardregel opgegeven in de bevraging.

714 Dit gaat over het vaste aandeel van een nieuwbouwkost dat aan geïntegreerde kunstwerken besteed diende te worden (Decreet van 23 december 1986 – (B.S. 13.02.1987) – Decreet houdende integratie van kunstwerken in gebouwen van openbare diensten en daarmee gelijkgestelde diensten en van door de overheid gesubsidieerde inrichtingen, verenigingen en instellingen die tot de Vlaamse Gemeenschap behoren.)

	<p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Twee ziekenhuizen gaven aan dialyse uit te besteden waardoor dit niet in de activa vertegenwoordigd is. - Voor één ziekenhuis was er geen identificatie van de afwijking in de gegevens mogelijk. - Boeking op een algemene kostenplaats en rekening 221: op basis van de omschrijving zijn er geen specifieke investeringen in de opvraagperiode voor de bunker op deze rekening en kostenplaats (2); voor dialyse viel het bedrag onder een nieuwbouw volgens de nieuwbouwindicator en hoort dit dus thuis onder het strategisch forfait (1). - Investering op kostenplaats die niet is opgenomen in de parameters voor bunker of dialyse: hier werden onvoldoende gegevens opgegeven om deze investeringen te identificeren.
<p>Afbraakwerken en omgevingswerken die verbonden zijn aan een nieuwbouwproject</p>	<p>Standaard: Rekening 221 (Gebouwen). De kost zit mee vervat in het bedrag dat geboekt wordt voor het onroerend nieuwbouwproject op rekening 221, kostenplaats 0200 Algemene Kosten.</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kost is bij de meerderheid van de ziekenhuizen vervat in het bedrag van het nieuwbouwproject dat geboekt is op rekening 221 (Gebouwen), op een algemene kostenplaats. Deze worden dus niet mee opgenomen in de berekening van het instandhoudingsforfait omdat ze via de nieuwbouwindicator worden afgezonderd. - Uitzonderingen op deze standaardboeking die geen correcties nodig hadden: boeking als exploitatiekost vanwege verlaten campus (1), boeking op de betrokken kostenplaats in plaats van een algemene kostenplaats (7), boeking op rekening aanloopkosten (1), boeking op rekening bebouwde terreinen (1). <p>Afwijkingen met correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De geschatte kosten voor afbraakwerken in de opvraagperiode (opgegeven door het ziekenhuis in Stap 3.2 van de bevraging) worden in mindering gebracht op de betrokken rekening indien ze niet in de nieuwbouwkost verwerkt zitten (en dus reeds afgezonderd worden via de nieuwbouwcode). Ook de geschatte kosten voor omgevingswerken (bv. aanleggen nieuwe weg) worden, indien opgegeven, uit de gegevens verwijderd. Deze investeringen horen immers thuis onder het strategisch forfait. De totale kost die hierdoor niet werd meegenomen in de analyses bedraagt 6.5 miljoen euro⁷¹⁵.
<p>Aanloopkosten</p>	<p>Standaard: Rekening 2021</p> <p>Afwijking zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op rekening 221 (3). Hier wordt de assumptie gemaakt dat deze via de opgegeven nieuwbouwcode mee worden afgezonderd.

715 De correctie per ziekenhuis wordt doorgevoerd op de eerste boekhoudlijn die aan volgende voorwaarde voldoet: juiste rekening, in opvraagperiode, nieuwbouwindicator "REST" (i.e., de investering behoort niet tot een nieuwbouwproject), kostenplaats "algemene kosten" of "afschrijvingen".

Parkingkosten	<p>Standaard: Rekening 221 (Gebouwen). Bij werken voor een nieuwbouw of uitbreiding, zit de kost mee in het bedrag dat geboekt wordt voor het onroerend bouwproject op rekening 221.</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De meerderheid van de ziekenhuizen boekt deze mee onder het nieuwbouwbedrag op rekening 221. Voor de andere ziekenhuizen is nagegaan of de parkingkosten konden en/of moesten afgezonderd worden omdat ze reeds in het strategisch forfait worden opgenomen. De meest voorkomende uitzondering is om deze investering op rekening 222 (Bebouwde terreinen) te boeken. Gezien deze rekening niet wordt opgenomen in de berekening van het instandhoudingsforfait, was hier geen correctie voor nodig.
Afwijkingen op afschrijvingsregels (aantal jaren activering)	<p>Standaard: klassieke afschrijvingstermijnen zoals opgenomen in het KB van 10 juni 2007</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inrichting van gebouwen (standaard over 33 jaar afgeschreven): hier was slechts één uitzondering op nl. een warmtekrachtkoppeling op 10 jaar. Gezien we een tijdsspanne van 10 jaar nemen voor deze investeringen, beïnvloedt deze afwijking de berekeningen niet. - Eenzelfde redenering geldt voor de afwijkingen van 10 jaar voor de gebouwen (i.p.v. 33 jaar). De afwijkingen hadden betrekking op modulaire bouw of gebouwen met een tijdelijk karakter (bv. container, tijdelijk gebouw). - Voor afwijkingen van medisch materieel: zie later in deze tabel
Boeking op algemene kostenplaats	<p>Standaard: Zoveel mogelijk investeringen worden rechtstreeks op de (hulp- of definitieve) kostenplaats geboekt waar de investering betrekking op heeft (en niet op een algemene kostenplaats).</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acht van de negen ziekenhuizen met een uitzondering geeft aan dat de uitzonderingen enkel gelden voor bouwdoSSIERS: deze worden op een algemene kostenplaats geboekt. Deze bouwdoSSIERS hebben echter geen impact op de berekening van het instandhoudingsforfait gezien ze via de nieuwbouwindicator worden afgezonderd uit de gegevens. Eén ziekenhuis geeft specifiek aan alle onroerende werken (bouwdoSSIERS, herconditionering en groot onderhoud) op een algemene kostenplaats te boeken.
Bevallingskwartier en N*-eenheid ⁷¹⁶	<p>Er zijn ziekenhuizen zonder vierkante meters op de kostenplaatsen voor het bevallingskwartier of de N*-eenheid, hoewel ze deze diensten wel aanbieden. Vijf ziekenhuizen hadden geen vierkante meters op de kostenplaats voor het bevallingskwartier, maar wel op de kostenplaats voor de materniteit. Vanuit de OBFM studie⁷¹⁷ weten we dat de personeelskosten moeilijk toe te wijzen zijn aan één van beide kostenplaatsen gezien er vaak slechts één personeelsequipe is voor zowel het bevallingskwartier als de materniteit. Volgens die redenering staan de vierkante meters van het bevallingskwartier waarschijnlijk</p>

716 Deze afwijkingen werden vastgesteld tijdens de data-analyse, niet via expliciete opvraging van de boekingsregels.

717 Ontrafeling van het Budget Financiële Middelen naar pathologiegroepen, UZ Leuven, Januari 2018 (niet publiek beschikbaar)

	<p>vertegenwoordigd onder de kostenplaats voor de materniteit. Gezien beide tot een andere parameter behoren, nemen we voor deze ziekenhuizen alle gegevens op deze twee kostenplaatsen niet mee in de berekening om vertekening van de resultaten te voorkomen. Gelijkaardig hadden ook zes ziekenhuizen geen vierkante meters op de kostenplaats voor de N*-eenheid. Volgens eenzelfde redenering, werden ook hier de gegevens van de N*-eenheid en de materniteit beide niet meegenomen gezien ze tot andere parameters behoren. Twee van de zes ziekenhuizen waren echter ook al vertegenwoordigd in het eerste geval.</p>
Daghospitalisatie ⁷¹⁸	<p>Investerings voor daghospitalisatie komen terecht op kostenplaats 320 (chirurgische daghospitalisatie) en 550-551-552 (medische daghospitalisatie). Echter uit de OBFM-studie bleek dat er ofwel een artificiële opsplitsing werd gemaakt, ofwel dat er slechts 1 kostenplaats werd gebruikt. Een analyse op de afzonderlijke kostenplaatsen is dus weinig zinvol. Gezien in de parameter dagziekenhuis beide types dagziekenhuis vervat zitten, is hier geen correctie nodig.</p>
Medisch materieel	<p>38% van de respondenten gaf aan duurdere toestellen (medisch materieel) op zeven tot tien jaar af te schrijven (in plaats van op vijf jaar). Naast de NMR, de lineaire versneller en de PET werden ook voor de volgende toestellen een afwijkende afschrijvingsduur vermeld: CT, SPECT, Ysia radiografiesysteem, RX-buizen, gammacamera SV (nucleaire geneeskunde), gammacamera SA (NKO), kooi van Faraday, C-bogen, cathlab, dialysetoestellen. Afhankelijk of deze toestellen in de laatste vijf jaar werden aangekocht, zullen deze dus wel of niet opgenomen zijn in de kosten. Daarom vroegen we of het bedrag op de rekening medisch materieel representatief was voor een normale investeringsperiode. 84% van de respondenten geven aan dat het bedrag dat opgegeven is voor medisch materieel representatief is voor een normale periode. Dit is ook in overeenstemming met de stabiele continuïteitsratio's die jaarlijks gerapporteerd worden in de Belfius MAHA-analyses (met 2014 als uitzondering). Voor de andere ziekenhuizen hebben we nagekeken wat de opgegeven redenen waren waarom het bedrag in de kostengegevens niet representatief was. Dit was onder andere door de aankoop van zware toestellen (bv. PET) of investeringen in het kader van een nieuwbouwproject. Deze worden beide niet meegenomen in de kosten voor het instandhoudingsforfait. Voor twee ziekenhuizen was er niet voldoende info om de afwijking te beoordelen. Voor de ziekenhuizen die meer dan vijf jaar gegevens hadden opgegeven (dus ook de afgeschreven investeringen), vergeleken we bovendien de gemiddelde kosten over vijf jaar met de gemiddelde kosten over tien jaar en vonden we geen consistente afwijking (in positieve of negatieve richting) overheen de respondenten. We kunnen hieruit besluiten dat de geanalyseerde kosten voor medisch materieel een goed beeld geven van de werkelijke investeringskosten.</p>
Operatiekwartier	<p>Uit telefonische contacten met enkele van de deelnemende ziekenhuizen bleek dat voor sommige ziekenhuizen meerdere soorten behandelruimtes onder de kostenplaats voor het operatiekwartier zijn opgenomen (bv. een kleine ingrepenzaal). Hoewel we bij de bevraging van de nieuwbouwziekenhuizen voor het strategisch forfait deze zalen in samenspraak met het ziekenhuis waar mogelijk hebben toegewezen aan het dagziekenhuis, was deze opsplitsing voor de dataset van het instandhoudingsforfait niet mogelijk. De impact van deze opsplitsing is</p>

718 Deze afwijkingen werden vastgesteld tijdens de data-analyse, niet via expliciete opvraging van de boekingsregels.

	<p>echter kleiner voor de resultaten van het instandhoudingsforfait, gezien de onderhoudskost voor beide type ruimtes waarschijnlijk minder sterk verschilt dan de bouwkost (strategisch forfait). Ook de praktijk om OKA-materieel dat enkel gebruikt wordt door een bepaalde discipline toe te wijzen aan de kostenplaats voor deze discipline (kostenplaats 8XX) in plaats van aan de kostenplaats OKA is niet te onderscheiden in de gegevens. In hoeverre dit wordt toegepast is onduidelijk (slechts één ziekenhuis gaf dit expliciet aan) en heeft een mogelijke onderschatting van de kosten voor het medisch materieel van het OKA tot gevolg.</p>
Campus	<p>Geen er slechts enkele ziekenhuizen de gegevens per campus hebben opgegeven, was er geen analyse per campus mogelijk.</p>
Ouderdom	<p>Het bleek erg moeilijk te zijn om een correcte weergave te geven van de ouderdom van het ziekenhuis wegens het dynamisch karakter van een ziekenhuis (bv. veranderende afdelingen, uitbreiding, verbouwing). We vroegen de ziekenhuizen om de verschillende delen van het ziekenhuis (verpleegeenheid, operatiekwartier, medisch-technische diensten, consultaties, apotheek, spoed en ondersteunende diensten (andere)) per campus toe te wijzen aan één van de vier leeftijdscategorieën (0-10, 10-20, 20-30, >30 jaar). Ondanks dat de resultaten zeker een ruwe benadering zijn, toonde de analyse van deze resultaten dat alle leeftijdscategorieën in alle delen van het ziekenhuis vertegenwoordigd waren. Daarbij waren de operatiekwartieren en de medisch-technische diensten relatief vaker aanwezig in de twee oudste categorieën ten opzichte van de verpleegeenheden.</p>

Bijlage X Gegevensverwerking psychiatrische ziekenhuizen

In Tabel A. 10 wordt, naar analogie met Tabel A. 9, in de eerste kolom de infrastructuur beschreven waarvoor mogelijke correcties onderzocht werden. In de tweede kolom staat de “standaardregel” (indien aanwezig) die in de bevraging werd meegegeven samen met de afwijkingen die werden opgegeven op deze standaardregel. Daarnaast wordt in de tweede kolom ook weergegeven of deze afwijking heeft geleid tot een correctie (“afwijkingen met correctie”) of niet (“afwijkingen zonder correctie”). Tot slot worden ook afwijkingen die tijdens de data-analyse naar voor zijn gekomen, besproken. Het aantal ziekenhuizen waarop de afwijking of correctie betrekking heeft, staat tussen haakjes. Gezien de analyse voor herallocatie enkel uitgevoerd werd voor de algemene ziekenhuizen, moesten er voor de psychiatrische ziekenhuizen geen extra correcties worden doorgevoerd die betrekking hadden op de kostenplaatsen gerelateerd aan herconditionering.

Tabel A. 10 Correcties op rekeningen en kostenplaatsen op basis van afwijkende boekingsregels voor de berekening van het instandhoudingsforfait van de psychiatrische ziekenhuizen

Infrastructuur	Type afwijking en correcties (aantal respondenten)
Zwembad en de sportzaal	Afwijkingen zonder correctie ⁷¹⁹ : <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op de kostenplaats die wordt opgenomen onder de voorgestelde parameter therapie (kostenplaats 13x Functionele readaptatie)⁷²⁰ (16)
Geïntegreerde kunstwerken ⁷²¹	Standaard: Rekening 21 (Immaterieel vaste activa) en kostenplaats 020 Afwijkingen zonder correctie: <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op een rekening of kostenplaats die niet wordt opgenomen in de voorgestelde parameters voor het instandhoudingsforfait (bv. rekening 261, 2521, 221) (10). Voor rekening 221 (Gebouwen) gaven de respondenten aan het bedrag zoveel mogelijk toe te wijzen aan de kostenplaats waar het betrekking op heeft. Afwijking met correctie: <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op rekening 24/240/2540 en waarbij via de omschrijving afzondering van de kost voor kunstwerken mogelijk was (2): deze kosten worden niet mee opgenomen in de berekening van het instandhoudingsforfait. Het totaal gecorrigeerde bedrag bedraagt minder dan 50.000 euro. Voor twee ziekenhuizen was er geen identificatie van een eventueel kunstwerk in de gegevens mogelijk.
Therapie	Standaard: 130-138 Functionele readaptatie Afwijkingen met correctie:

719 Hiervoor werd geen standaardregel opgegeven in de bevraging.

720 Twee ziekenhuizen zonder eigen zwembad boeken inkomgelden als een kost onder een rekening 61. De gegevens waren echter onvoldoende gedetailleerd om deze kosten uit een rekening 61 te halen en over te plaatsen naar een kostenplaats 13x.

721 Dit gaat over het vast aandeel van een nieuwbouwkost dat aan geïntegreerde kunstwerken besteed diende te worden (Decreet van 23 december 1986 – (B.S. 13.02.1987) – Decreet houdende integratie van kunstwerken in gebouwen van openbare diensten en daarmee gelijkgestelde diensten en van door de overheid gesubsidieerde inrichtingen, verenigingen en instellingen die tot de Vlaamse Gemeenschap behoren.)

	<ul style="list-style-type: none"> - 19 ziekenhuizen gaven aan therapie te boeken op de daarvoor voorziene kostenplaatsen (Bijlage VIII). 3 ziekenhuizen gaven aan therapie vooral te boeken op de kostenplaatsen van de betrokken verpleegafdeling (en/of enkel de gemeenschappelijke therapieruimtes te boeken op een kostenplaats 13.) Elk ziekenhuis kreeg de mogelijkheid om via de invultabel in de enquête de ruimte die onder de verpleegafdeling werd geboekt maar voor therapie gebruikt wordt afzonderlijk op te geven (Hoofdstuk 8).
Afbraakwerken en sloopwerken die verbonden zijn aan een nieuwbouwproject	<p>Standaard: Rekening 221 Gebouwen. De kost zit mee vervat in het bedrag dat geboekt wordt voor het onroerend nieuwbouwproject op rekening 221, kostenplaats 0200 Algemene kosten.</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De kosten zijn bij de meerderheid van de ziekenhuizen vervat in het bedrag van het nieuwbouwproject dat geboekt is op rekening 221 (Gebouwen), op een algemene kostenplaats. Deze worden dus niet mee opgenomen in de berekening van het instandhoudingsforfait omdat ze via de nieuwbouwindicator worden afgezonderd. Uitzonderingen hierop zijn boeking op de betrokken kostenplaats in plaats van een algemene kostenplaats (7), op uitzonderlijke kosten (1), boeking op rekening die niet in het instandhoudingsforfait wordt opgenomen (2521, 2021) (2). <p>Afwijkingen met correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De geschatte kosten voor afbraakwerken in de opvraagperiode (opgegeven door het ziekenhuis in Stap 3.2 van de bevraging) worden in mindering gebracht op de betrokken rekening indien ze niet in de nieuwbouwkost verwerkt zitten (en dus reeds afgezonderd worden via de nieuwbouwcode). Deze investeringen horen immers thuis onder het strategisch forfait⁷²² (3).
Omgevingswerken	<p>Standaard: 221 (of 2521) Gebouwen, <u>niet</u> vervat in het nieuwbouwbudget indien gerelateerd aan bouwproject, kostenplaats 0200 Algemene kosten</p> <p>Afwijking zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezien er voor de psychiatrische ziekenhuizen geen analyses worden gedaan via de gegevens van het instandhoudingsforfait over herallocatie, moeten de kosten op rekening 221 voor omgeving (standaardregel), niet verder uitgezuiverd worden. - Boeking op de rekeningen 2251 of 2521, 6130 (geen deel van het instandhoudingsforfait) (3), op kostenplaatsen die betrekking hebben op de werken (4). <p>Afwijkingen met correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correcties worden op dezelfde manier doorgevoerd als bij de afbraakwerken (1).
Aanloopkosten	<p>Standaard: Rekening 2021</p> <p>Afwijking zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boeking op rekening 221 (1) en op rekening 2502 (1)

722 De correctie per ziekenhuis wordt doorgevoerd op de eerste boekhoudlijn die aan volgende voorwaarde voldoet: juiste rekening, in opvraagperiode, nieuwbouwindicator "REST", kostenplaats "algemene kosten" of "afschrijvingen".

Parkingkosten	<p>Standaard: Rekening 221 (Gebouwen). Bij werken voor een nieuwbouw of uitbreiding, zit de kost mee in het bedrag dat geboekt wordt voor het onroerend bouwproject op rekening 221.</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 ziekenhuizen boekten deze mee onder het nieuwbouwbedrag op rekening 221, 1 ziekenhuis boekte parkingkosten vanaf 2012 op rekening 2251. Gezien deze rekening niet wordt opgenomen in de berekening van het instandhoudingsforfait, was hier geen correctie voor nodig. <p>Afwijking met correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 ziekenhuis boekte de parkingkosten op rekening 224 (Groot onderhoud) en 1 ziekenhuis op rekening 2253 (Inrichting van gebouwen). De investeringen op dergelijke rekening vallen in de analyse onder "groot onderhoud" terwijl parkingkosten ondergebracht dienen te worden onder nieuwbouwwerken. De totale waarde van de correcties bedraagt ongeveer 700.000 euro.
Polikliniek	<p>Standaard: 840 Consultaties</p> <p>Afwijking zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investerings kwamen terecht op kostenplaats 585 voor een deel van de opvraagperiode (1). Vermits deze kostenplaats, naast de gebruikelijke kostenplaats 840, niet wordt opgenomen in de analyse voor de berekening van het instandhoudingsforfait moest niets gecorrigeerd worden. Alle andere respondenten gaven aan dat polikliniek geboekt werd onder kostenplaats 840 of dat dit niet van toepassing was voor het ziekenhuis.⁷²³
Afwijkingen op afschrijvingsregels (aantal jaren activering)	<p>Standaard: klassieke afschrijvingstermijnen zoals opgenomen in het KB van 10 juni 2007</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle ziekenhuizen gaven aan de standaard afschrijvingspercentages te volgen voor herconditioneringswerken, materieel voor medische uitrusting, materieel voor niet-medische uitrusting⁷²⁴, grote herstellingswerken en groot onderhoud, en ook lineair af te schrijven volgens de standaard. Voor gebouwen en inrichting van gebouwen gaven telkens twee ziekenhuizen aan af te wijken van de standaard percentages. Gezien de analyses zich baseren op de aanschaffingswaarden heeft een snellere afschrijftermijn tijdens de opvraagperiode voor deze twee rekeningen, die normaal gebruikt wordt voor goederen die ook over een kortere termijn zullen gebruikt worden, geen sterk vertekend effect op de resultaten.
PVT	<p>Standaard: 950 PVT (direct) en versleuteld via sleutel 030 (indirect)</p> <p>Afwijkingen zonder correctie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeven ziekenhuizen gaven expliciet aan een aparte boekhouding te hanteren voor de PVT. Bij één ziekenhuis werden de investeringen voor de PVT tot 2014 in de boekhouding

723 Eén ziekenhuis gaf aan af te wijken, maar gaf hierbij niet voldoende informatie om eventuele afzonderingen te maken.

724 Eén ziekenhuis gaf aan af te wijken van de standaard afschrijvingspercentages voor rollend materieel wanneer het tweedehandsgoederen betrof. Het ging slechts om één goed dat sneller werd afgeschreven dan de standaard.

	opgenomen in kostenplaats 950. Kostenplaatsen 9 worden niet meegenomen in de analyse.
--	---

Bijlage XI Beleidsopties en budgettaire implicaties

1 Inleiding

In het rapport worden de bouwstenen voor het strategisch en instandhoudingsforfait voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen ontwikkeld. Hoofdstuk 11 geeft een overzicht van de concrete stappen die moeten gezet worden om de voorstellen te implementeren. Bij meerdere stappen zal de beleidsmaker een keuze moeten maken tussen verschillende opties. De beleidsbeslissingen zijn van diverse aard, en hebben bijvoorbeeld betrekking op de parameters, de eenheden van de parameters, het aantal jaren data op basis waarvan de eenheden worden berekend, of de verwerking van de financieringslasten.

De huidige bijlage heeft twee doelstellingen: (1) het voorgestelde financieringssysteem verder operationaliseren en (2) de budgettaire implicaties van verschillende beleidsopties doorrekenen. Meer concreet willen we met deze Bijlage XI een antwoord bieden op volgende vragen:

- Wat zijn de voor- en nadelen en de budgettaire gevolgen van “afgevlakte” en “getrapte” waarden (en de combinatie ervan)?
- Wat is de impact van de keuze van gewichten bij een mix van eenheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen en de budgettaire gevolgen van de verschillende methoden om de ondersteunende diensten in de forfaits te verwerken?
- Welke impact heeft het al dan niet opnemen van consultatieruimtes als aparte parameter?
- Hoe kan de idee van een netwerkstimulans geoperationaliseerd worden?
- Wat is de budgettaire impact wanneer de forfaits ook worden geïndexeerd voor de jaren voorafgaand aan de eerste uitkering van het strategisch forfait?
- Wat is de budgettaire impact wanneer de omslagsleutel niet wordt toegepast?
- Wat zijn de voor- en nadelen en de budgettaire gevolgen van een gedifferentieerde toewijzing van roerende investeringen aan individuele parameters in plaats van een uniform percentage in de berekening van de bouwkost van het strategisch forfait?
- Wat zijn de conceptuele voor- en nadelen en de budgettaire gevolgen van een verkorting van de veronderstelde levensduur van de infrastructuur?
- Hoe kan de idee van een herallocatietoeslag geoperationaliseerd worden?
- Wat zijn de voor- en nadelen en de budgettaire gevolgen van alternatieve voorstellen om rekening te houden met de financieringskosten?

Voor elk van de vragen die hierboven werden beschreven worden de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties op een bondige wijze toegelicht in **beleidsfiches**.

Voor de analyse van de budgettaire implicaties werd een **simulatiemodel** in Excel ontwikkeld dat voldoende flexibel is om de gevolgen van verschillende beleidskeuzes door te rekenen. Omdat de gevolgen van de keuzes voor één bepaalde vraag mede zullen bepaald worden door de keuzes voor andere vragen, is er ook aandacht voor de coherentie van die verschillende keuzes. Het was de bedoeling om een operationeel model te ontwikkelen dat ook na het beëindigen van dit project verder kan gebruikt worden door de opdrachtgever. Waar mogelijk worden voor de uitwerking van dat model reële gegevens gebruikt. Indien deze gegevens niet beschikbaar zijn, wordt gebruik gemaakt van realistische hypothetische waarden, waar dan ook sensitiviteitsanalyse mee mogelijk wordt.

De simulaties worden berekend voor het scenario waarbij alle ziekenhuizen volledig in de nieuwe forfaits zijn ingestapt. Concreet betekent dit dat we geen rekening houden met deelprojecten (bv. nieuwbouw van een moeder-kind centrum), of met ziekenhuizen die nog via de overgangsregeling na de bouwkalender gefinancierd werden (vb. Bijlage 1 Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017, 3^e en 4^e kolom). We berekenen als het ware het “budget op kruissnelheid”. Gezien het buiten de scope van de opdracht is om de toekomstige evolutie van de eenheden in te schatten, geven de simulaties het budget voor één jaar (bv. het jaar 2021) weer. Alle resultaten zijn op sectorniveau, dus globaal voor alle ziekenhuizen samen, maar met een onderscheid tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. De inzameling en verwerking van gegevens op ziekenhuisniveau behoorden niet tot de opdracht. Bij een toekenning van de forfaits door het VIPA zijn de gegevens op ziekenhuisniveau wel noodzakelijk.

Om de budgettaire impact van de diverse beleidsopties op een transparante manier te kunnen kwantificeren, vertrekken we van een **basissimulatie**. In de basissimulatie worden de forfaits berekend op basis van één mogelijke keuze voor deze beleidsopties. In de overige simulaties wordt de impact op het bedrag van de forfaits voor **alternatieve beleidskeuzes** berekend. Enkel de resultaten voor de basissimulatie zijn in deze bijlage opgenomen. Door het grote aantal mogelijke (combinaties van) alternatieve beleidskeuzes, zijn de resultaten ervan niet opgenomen in de fiches. Deze bijlage heeft vooral als doel de verschillende beleidsopties en hun implementatie in de simulaties verder toe te lichten.

De fundamentele bouwstenen van de voorstellen in het rapport worden behouden en maken geen deel uit van de simulaties. Een voorbeeld hiervan is de verschillende aanpak voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. Voor de algemene ziekenhuizen zijn de parameters gebaseerd op de ziekenhuisfuncties, terwijl de parameters voor de psychiatrische ziekenhuizen gebaseerd zijn op zorggroepen. Dit verschil in aanpak betekent bv. dat de psychiatrische afdeling in algemene ziekenhuizen het systeem van de functies volgt, terwijl een vergelijkbare afdeling in psychiatrische ziekenhuizen onder één van de zorggroepen valt. Zowel de bouwkosten, de eenheid als het ruimtegebruik kunnen bijgevolg verschillend zijn. In het simulatiemodel worden beide types ziekenhuizen volledig apart behandeld, analoog aan het rapport.

2 Inzameling van gegevens

Voor de berekening van de forfaits zijn gegevens nodig over de bouwkost per m², het aantal eenheden en het ruimtegebruik per eenheid (m² per eenheid). De berekening van de bouwkost per m² en van het ruimtegebruik komt aan bod in het rapport. Voor het ruimtegebruik gebruiken we de gegevens die we bij de ziekenhuizen hebben ingezameld. In het rapport benadrukken we dat verder onderzoek nodig is om de ruimtebehoefte te bepalen, bijvoorbeeld voor de nieuwe parameters. Tabel A. 11 geeft een overzicht van de bevoegde instantie voor de eenheden. Het merendeel van de gegevens over het aantal eenheden werden door het VIPA ingezameld bij deze instanties, in enkele gevallen bij een ander kanaal (bv. omdat deze gegevens tot nog toe bij dit ander kanaal werden ingezameld). Zoals reeds vermeld, behoorde de inzameling van gegevens op ziekenhuisniveau niet tot de opdracht.

Tabel A. 11 Aantal eenheden in het simulatiemodel voor basissimulatie en alternatieve beleidskeuzes: bevoegde instantie

Parameter	Eenheid	Instantie
Algemene ziekenhuizen		
Verpleegeenheid Apotheek Labo Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	Goedgekeurde bedden Verantwoorde bedden Erkende bedden For-K bedden (incl. crisisbedden)	Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid
Dagziekenhuis Apotheek Labo Medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde	Plaatsen	FOD Volksgezondheid RIZIV
Intensieve zorgen NIC-dienst	Goedgekeurde bedden Erkende bedden Gefinancierde bedden Goedgekeurde bedden Erkende bedden Verantwoorde bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid
N*-eenheid	Verlossingen/100	FOD Volksgezondheid
Operatiekwartier CSA	Goedgekeurde zalen (<i>nog niet in voege</i>) Verantwoorde zalen	Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid
Verloskwartier	Verlossingen/100	FOD Volksgezondheid
Radiotherapie	Aantal toestellen in exploitatie	Ziekenhuizen
Dialyse	Aantal chronische hemodialyses	RIZIV
Spoed	Aantal spoedunits	FOD Volksgezondheid
Psychiatrische ziekenhuizen		
Basis volledige hospitalisatie kind	Erkende K-bedden Erkende k-nachtplaatsen	Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid
Basis daghospitalisatie kind	Erkende k-dagplaatsen	Agentschap Zorg & Gezondheid
Basis volledige hospitalisatie volwassene	Erkende A-bedden Erkende T-bedden Erkende a-nachtplaatsen Erkende t-nachtplaatsen Bevroren bedden Bedden voor intensifiëring Erkende A/T bedden toegewezen aan de zorggroep basis plus	Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid

Basis daghospitalisatie volwassene	Erkende a-dagplaatsen Erkende t-dagplaatsen Bevroren plaatsen Plaatsen voor intensifiëring (<i>voorlopig in praktijk nog niet gebruikt</i>) Erkende a/t-plaatsen toegewezen aan de zorggroep basis plus	Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid
Intensieve behandeling volwassene	Erkende IB-bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid
Basis hospitalisatie familiaal milieu	Erkende Tf-bedden Erkende Tf-dagplaatsen Bevroren bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid
Hospitalisatie ouderen	Erkende Sp-bedden Erkende Tg-bedden Bevroren Tg- en SP-bedden	Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid FOD Volksgezondheid
Basis plus For-K Mobiele teams Dubbel diagnose, For low/medium/high risk Intensifiëring (HIC en ID)	For-K bedden (incl. crisis) Bevroren bedden en plaatsen voor mobiele teams Erkende bedden en plaatsen toegewezen aan de zorggroep dubbel diagnose, For low/medium/high risk) Bedden en plaatsen (<i>voorlopig in praktijk nog niet gebruikt</i>) voor intensifiëring Bevroren bedden en plaatsen voor intensifiëring	FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid FOD Volksgezondheid
Apotheek	Totaal aantal erkende bedden en plaatsen (incl. For-K)	Agentschap Zorg & Gezondheid
Therapieruimte	Totaal aantal erkende bedden en plaatsen Erkende bedden en plaatsen voor kinderpsychiatrie (K, k(d), k(n))	Agentschap Zorg & Gezondheid Agentschap Zorg & Gezondheid

De definitie van de eenheden in Tabel A. 11 is terug te vinden in het rapport (Sectie 2.2.7 in Hoofdstuk 4 voor de algemene ziekenhuizen en sectie 3.3.4 in Hoofdstuk 4 voor de psychiatrische ziekenhuizen). Bij de verzameling van de gegevens werd deze definitie verder verduidelijkt en voor een aantal eenheden lichtjes aangepast. Deze verduidelijking of aanpassing is in overleg met de opdrachtgever of de bevoegde instantie gebeurd. We bevelen aan om bij de invoering van de nieuwe forfaits volgende elementen in de wetgeving te vermelden:

- Bevoegde instantie (instantie die de gegevens aanlevert aan het VIPA);
- Jaren waarvoor de gegevens worden ingezameld (en indien relevant de concrete datum waarop het aantal eenheden geteld worden; bv. het aantal erkende bedden kan variëren in de loop van een

kalenderjaar). Bijvoorbeeld, in 2021 zijn de gegevens gekend voor de periode 2018-2019-2020 en die zullen gebruikt worden voor de financiering voor/vanaf 2022.

- Duidelijke omschrijving van de eenheden, indien mogelijk met verwijzing naar de relevante wetgeving.

In het Excel-bestand waarin het simulatiemodel ontwikkeld werd, is ook een gedetailleerd overzicht opgenomen met voor iedere eenheid het aantal aangeleverde jaren, de instantie die ze heeft aangeleverd, aanpassingen of verduidelijkingen aan de definitie en assumpties of bewerkingen die werden gemaakt voor deze studie. Dit overzicht draagt ertoe bij dat de dataverzameling ook in de toekomst vlot kan verlopen.

Voor bepaalde parameters waren er kleine tot grote verschillen in het aantal eenheden, afhankelijk van de instantie die de gegevens aanleverde. We bevelen daarom aan dat er een kader wordt uitgewerkt voor de inzameling van en controle op de gegevens, waarbij alle partijen betrokken zijn (VIPA, bevoegde instantie, ziekenhuizen).

3 Basissimulatie

3.1 Uitgangspunten

In de simulaties worden de vier forfaits (strategisch forfait en instandhoudingsforfait voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen) en het benodigde budget (voor 2021) berekend. In de basissimulatie gebeurt dit op basis van één keuze voor de diverse beleidsopties. In de alternatieve scenario's wordt de financiële impact van mogelijke andere beleidsopties vergeleken met de resultaten van de basissimulatie. Om de impact van één beleidskeuze te isoleren, houden we de keuzes voor de andere beleidsopties telkens vast en nemen we de waarde van de basissimulatie. Het basisscenario dient echter niet begrepen te worden als een referentiescenario of voorkeurscenario. Zoals benadrukt in het rapport, dienen beleidsbeslissingen door de beleidsmakers genomen te worden en niet door het onderzoeksteam.

Consultatieruimte

We hebben ervoor geopteerd om de basissimulatie zo dicht mogelijk te laten aansluiten bij de berekening van de forfaits in de huidige regelgeving (Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017 – BVR 2017). Voor de parameters die niet in het BVR 2017 zijn opgenomen, volgen we in de basissimulatie het voorstel uit het rapport (bv. voor de keuze van parameters en eenheden). We passen echter één correctie toe op dit uitgangspunt. Deze correctie heeft betrekking op de consultatieruimtes. In het BVR 2017 zijn consultatieruimtes deel van de ondersteunende diensten. Deze zijn voor de algemene ziekenhuizen opgenomen onder de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, intensieve zorgen en NIC-dienst (zie ook sectie 2.1.2.1 in Hoofdstuk 4 van het rapport). Er wordt immers 98,5 m² toegewezen aan een bed en aan een plaats. De 98,5 m² is als volgt onderverdeeld: 46 m² voor een bed of plaats en 52,5 m² voor de ondersteunende diensten. Binnen de ondersteunende diensten is er een verdere onderverdeling naar apotheek, labo, medische beeldvorming, spoedgevallen, consultaties, keuken, etc. Voor consultaties is 11 m² voorzien. Als tussenstap tussen de huidige wetgeving (BVR 2017) en de basissimulatie definiëren we BVR_bis 2017 als BVR 2017 met exclusie van de ruimte voor consultaties. De bijhorende bouwkosten voor consultatieruimtes worden eveneens uitgesloten in BVR_bis 2017 (op basis van de bedragen in het Advies NRZV 2007). Ook in de basissimulatie sluiten we de consultaties uit van de ondersteunende diensten. Voor de psychiatrische ziekenhuizen passen we dezelfde redenering toe. Er wordt 87,5 m² toegewezen aan een bed of plaats, waarvan 41,5 m² voor de ondersteunende diensten. Binnen de ondersteunende diensten is

ook 11 m² voor consultaties voorzien. Om de impact van de consultatieruimte op de forfaits voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen na te gaan, worden ze in een alternatief scenario opgenomen als aparte parameter (zie Beleidsfiche 5).

Overige projectkosten en correctiefactor

In overleg met het VIPA worden een aantal factoren constant gehouden doorheen alle simulaties. Voor deze factoren worden dus geen aparte scenario's uitgewerkt maar wordt de keuze die gemaakt is in de basissimulatie, doorgetrokken naar de andere simulaties. In het simulatiemodel is wel de mogelijkheid voorzien dat (de meerderheid van) deze factoren kunnen worden aangepast door het VIPA. Voorbeelden van factoren die niet in aparte scenario's worden uitgewerkt en dus vast worden gehouden in alle simulaties zijn het percentage overige projectkosten en de correctiefactor. Op basis van de ingezamelde gegevens vertegenwoordigen de overige projectkosten bijna 18% (zie sectie 5 in Hoofdstuk 5) van de totale kosten (zonder de kosten van roerende investeringen of P4) van het strategisch forfait voor de algemene ziekenhuizen. Dit kan in het huidige systeem vergeleken worden met de (globale) toeslag van 21% voor kosten boven plafond en algemene kosten. Bijgevolg werd er in het rapport voorgesteld om het huidige systeem te behouden. Voor de psychiatrische ziekenhuizen bedraagt de financiering van de kosten boven plafond en de algemene kosten 32% in het huidige systeem. In de ingezamelde gegevens vertegenwoordigen de overige projectkosten ongeveer 22%. In het rapport (zie sectie 3.1 in Hoofdstuk 7) worden een aantal verklaringen aangehaald voor het verschil tussen het huidige systeem en het percentage op basis van de ingezamelde gegevens. Op basis van deze vergelijking gebruiken we 32% in de simulaties.

Een tweede voorbeeld van een vaste factor is de zogenaamde correctiefactor (zie sectie 3.3.3 in Hoofdstuk 2). In de huidige toepassing wordt het instandhoudingsforfait met een bepaald percentage verminderd voor de bedragen die nog opgenomen zijn in het Budget Financiële Middelen (BFM) en voor de VIPA-gebruikstoelagen die het ziekenhuis nog ontvangt. Voor de concrete uitwerking van deze correcties zijn gegevens op het niveau van het individuele ziekenhuis nodig. Bovendien is de grootte van het correctiepercentage een aparte beleidskeuze (met een budgettaire doelstelling), die we op deze manier isoleren. Het instandhoudingsforfait wordt dus berekend zonder deze correcties (dus zowel in de basissimulatie als in de alternatieve scenario's is er geen correctiefactor opgenomen).

Gedwongen opnames

Voor meerdere parameters in de forfaits voor de psychiatrische ziekenhuizen is het aantal gedwongen opnames één van de eenheden. Zoals in het rapport werd benadrukt (zie bv. sectie 1.1 in Hoofdstuk 8) is verder onderzoek nodig om de ruimtebehoefte voor gedwongen opnames op een vergelijkbare basis te brengen met de ruimtebehoefte uitgedrukt in termen van een bed of plaats. Bijgevolg laten we het aantal gedwongen opnames volledig buiten beschouwing in de simulaties (basissimulatie en alternatieve scenario's).

Ruimtegebruik

Het ruimtegebruik voor een parameter wordt gemeten door het aantal m² te delen door het aantal eenheden. In het rapport werd het ruimtegebruik berekend op basis van de toen beschikbare gegevens voor de eenheden. De beschikbare eenheden kwamen niet altijd overeen met de voorgestelde eenheid. Voor de parameters waar de voorgestelde eenheid zeer sterk afweek van de eenheid waarmee het ruimtegebruik in het rapport berekend werd, hebben we het ruimtegebruik opnieuw berekend op basis van de voorgestelde eenheid, die als deel van deze studie werd opgevraagd. Het gaat over de parameters spoed en dialyse. Voor de parameter spoed bijvoorbeeld werd in het rapport als eenheid het aantal erkende

bedden en plaatsen gebruikt, terwijl we voorstellen om het aantal spoedunits als eenheid te gebruiken. Om deze aanpassing in ruimtegebruik mogelijk te maken, is er echter een herschaling nodig gezien de eenheid op sectorniveau is. De herschaling houdt in dat het aantal m² voor de sample van ziekenhuizen in het rapport wordt omgezet naar de volledige sector (alle algemene ziekenhuizen) op basis van het aantal erkende bedden en plaatsen.

Een tweede bemerking is dat voor de meeste parameters het aantal eenheden slechts beperkt variabel is doorheen de jaren. Voor enkele parameters, zoals bijvoorbeeld de parameter spoed met als eenheid het aantal spoedunits, kan het aantal wel sterk verschillen van jaar tot jaar.

Met een laatste opmerking bij het ruimtegebruik willen we de algemene kwaliteit van de ingezamelde gegevens opnieuw onder de aandacht brengen. Voor de algemene ziekenhuizen is het ruimtegebruik voor het strategisch forfait gebaseerd op de gegevens van de nieuwbouwprojecten, voor het instandhoudingsforfait op de enquêtegegevens. Voordeel van deze aanpak is dat de gegevens dicht aanleunen bij het doel van de forfaits, nadeel is dat het ruimtegebruik niet gelijk is voor beide forfaits. Voor de psychiatrische ziekenhuizen werden voor beide forfaits de gegevens van de nieuwbouwprojecten gebruikt. Voordeel van deze aanpak is dat de nieuwbouwprojecten meer ingericht zijn volgens de zorggroepen, nadeel is de zeer kleine sample voor sommige zorggroepen. In het rapport werd herhaaldelijk benadrukt dat het ruimtegebruik, zoals afgeleid uit de gegevens, niet (noodzakelijk) mag gelijkgesteld worden aan de ruimtebehoefte (zie ook sectie 2 in Hoofdstuk 11). Hiervoor is verder onderzoek nodig, dat buiten het bestek van dit rapport valt. Het simulatiemodel laat de opdrachtgever wel toe om sensitiviteitsanalyses te doen.

3.2 Beleidskeuzes in de basissimulatie

In Tabel A. 12 geven we de keuze van beleidsbeslissing voor de basissimulatie, de betrokken parameters (dit zijn de parameters waarvoor in de alternatieve scenario's een andere beleidsoptie wordt gesimuleerd) en de forfaits. Een meer gedetailleerde uitleg over deze en alternatieve beleidsopties volgt in de beleidsfiches (secties 4 tot en met 15).

Tabel A. 12 Beleidskeuzes, parameters en forfaits in de basissimulatie

Beleidskeuze	Parameter	Forfait
Afvlakking: 1 jaar	Verpleegeenheid	AZ-SF, AZ-IF
	Dagziekenhuis	AZ-SF, AZ-IF
	Intensieve zorgen (incl. NIC-dienst)	AZ-SF, AZ-IF
	Verloskwartier	AZ-SF, AZ-IF
	N*-eenheid	AZ-SF, AZ-IF
	Operatiekwartier	AZ-SF, AZ-IF
	Medische beeldvorming/nucleaire geneeskunde	AZ-SF, AZ-IF
	Centrale sterilisatieafdeling	AZ-SF, AZ-IF
	Apotheek	AZ-SF, AZ-IF
	Labo	AZ-SF, AZ-IF
Getrapte waarden: geen	Dialyse	AZ-SF, AZ-IF
	Spoed	AZ-SF, AZ-IF

Mix van eenheden: 100% vaste waarde	Verpleegeenheid Intensieve zorgen (incl. NIC-dienst) Apotheek Labo Medische beeldvorming/nucleaire geneeskunde	AZ-IF AZ-IF AZ-IF AZ-IF AZ-IF
Ondersteunende diensten*: geen aparte parameter	Verpleegeenheid Dagziekenhuis Intensieve zorgen (incl. NIC-dienst) Basis volledige hospitalisatie kind Basis daghospitalisatie kind Basis volledige hospitalisatie volwassene Basis daghospitalisatie volwassene Intensieve behandeling volwassene Basis hospitalisatie familiaal milieu Hospitalisatie ouderen Basis plus	AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF PZ-SF, PZ-IF PZ-SF, PZ-IF PZ-SF, PZ-IF PZ-SF, PZ-IF PZ-SF, PZ-IF PZ-SF, PZ-IF PZ-SF, PZ-IF PZ-SF, PZ-IF
Netwerkstimulans: geen	CSA Labo Apotheek	AZ-SF AZ-SF AZ-SF, PZ-SF
Indexatie: geen indexatie tot jaar van ingebruikname	Alle parameters	AZ-SF, PZ-SF
Omslagsleutel: toegepast voor parameters in BVR 2017**	Verpleegeenheid Dagziekenhuis N*-eenheid Medische beeldvorming/nucleaire geneeskunde Apotheek Labo Spoed Alle parameters voor PZ	AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF AZ-SF, AZ-IF PZ-SF, PZ-IF
Roerende investeringen (20% voor AZ en 8% voor PZ)	Alle parameters	AZ-SF, PZ-SF
Herconditionering: 30%	Alle parameters	AZ-SF, AZ-IF, PZ-SF, PZ-IF
Levensduur: 40 jaar	Alle parameters	AZ-SF, AZ-IF, PZ-SF, PZ-IF
Financieringscomponent: 32% voor SF en 10% voor IF	Alle parameters	AZ-SF, AZ-IF, PZ-SF, PZ-IF

*SF = strategisch forfait; IF = instandhoudingsforfait; AZ = algemeen ziekenhuis; PZ = psychiatrisch ziekenhuis; * betreft enkel de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten, consultaties zijn niet opgenomen; ** voor de nieuwe parameters wordt het omslagpercentage toegepast van de parameter waaruit ze zijn afgezonderd (zie ook Beleidsfiche 8)*

In secties 3.3 en 3.4 tonen we de resultaten van de basissimulatie, in secties 4 tot en met 15 (Beleidsfiches) komen de alternatieve beleidskeuzes aan bod. Voor elke beleidskeuze is een fiche opgesteld volgens eenzelfde structuur: omschrijving, rationale en toepassing. Bij de bespreking van de resultaten voor de

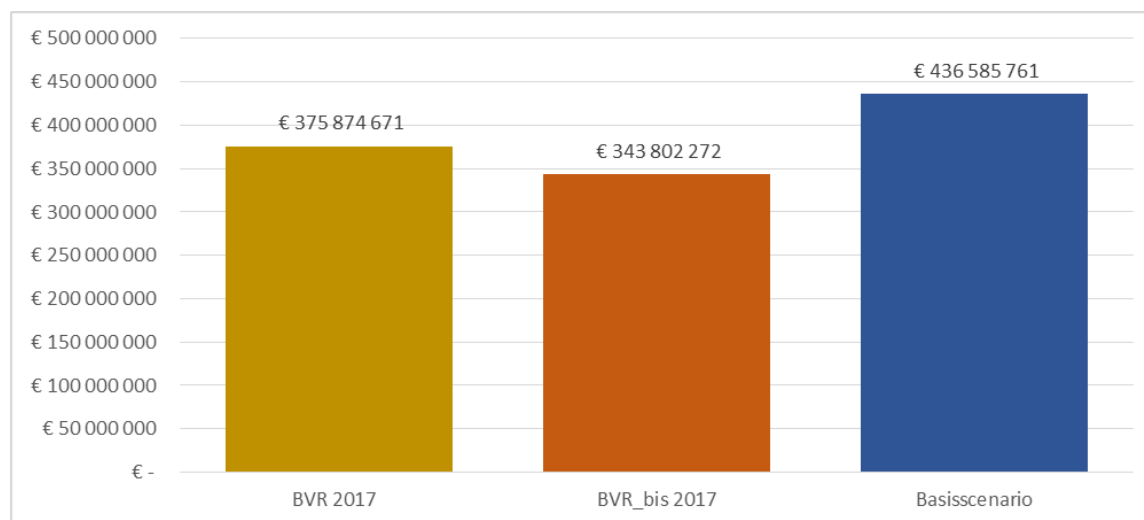
basissimulatie gaan we niet dieper in op de argumenten pro en contra van de diverse opties gezien deze aan bod komen in de beleidsfiches.

3.3 Resultaten algemene ziekenhuizen

3.3.1 Globale resultaten

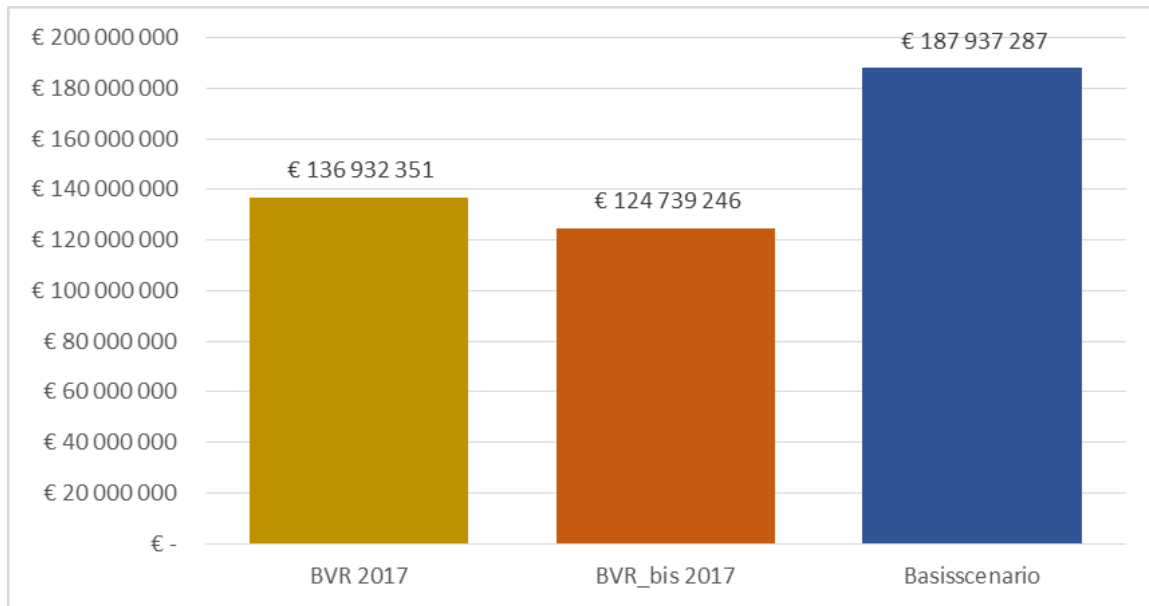
Figuur A. 1 toont het totale bedrag van het **strategisch forfait** (op jaarbasis) volgens het BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de algemene ziekenhuizen.

Het verschil in bedrag tussen BVR 2017 en BVR_bis 2017 is enkel te wijten aan de exclusie van de ruimte en de bijhorende kosten voor consultaties. Het bedrag voor de basissimulatie kan best vergeleken worden met het bedrag voor BVR_bis 2017 omdat ook in de basissimulatie de consultatieruimtes niet zijn opgenomen. Het verschil tussen beide bedragen heeft meerdere oorzaken (zie ook sectie 3.3.2 voor de resultaten per parameter): andere parameters, andere kosten per m², andere eenheden, ander ruimtegebruik, etc. Het simulatiemodel laat toe om één component (bv. het ruimtegebruik of de kosten) per parameter te vergelijken voor de verschillende scenario's gezien alle tussenstappen in de berekening van de forfaits ook apart zijn opgenomen.



Figuur A. 1 Strategisch forfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de algemene ziekenhuizen

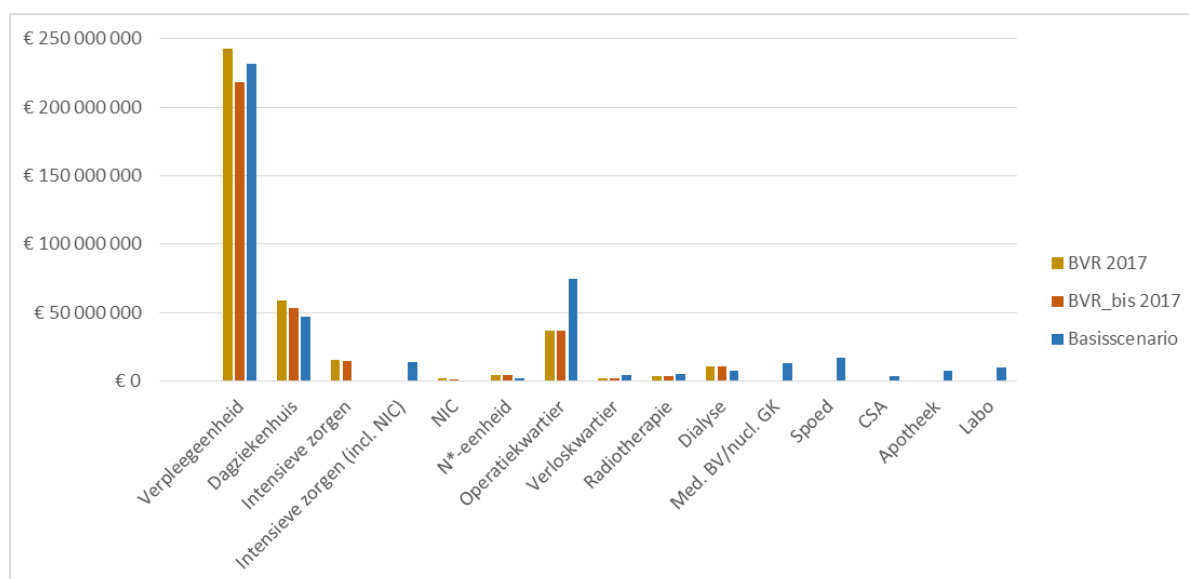
Figuur A. 2 toont het totale bedrag van het **instandhoudingsforfait** (op jaarbasis) volgens het BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de algemene ziekenhuizen. De verschillen tussen de drie resultaten (BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie) worden door dezelfde factoren verklaard als bij het strategisch forfait. Bovendien is er echter een duidelijk structureel verschil in de globale methode om de forfaits te berekenen. In BVR 2017 en BVR_bis 2017 wordt het instandhoudingsforfait berekend als een percentage van het strategisch forfait, terwijl voor de basissimulatie het instandhoudingsforfait gebaseerd is op kosten en ruimtegebruik ingezameld via een enquête bij de ziekenhuizen.



Figuur A. 2 Instandhoudingsforfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de algemene ziekenhuizen

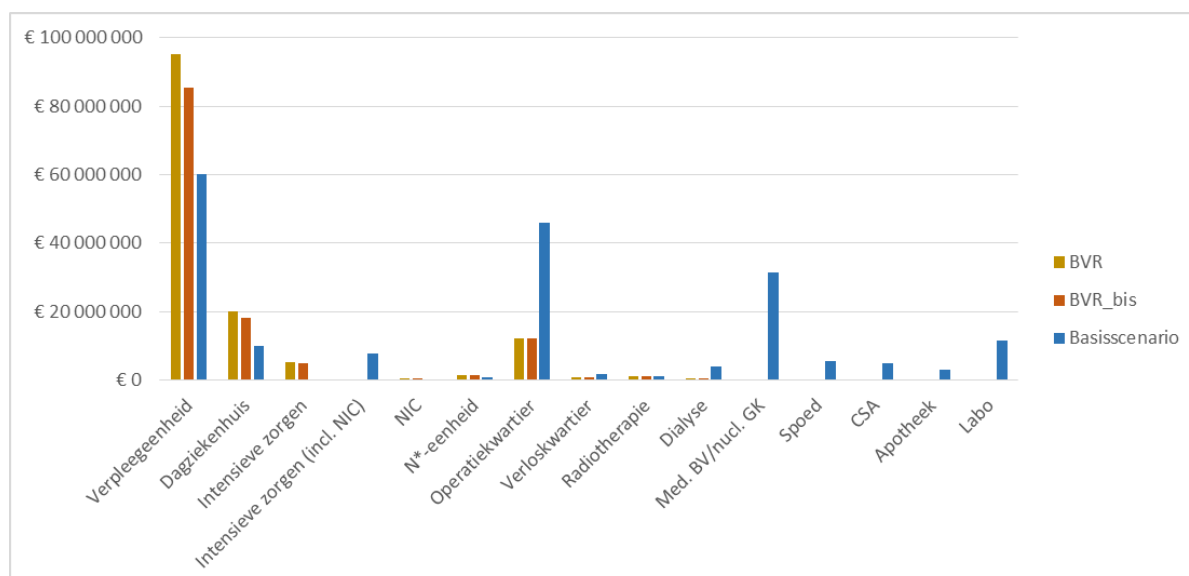
3.3.2 Resultaten per parameter

Figuur A. 3 toont het bedrag per parameter van het **strategisch forfait** (op jaarbasis) volgens het BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de algemene ziekenhuizen. Voor de nieuwe parameters (bv. de zorggerelateerde ondersteunende diensten) is er enkel een waarde voor de basissimulatie, want in BVR 2017 en BVR_bis 2017 zijn die diensten opgenomen onder de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, intensieve zorgen en NIC-dienst (zie Beleidsfiche 4). In BVR 2017 en BVR_bis 2017 is de NIC-dienst een aparte parameter, in de basissimulatie is de NIC-dienst opgenomen in de parameter intensieve zorgen. Voor de parameters die wel vergelijkbaar zijn tussen BVR_bis 2017 en de basissimulatie is het verschil het grootst voor het operatiekwartier, voornamelijk door de hogere bouwkosten (zie sectie 3.2 in Hoofdstuk 5). De hogere waarden voor het operatiekwartier verklaren ongeveer de helft van het verschil tussen BVR_bis 2017 en de basissimulatie.



Figuur A.3 Strategisch forfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie, per parameter voor de algemene ziekenhuizen

Figuur A. 4 toont het bedrag per parameter van het **instandhoudingsforfait** (op jaarbasis) volgens het BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de algemene ziekenhuizen. Ook hier is het bedrag voor de parameter operatiekwardier substantieel hoger in de basissimulatie (zie sectie 3.2 in Hoofdstuk 6). Noteer dat dit resultaat is afgeleid met nieuwe gegevens en dus niet afhankelijk is van het gelijkaardige resultaat voor het strategisch forfait. De nieuwe behandeling van de ondersteunende diensten leidt tot een daling voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis, die veel belangrijker is dan in het geval van het strategisch forfait. Voor sommige van de desbetreffende parameters (bv. medische beeldvorming/nucleaire geneeskunde of CSA) is het bedrag inderdaad hoger voor het instandhoudingsforfait dan voor het strategisch forfait. Het hoge bedrag voor het instandhoudingsforfait is grotendeels te wijten aan de kosten voor materieel.



Figuur A. 4 Instandhoudingsforfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie, per parameter voor de algemene ziekenhuizen

3.4 Resultaten psychiatrische ziekenhuizen

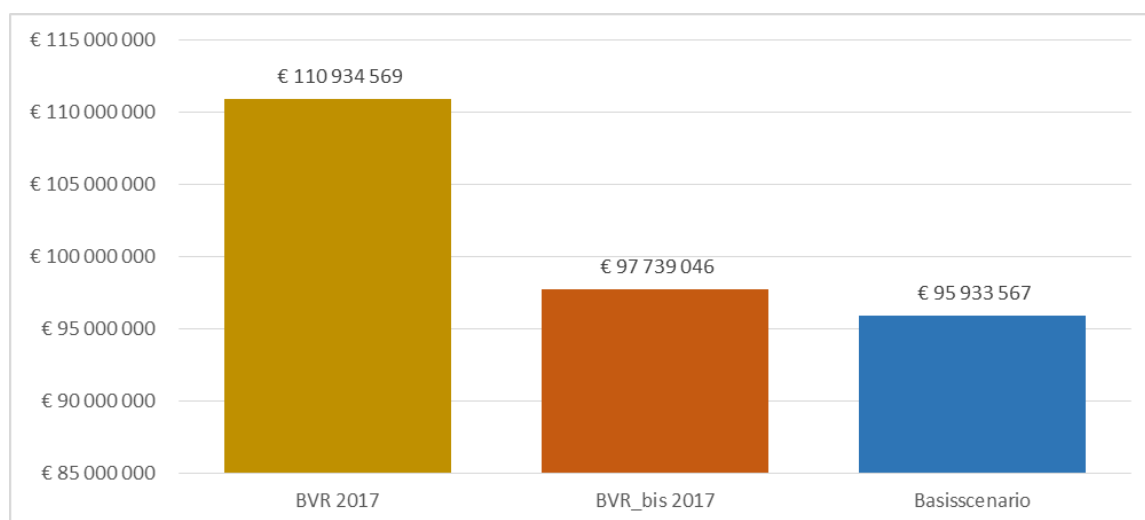
3.4.1 Globale resultaten

Figuur A. 5 toont het totale bedrag van het **strategisch forfait** (op jaarbasis) volgens het BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de psychiatrische ziekenhuizen. Net zoals voor de algemene ziekenhuizen is het verschil in bedrag tussen BVR 2017 en BVR_bis 2017 enkel te wijten aan de exclusie van de ruimte en de bijhorende kosten voor consultaties. Het bedrag voor de basissimulatie kan ook hier best vergeleken worden met het bedrag voor BVR_bis 2017 omdat ook in de basissimulatie de consultatieruimtes niet zijn opgenomen. Noteer wel dat de verticale schaal van de figuren verschilt voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. Het procentuele verschil tussen de waarde voor BVR 2017 en BVR_bis 2017 is zeer gelijklopend tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen (ongeveer 10%).

Er is een relatief beperkt verschil tussen het bedrag van het strategisch forfait in BVR_bis 2017 en in de basissimulatie, ondanks de volledig andere benadering (cf. de zorggroepen in de basissimulatie). Bij de interpretatie van deze resultaten willen we toch nog eens herinneren aan de beperkingen van de ingezamelde gegevens. Voor bepaalde zorggroepen (zie ook Figuur A. 7) zijn de resultaten gebaseerd op een zeer beperkte of heterogeen samengestelde sample (bv. voor de zorggroep “basis plus”). Bovendien zijn de gebruikte schattingen van het ruimtegebruik in het geval van de psychiatrische ziekenhuizen nog minder robuust dan voor de algemene ziekenhuizen, omdat ze soms berusten op relatief onzekere veronderstellingen. Sensitiviteitsanalyse op deze resultaten is dus noodzakelijk om een realistische inschatting te krijgen van het verwachte benodigde budget.

Merk tot slot ook op dat er geen gegevens opgenomen zijn voor de parameter basis hospitalisatie familiaal milieu gezien ook in het rapport geen gegevens beschikbaar waren. Dit geldt zowel voor het strategisch als het instandhoudingsforfait. Wanneer we ook in BVR 2017 en BVR_bis 2017 het aantal eenheden (Erkende Tf-bedden + erkende Tf-dagplaatsen⁷²⁵) voor de dienst voor psychiatrische zorg in familiaal milieu verwijderen, dan wordt het strategisch forfait gelijk aan € 106 207 182 voor BVR 2017 en € 93 573 975 voor BVR_bis 2017.

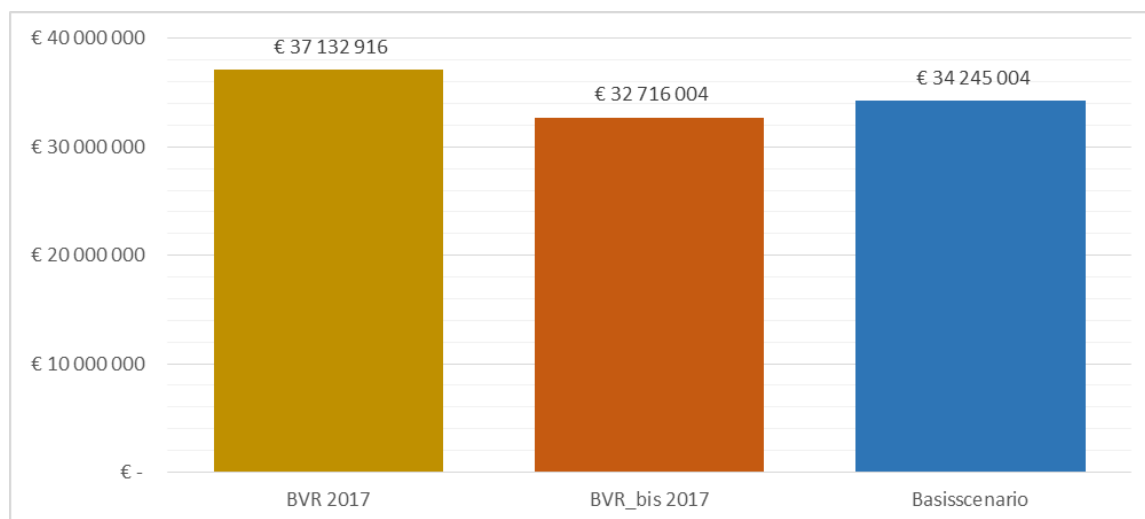
725 De vergelijking gaat niet volledig op gezien in de eenheid van de scenario's de bevroren bedden Tf van de eenheid worden afgetrokken. In de eenheden van de parameters in BVR 2017 en BVR_bis 2017 zitten echter geen bevroren bedden.



Figuur A. 5 Strategisch forfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de psychiatrische ziekenhuizen

Figuur A. 6 toont de totale bedragen voor het **instandhoudingsforfait** van de psychiatrische ziekenhuizen. Deze bieden een zeer gelijklopend beeld: een verschil van ongeveer 10% tussen BVR 2017 en BVR_bis 2017 omwille van de verschillende behandeling van de consultatieruimte, en een beperkt verschil tussen BVR_bis 2017 en het basisscenario.

Wanneer we zoals bij het strategisch forfait ook in BVR 2017 en BVR_bis 2017 het aantal eenheden (Erkende Tf-bedden + erkende Tf-dagplaatsen) voor de dienst voor psychiatrische zorg in familiaal milieu verwijderen, dan wordt het instandhoudingsforfait gelijk aan € 35 540 450 voor BVR 2017 en € 31 312 959 voor BVR_bis 2017.



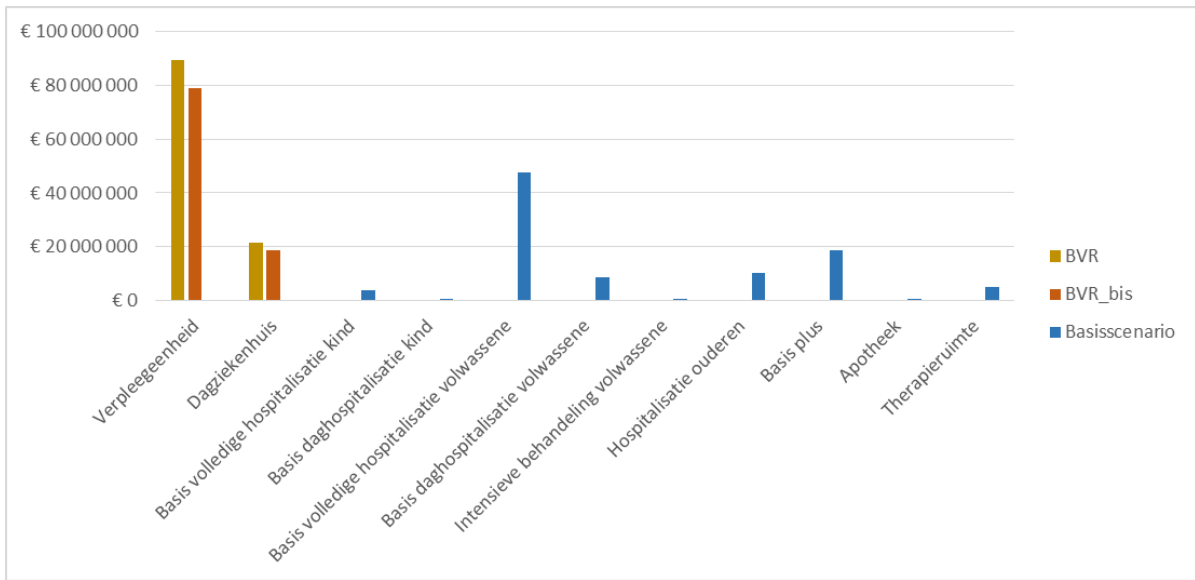
Figuur A. 6 Instandhoudingsforfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie voor de psychiatrische ziekenhuizen

3.4.2 Resultaten per parameter

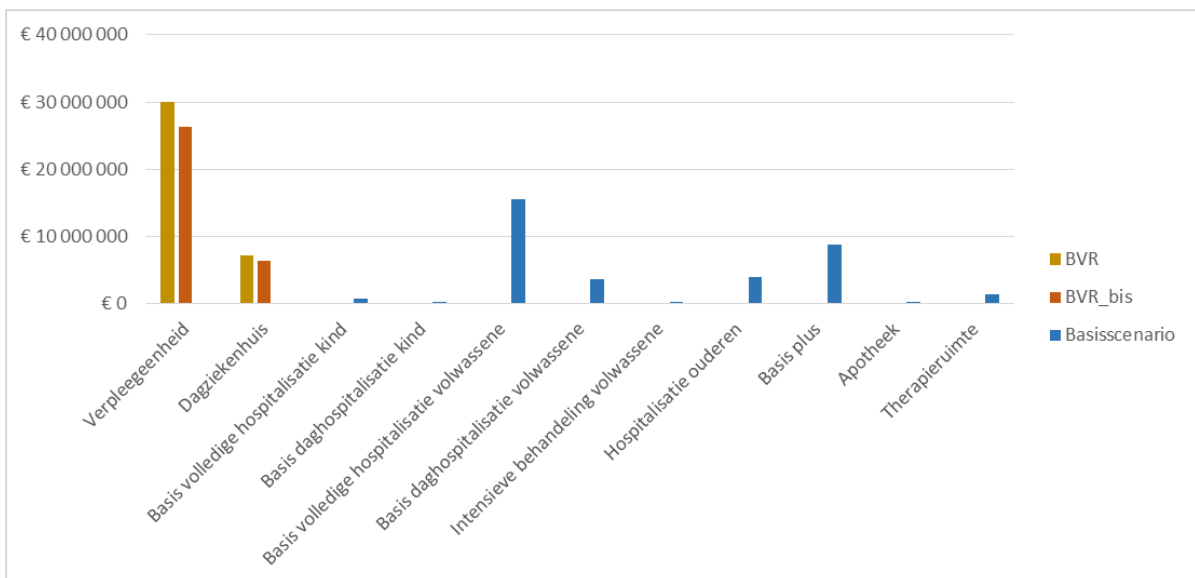
Figuur A. 7 en Figuur A. 8 tonen de resultaten per parameter voor respectievelijk het strategisch en het instandhoudingsforfait. Omdat de wijze waarop de parameters gedefinieerd zijn volledig verschillend is

tussen BVR_bis 2017 en het basisscenario, levert vergelijking van de scenario's in dit geval weinig inzichten op. Per zorggroep kan er in het simulatiemodel (net als in het rapport) wel eenvoudig gekeken worden of het ruimtegebruik, de eenheden of de kosten sterk afwijken van de gerelateerde parameter in het BVR_bis 2017 (nl. verpleegeenheid en dagziekenhuis).

Interessanter is de vergelijking van de waarden voor het strategisch en het instandhoudingsforfait. Het is opvallend dat de rangschikking van de bedragen voor de verschillende zorggroepen volledig parallel is in de twee gevallen, met de hoogste waarden (niet verrassend) voor basis volledige hospitalisatie volwassene, basis plus en hospitalisatie ouderen.



Figuur A. 7 Strategisch forfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie, per parameter voor de psychiatrische ziekenhuizen



Figuur A. 8 Instandhoudingsforfait op jaarbasis voor BVR 2017, BVR_bis 2017 en de basissimulatie, per parameter voor de psychiatrische ziekenhuizen

4 Beleidsfiche 1: afvlakking

Omschrijving	Het afvlakken van tijdreeksgegevens kan op verschillende manieren gebeuren. Bij een eenvoudig voortschrijdend gemiddelde wordt het ongewogen gemiddelde van een aantal vroegere datapunten berekend. Wanneer een nieuw datapunt beschikbaar is, valt de oudste waarde weg. Bij exponentiële afvlakking wordt een groter gewicht gegeven aan meer recente datapunten.
Rationale	Zowel in de huidige regelgeving (bv. BVR 2017) als in het nieuwe voorstel zijn een aantal eenheden opgenomen die kunnen wijzigen doorheen de tijd. In sommige gevallen is het voor de ziekenhuizen echter moeilijk om hun infrastructuur aan te passen en moet de bestaande infrastructuur in elk geval in stand gehouden worden. Afgevlakte waarden kunnen vermijden dat de financieringsstroom op korte termijn onvoorspelbaar wordt voor de ziekenhuizen en ze maken het mogelijk om de schok van de aanpassing over de tijd te spreiden en mogelijke aanpassingen aan de infrastructuur beter in te plannen. De financiële onzekerheid vermindert, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de Europese regelgeving die een onvoorwaardelijke vordering voor een zeker bedrag niet toelaat.
Toepassing	<p>Bij de concrete toepassing moeten volgende keuzes gemaakt worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eenvoudig voortschrijdend gemiddelde of exponentiële afvlakking • Aantal jaren dat wordt meegenomen • Welke eenheden worden “afgevlakt” (deze eenheden kunnen dus in meerdere parameters terugkomen) <p>In deze toepassing is de belangrijkste doelstelling van het werken met afgevlakte waarden het opvangen van schokken. Bijgevolg is het voorstel om te werken met een eenvoudig voortschrijdend gemiddelde.⁷²⁶</p> <p>De keuze voor het aantal jaren die meegenomen worden in de berekening van het voortschrijdend gemiddelde is relatief arbitrair. Hoe langer de tijdshorizon, hoe kleiner de impact van een bijkomend datapunt zal zijn. We stellen in het alternatieve scenario voor om datapunten voor drie jaar mee te nemen in de berekening. Een belangrijke voorwaarde, zeker voor het werken met meerdere jaren, is dat de gehanteerde gegevensbronnen homogeen in de tijd blijven.</p> <p>Afvlakking kan in principe toegepast worden op alle eenheden waarvoor de waarde (sterk) kan wijzigen van jaar tot jaar. In het rapport wordt afvlakking voorgesteld voor alle eenheden die veranderen in functie van de zorgactiviteit. Wanneer echter het aantal eenheden in absolute termen heel groot is, en wijzigingen niet noodzakelijk hoeven te leiden tot infrastructuraanpassingen, zoals voor het aantal spoedunits of het aantal chronische hemodialyses, nemen we geen afgevlakte waarde. Voor deze</p>

726 Een mogelijk alternatief is om het aantal eenheden x jaren vast te houden op het aantal van jaar t , en pas in jaar $t+x$ het aantal eenheden opnieuw aan te passen. Met deze methode is het aantal schokken kleiner in vergelijking met een eenvoudig voortschrijdend gemiddelde maar kan de omvang van de schokken veel groter zijn. Dit alternatief is niet opgenomen in het simulatiemodel.

eenheden is het meer aangewezen om de financiële onzekerheid te verminderen door met getrapte waarden te werken (zie Beleidsfiche2).

Concreet passen we afvlakking toe op alle eenheden voor de algemene ziekenhuizen die een van de volgende subcomponenten bevatten: verantwoorde bedden, verantwoorde NIC-bedden, plaatsen, gefinancierde bedden intensieve zorgen, weerhouden en verantwoorde zalen en aantal verlossingen. De afvlakking wordt hierbij toegepast op de “finale” eenheid. Voor de parameter verpleegeenheid betekent dit dat de afvlakking wordt toegepast op het minimum van het aantal goedgekeurde en verantwoorde bedden en niet op het aantal verantwoorde bedden zelf.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen kan afvlakking in principe ook toegepast worden voor het aantal gedwongen opnames. Omdat verder onderzoek vereist is om de eenheid gedwongen opnames af te stemmen op de eenheid van de andere parameters (bv. bedden) laten we het aantal gedwongen opnames buiten beschouwing (zowel in de basissimulatie als in het alternatieve scenario met afvlakking, zie ook sectie 3.1). In het simulatiemodel is wel de mogelijkheid voorzien om afgevlakte waarden te berekenen voor het aantal gedwongen opnames.

5 Beleidsfiche 2: getrapte waarden

Omschrijving Bij getrapte waarden worden de oorspronkelijke aantallen van de eenheden afgerond naar het dichtstbijzijnde tiental/honderdtal/duizendtal of een andere gespecificeerde getallencategorie (bv. in sprongen van 200).

Rationale Voor alle eenheden die uitgedrukt worden in continue variabelen die kunnen wijzigen doorheen de tijd, verandert ook het bedrag van de forfaits van jaar tot jaar. Om deze voortdurende schokken op te vangen die nopen tot permanente, mogelijk relatief kleine, aanpassingen en daardoor grote administratieve kosten veroorzaken, hebben we voorgesteld om te werken met getrapte waarden, waardoor de forfaits niet meer jaarlijks zouden veranderen. Met getrapte waarden blijven de jaarlijkse forfaits langer stabiel. Bovendien kan een getrapte waarde prikkels tot overconsumptie verminderen, wanneer een kleine toename in de activiteit en dus in de waarde van de eenheid financiële gevolgen heeft. Een systeem met getrapte waarden kan echter wel nog steeds prikkels voor overconsumptie geven voor ziekenhuizen die net onder de drempelwaarde zitten van een volgende trap.

De voor- en nadelen van deze benadering worden geïllustreerd in Figuur 1 van het rapport.

Toepassing Bij de concrete toepassing moeten volgende keuzes gemaakt worden:

- Aantal trappen en bijhorende drempelwaarde
- Voor welke eenheden dit van toepassing is

We stellen voor om, indien er gekozen wordt om met getrapte waarden te werken, dit principe toe te passen wanneer het aantal eenheden in absolute termen heel groot en zeer variabel is, zoals voor het aantal speedunits of het aantal chronische hemodialyses.

In Hoofdstuk 4, sectie 1.4.1 van het rapport worden twee alternatieven voorgesteld om de drempelwaarden van de trappen te berekenen. Een eenvoudige manier bestaat erin om het verschil tussen de hoogste en de laagste geobserveerde waarde te berekenen en dan dat verschil in gelijke segmenten te verdelen. Idealiter houdt men rekening met de statistische verdeling van de waarde van de eenheid over alle Vlaamse ziekenhuizen. Omdat het aantal eenheden niet is opgevraagd op het niveau van een individueel ziekenhuis, was het niet mogelijk om een voorstel van trappen uit te werken dat rekening houdt met die statistische verdeling.

Bij het uitwerken van de trappen moet er ook beslist worden vanaf welk punt de eerste trede start (bij nul of een hogere waarde). In sommige gevallen moeten de ziekenhuizen infrastructuur voorzien, ook wanneer de activiteit nul is (bv. in het geval van gedwongen opnames). Bij gebrek aan gegevens voor de individuele ziekenhuizen werd geen alternatief scenario voorgesteld in het simulatiemodel. Getrapte waarden zijn immers niet zo zinvol wanneer we ze toepassen op de geaggregeerde gegevens.

In principe kan een getrapte benadering ook toegepast worden op de eenheden waar we voorstellen om met afgevlakte waarden te werken. De doelstellingen van beide benaderingen zijn immers verschillend.

6 Beleidsfiche 3: mix van eenheden

Omschrijving Voor sommige parameters is een mix van verschillende eenheden aangewezen eerder dan één enkele eenheid. Hierbij krijgt elke eenheid een bepaald gewicht in de finaal gebruikte eenheid. Bij een mix van twee eenheden krijgen we volgende formule: $\bar{E} = \alpha E_1 + (1 - \alpha)E_2$ waarbij α het gewicht voorstelt van de aparte eenheden E_1 en E_2 . De parameter α ligt standaard tussen 0 en 1.

Rationale Idealiter voldoet de eenheid van een parameter aan de criteria die zijn opgesomd in sectie 1.4.3 van Hoofdstuk 4 van het rapport. De criteria kunnen echter met elkaar in strijd zijn, waardoor geen enkele eenheid als beste eenheid kan beschouwd worden. Door met een mix van eenheden te werken, en door de keuze van het gewicht, kunnen de nadelen van de ene eenheid gedeeltelijk opgevangen worden door de voordelen van een andere eenheid. Deze methode verhoogt echter wel de complexiteit en vermindert de transparantie.

De waarde van het gewicht dat aan elke eenheid wordt toegewezen, is een beleidskeuze. Hoe groter het gewicht, hoe meer die eenheid zal doorwegen in het uiteindelijke resultaat.

Toepassing In het rapport werd voorgesteld om met een mix van eenheden te werken voor volgende parameters:

- verpleegeenheid (AZ-IF): mix van erkende en verantwoorde bedden
- intensieve zorgen (AZ-IF): mix van erkende en gefinancierde bedden intensieve zorgen en NIC-dienst (AZ-IF): mix van erkende en verantwoorde NIC-bedden

- apotheek, labo, medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde (AZ-IF): som van aantal plaatsen en aantal bedden (cf. de parameter verpleegeenheid voor de berekening van het aantal bedden).

Voor- en nadelen van de aparte eenheden zijn:

- Het aantal erkende bedden is minder onderhevig aan (jaarlijkse) fluctuaties, waardoor er voor de ziekenhuizen minder financiële onzekerheid is en voor het VIPA minder administratieve last. Het aantal erkende bedden weerspiegelt echter niet noodzakelijk de huidige zorgactiviteit en dus de huidige ruimtebehoefte.
- Het aantal verantwoorde bedden is een betere afspiegeling van de zorgactiviteit. Voor de meeste kenletters is er een dalende trend in het aantal verantwoorde bedden. Hoe groter het gewicht van het aantal verantwoorde bedden, hoe lager het bedrag voor de parameter verpleegeenheid in het instandhoudingsforfait. Wanneer echter de gebouwde oppervlakte van bv. een C- of D-afdeling gebaseerd is op het (hoger) aantal erkende bedden, dan zal het instandhoudingsforfait voor de verpleegeenheid niet volstaan om de investeringen voor groot onderhoud en vernieuwing van het materieel te dekken.
- De voor- en nadelen van het aantal gefinancierde bedden zijn vergelijkbaar met die van het aantal verantwoorde bedden. Het aantal gefinancierde bedden varieert echter minder in functie van de activiteit dan het aantal verantwoorde bedden.

Bij de concrete toepassing moet ook het gewicht van de vaste en variabele component gekozen worden. We simuleren gewichten van 0,25; 0,50 en 0,75 voor de variabele eenheid.

7 Beleidsfiche 4: ondersteunende diensten

Omschrijving In het huidige systeem voor de algemene ziekenhuizen wordt de ruimtebehoefte van de ondersteunende diensten opgenomen onder de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, intensieve zorgen en NIC-dienst. De bouwprijs voor een bed of plaats is dan de gewogen som van de (“oorspronkelijke”) bouwprijs voor een bed/plaats en de bouwprijs voor de verschillende types van ondersteunende diensten. Op analoge wijze zit bij de psychiatrische ziekenhuizen de financiering voor de ondersteunende diensten verweven in de financiering van de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis.

In het rapport wordt voorgesteld om dit systeem te wijzigen (zie ook de basissimulatie). Voor de algemene ziekenhuizen stellen we voor om de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten onder de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis op te nemen, maar om zorggerelateerde ondersteunende diensten (labo, apotheek, centrale sterilisatieafdeling, spoed, medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde) als aparte parameters te behouden. Voor de psychiatrische ziekenhuizen passen we hetzelfde principe toe, maar met een meer beperkte set van zorggerelateerde ondersteunende diensten: apotheek en specifieke therapieruimten. De niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten worden dan toegewezen aan de zorggroepen.

Kosten en ruimtegebruik van de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten kunnen op verschillende manieren toegewezen worden aan hetzij verpleegeenheden en dagziekenhuis (bij de algemene ziekenhuizen), hetzij de zorggroepen (bij de psychiatrische ziekenhuizen). In het rapport bekijken we verschillende alternatieven (waaronder een gelijke verdeling en, voor het ruimtegebruik, een verdeling op basis van m²), maar uiteindelijk stellen we voor om kosten en ruimtegebruik toe te wijzen in verhouding tot het aandeel bedden/plaatsen van verpleegeenheden en dagziekenhuis (voor de algemene ziekenhuizen) en van de zorggroepen (voor de psychiatrische ziekenhuizen) in het totaal van erkende bedden/plaatsen.

In deze fiche worden de argumenten voor deze verschillende keuzes toegelicht. Bovendien vergelijken we het basisscenario met een scenario waarbij alle niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten als aparte parameter worden behouden.

Rationale

Waarom worden de zorggerelateerde ondersteunende diensten apart gehouden en de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten niet?

Wanneer alle ondersteunende diensten op het niveau van het ziekenhuis worden geaggregeerd, worden samenwerking en gemeenschappelijke investeringen tussen verschillende ziekenhuizen bemoeilijkt. Het heeft daarom zin om aparte parameters te definiëren voor infrastructuur waarin bij voorkeur door meerdere partijen van een samenwerkingsverband samen wordt geïnvesteerd. Bovendien willen we ook rekening houden met de toekomstige evolutie naar meer ambulantisering, gekoppeld aan een vermindering van het aantal bedden.

Deze argumenten zijn vooral relevant voor de zorggerelateerde ondersteunende diensten. Een aparte parameter laat toe om een netwerkstimulus in te bouwen in de financiering. Zoals toegelicht in Beleidsfiche 6 stellen we een dergelijke stimulus voor CSA, apotheek en labo voor, waarbij de subsidiëring relatief minder genereus zou worden wanneer de infrastructuur op het niveau van een ziekenhuis wordt uitgebouwd in plaats van op het niveau van een samenwerkingsverband.

Het behouden van aparte parameters heeft als bijkomend voordeel dat de financiering transparanter wordt. Dit heeft een groot voordeel, bv. voor spoed, omdat het aantal contacten op spoed geen proportioneel verband vertoont met de grootte van het ziekenhuis, gemeten in termen van het aantal verantwoorde bedden. Bovendien maken aparte parameters het ook mogelijk om de infrastructuurkosten voor een deelproject, bv. de uitbouw van een spoeddienst, los van een investering in bv. het beddenhuis afzonderlijk te subsidiëren. Een ander voorbeeld: voor ziekenhuizen die beroep doen op een externe sterilisatiedienst kan het bedrag voor de parameter CSA gebruikt worden voor de financiering van de uitbesteding.

Het argument dat kosten en ruimtegebruik transparanter worden bij een aparte behandeling geldt ook voor de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten. Ook de kosten per m² en de ruimtebehoefte van de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis zouden beter kunnen aansluiten bij de werkelijke kosten en ruimtebehoefte, indien bv. de kosten per m² voor een verpleegeenheid niet zouden berekend worden als een gemiddelde van de kosten per m² voor een verpleegeenheid

en die voor de ondersteunende diensten. Alle ondersteunende diensten apart houden komt echter in conflict met het pragmatische criterium om het aantal parameters en eenheden beperkt te houden. Omdat de ondersteunende diensten een heterogene groep vormen die niet allemaal door eenzelfde eenheid kunnen voorgesteld worden, zouden er meerdere parameters moeten voorzien worden voor de ondersteunende diensten, ieder met een andere eenheid. Een dergelijke ingewikkelde structuur zou de transparantie niet bevorderen. We hebben er daarom voor geopteerd om enkel de zorggerelateerde ondersteunende diensten apart te houden.

Bij de algemene ziekenhuizen zouden de ondersteunende diensten in principe kunnen toegewezen worden aan alle of het merendeel van de andere parameters en niet enkel aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis. Zo worden in het huidige systeem ook de parameters intensieve zorgen en NIC-dienst meegenomen. We hebben ervoor geopteerd om dat niet te doen. Ten eerste zijn de twee parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis in ieder ziekenhuis aanwezig (in tegenstelling tot bv. de NIC-dienst), wat ervoor zorgt dat de ruimtebehoefte in onze gegevens kon berekend worden op basis van eenheden van alle ziekenhuizen. Ten tweede zorgt onze keuze ervoor dat de bouwkosten voor de parameters waarbij technieken een groter belang hebben (bv. intensieve zorgen) transparant zijn en dus ook eenvoudig kunnen aangepast worden aan wijzigingen vanwege technische evoluties.

Hoe worden de kosten en de ruimtebehoefte voor de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten toegewezen?

Er zijn verschillende mogelijkheden om de ondersteunende diensten toe te wijzen aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis van de algemene ziekenhuizen. Voor de kosten is de gemakkelijkste manier om de totale kosten van de ondersteunende diensten gelijk te verdelen over de twee parameters. Deze methode houdt echter absoluut geen rekening met de relatieve grootte van de kosten voor beide parameters. Een meer zinvol alternatief is om ervan uit te gaan dat de kosten van ondersteunende diensten samenhangen met het aantal patiënten, en dat het aantal patiënten kan benaderd worden met het aantal bedden/plaatsen. Dat betekent dat we de kosten van ondersteunende diensten kunnen verdelen over de verpleegeenheid en het dagziekenhuis in verhouding tot hun aandeel in het aantal erkende bedden/plaatsen.

Bij de psychiatrische ziekenhuizen worden we met een analoog keuzeprobleem geconfronteerd. De eerste mogelijkheid zou er dan in bestaan om de totale kosten van de ondersteunende diensten gelijk te verdelen over alle zorggroepen (concreet: 1/8 van de kosten en m² van de ondersteunende diensten voor elke zorggroep). Ook hier zou deze methode ertoe leiden dat relatief kleine zorggroepen overgefinancierd worden voor de ondersteunende diensten en grote zorggroepen ondergefinancierd. Zoals bij de algemene ziekenhuizen is het meer aanvaardbaar om ervan uit te gaan dat de kosten van ondersteunende diensten sterk gecorreleerd zijn met het aantal patiënten in die zorggroepen, en dat het aantal patiënten zinvol kan benaderd worden met het aantal erkende bedden/plaatsen. Dit pleit er dus voor om de kosten van ondersteunende diensten te verdelen over de zorggroepen in verhouding tot hun aandeel in het aantal erkende bedden/plaatsen.

Zowel bij de algemene als bij de psychiatrische ziekenhuizen is dit natuurlijk slechts een benadering. De link tussen bedden/plaatsen en kosten is niet altijd evident. Zo leiden bij de algemene ziekenhuizen meer dagziekenhuisforfaits niet noodzakelijk tot meer infrastructuurnoden voor ondersteunende diensten. Bovendien vormen de ondersteunende diensten een heterogene groep en omvatten ze ook diensten waarbij de kosten minder direct gelinkt zijn met het aantal bedden/plaatsen. Zo hangen sommige ondersteunende diensten eerder samen met het aantal personeelsleden van het ziekenhuis dan met het aantal bedden (bv. vergaderzalen of personeelsrestaurant). We beschikken echter niet over de nodige informatie om dergelijke verfijnde toewijzing uit te werken en bovendien zou dit de berekening van de forfaits zeer complex maken.

Bij de uitsplitsing en toewijzing van de ondersteunende diensten moet ook hun ruimtegebruik uitgesplitst worden. De twee sleutels die voor de kosten beschreven werden kunnen ook hier worden toegepast. Een voor de hand liggende derde mogelijkheid zou zijn om de verhouding van de m^2 te gebruiken. Bij de algemene ziekenhuizen verschilt deze toewijzing niet sterk van die op basis van het aantal bedden/plaatsen. Bij de psychiatrische ziekenhuizen zijn de verschillen echter substantieel. Het is niet evident om uit te maken wat de beste methode is. De methode die vertrekt van de m^2 gebruikt door de zorggroepen, is wellicht dynamischer, omdat wijzigingen in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg eerder tot uitdrukking komen in het ruimtegebruik voor de verschillende zorggroepen dan in het meer statische gegeven van het aantal erkende plaatsen en bedden per type. Anderzijds is de tweede methode op basis van het erkende aantal bedden/plaatsen gemakkelijker te implementeren, omdat die informatie gemakkelijker beschikbaar is. De uiteindelijke keuze moet door de beleidsmakers gemaakt worden, maar in het rapport opteren we voor de eenvoudigste oplossing die erin bestaat om zowel kosten als m^2 te versleutelen op basis van het aandeel in het totaal aantal bedden en plaatsen. Deze aanpak heeft het bijkomende voordeel dat de versleuteling coherent is tussen de beide gevallen.

In het rapport wordt verder uitvoerig ingegaan op het gebrek aan voldoende bruikbare informatie over de ondersteunende diensten voor het strategisch forfait bij de psychiatrische ziekenhuizen, waardoor het ruimtegebruik voor de ondersteunende diensten niet op een relevante wijze kan berekend worden. Daarom moeten daarvoor bijkomende veronderstellingen gemaakt worden, die we in het volgende punt toelichten.

Toepassing

In het *basisscenario* worden alle door ons verkozen opties opgenomen om een vergelijking met het huidige systeem (BVR_bis 2017) mogelijk te maken:

- Als eenheid voor de parameter “ondersteunende diensten” wordt dezelfde eenheid gekozen als voor enkele zorggerelateerde ondersteunende diensten, nl. de som van het aantal bedden en plaatsen (zoals gedefinieerd voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis).
 - De zorggerelateerde ondersteunende diensten worden als aparte parameters opgenomen.
-

- Bij de algemene ziekenhuizen worden de kosten en het ruimtegebruik voor de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten toegewezen aan de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis in verhouding tot het aantal bedden en plaatsen.
 - Bij de psychiatrische ziekenhuizen worden de kosten en het ruimtegebruik voor de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten idealiter toegewezen aan de zorggroepen, op basis van de grootte (aantal bedden en plaatsen) van een zorggroep. Deze aanpak is echter niet mogelijk, omdat er in de steekproef geen gegevens beschikbaar zijn over alle ondersteunende diensten van een volledig ziekenhuis. Voor de berekeningen maken we daarom de volgende veronderstellingen:
 - het ruimtegebruik van de ondersteunende diensten is beschikbaar voor het instandhoudingsforfait. We gaan ervan uit dat deze gegevens ook kunnen gebruikt worden voor het strategisch forfait. Deze bedragen worden dan opgeteld bij het reeds bestaande ruimtegebruik per zorggroep.
 - voor de bouwkosten berekenen we de verhouding bouwkosten exclusief ondersteunende diensten over bouwkosten inclusief ondersteunende diensten voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis bij de algemene ziekenhuizen. De tweede verhouding wordt toegepast op de zorggroepen met “dag” in de psychiatrische ziekenhuizen (-15% in kosten), voor de andere zorggroepen in de psychiatrische ziekenhuizen wordt de eerste verhouding (die voor verpleegeenheid) toegepast (-8% in kosten). Uit de vergelijking van verschillende methoden bleek deze benadering de meest realistische resultaten op te leveren. Logischerwijze zijn hierdoor het strategisch forfait van algemene en psychiatrische ziekenhuizen op elkaar afgestemd.
-

8 Beleidsfiche 5: consultatieruimte

Omschrijving In het BVR 2017 zijn de consultatieruimtes opgenomen onder de ondersteunende diensten, zowel voor de algemene ziekenhuizen als voor de psychiatrische ziekenhuizen (zie ook sectie 3.1 van deze bijlage). In BVR_bis 2017 en in de basissimulatie werden het ruimtegebruik voor de consultaties en de bijhorende kosten niet meer opgenomen bij de ondersteunende diensten. In het alternatieve scenario wordt de consultatieruimte als aparte parameter opgenomen voor de berekening van het strategisch en instandhoudingsforfait van de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen.

Wat wordt er verstaan onder “consultatieruimte”? In het rapport is een onderscheid gemaakt tussen consultatieruimtes die verbonden zijn aan een specifieke afdeling (bv. de afdeling geriatrie of een dienst intensieve behandeling) en consultatieruimtes die eerder voor ambulante patiënten gebruikt worden (bv. in de polikliniek). Voor consultatieruimtes die verbonden zijn aan een afdeling werden de kosten en het ruimtegebruik opgenomen in de berekening van de kosten en het ruimtegebruik van de

parameter verpleegeenheid. Voor de selectie en de berekening van de kosten en het ruimtegebruik van de andere consultatieruimtes verwijzen we naar het rapport:

- Voor de algemene ziekenhuizen: Tabel 10 (strategisch forfait) en sectie 3.2.1.1 in Hoofdstuk 6 (instandhoudingsforfait)
- Voor de psychiatrische ziekenhuizen: Tabel 31 (strategisch forfait) en sectie 3.2.1.1 in Hoofdstuk 8 (instandhoudingsforfait)

Rationale In sectie 1.3 van Hoofdstuk 4 in het rapport worden enkele criteria besproken om een parameter al dan niet apart in de forfaits op te nemen. Eén van de criteria is dat de keuze van de parameter niet mag leiden tot dubbelfinanciering. Indien consultatieruimtes ook worden gefinancierd door bv. de honoraria of RIZIV-forfaits, dan is het niet aangewezen om deze ruimtes ook via de VIPA-forfaits te financieren. Anderzijds is het zo dat er een toenemende tendens is naar minder ziekenhuisopnames en meer dagopnames en poliklinische zorg. Een deel van de poliklinische zorg kan best binnen de muren van een ziekenhuis aangeboden worden omwille van de mogelijk betere veiligheid voor de patiënten of de betere klinische expertise. Hiervoor is geschikte infrastructuur nodig, met een aangepaste financiering.

Toepassing Voor de toepassing maken we de volgende veronderstellingen:

- Als eenheid voor de parameter “consultatie” wordt dezelfde eenheid gekozen als voor enkele zorggerelateerde ondersteunende diensten, nl. de som van het aantal bedden en plaatsen (zoals gedefinieerd voor de parameters verpleegeenheid en dagziekenhuis).
- Als bouwkost (€/m²) nemen we de bouwkost van het strategisch forfait € 2.469 (algemene ziekenhuizen) en € 2.249 (psychiatrische ziekenhuizen), gebaseerd op de selectie zoals hierboven beschreven. Voor het instandhoudingsforfait nemen we voor beide types € 89 (rapport sectie 3.2.1.1 in Hoofdstuk 6).
- Ruimtegebruik: Gezien we voor de psychiatrische ziekenhuizen voor de berekening van de bouwkost in het strategisch forfait werken met deelprojecten voor de gegevens en het niet duidelijk was in hoeverre de consultatieruimtes in de gegevens representatief waren voor het hele ziekenhuis, nemen we als voorzichtige optie de 11 m² van de huidige wetgeving. Voor de algemene ziekenhuizen gebruiken we 10,82 m². Het ruimtegebruik voor het instandhoudingsforfait is gelijkgesteld aan het ruimtegebruik voor het strategisch forfait.

9 Beleidsfiche 6: netwerkstimulans

Omschrijving Een overheid beschikt over meerdere instrumenten om infrastructuurinvesteringen te sturen. Een mogelijke financiële prikkel om samenwerking tussen ziekenhuizen of tussen ziekenhuizen en andere zorgverleners te stimuleren is de invoering van een netwerkstimulans. Een netwerk kan ruim geïnterpreteerd worden als een functioneel samenwerkingsverband tussen verschillende ziekenhuizen of andere zorgactoren. De stimulans bestaat erin dat de forfaits minder genereus zijn wanneer ze op het niveau van een ziekenhuis worden toegekend dan wel op het niveau van een samenwerking.

Rationale Een netwerkstimulans kan gegeven worden om gezamenlijk te investeren in infrastructuur wanneer dit tot efficiëntieverbetering kan leiden (bv. labo) of om de nodige capaciteit uit te bouwen op netwerkniveau, in plaats van op ziekenhuisniveau. Beide vormen van samenwerking kunnen gestimuleerd worden door een lager strategisch forfait te voorzien indien de infrastructuur slechts door één ziekenhuis wordt aangevraagd. Voor het instandhoudingsforfait is een netwerkstimulans minder voor de hand liggend omdat individuele ziekenhuizen de nodige middelen moeten krijgen om hun bestaande infrastructuur te onderhouden.

De invoering van netwerkstimulansen vereist dat het duidelijk is aan wie de forfaits zullen worden toegekend en dat de rapportering van de eenheden op het correcte niveau gebeurt. Ook verschillende ziekenhuistypes (algemene, universitaire, psychiatrische en revalidatie) kunnen samenwerken, bijvoorbeeld in het kader van een nieuwbouw van een apotheek die door meerdere partijen wordt gebruikt. In de voorstellen van het rapport werden de forfaits (en de onderliggende parameters) voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen apart en op een verschillende manier berekend. Bij dergelijke samenwerkingen zal moeten bekeken worden hoe de resultaten voor die verschillende ziekenhuistypes op een gepaste manier gecombineerd kunnen worden. Bij de invoering van de forfaits kan de beleidsmaker er bv. voor kiezen om de waarden voor de twee types ziekenhuizen (voor de infrastructuur waarvoor netwerkstimulans gewenst is) ofwel te harmoniseren ofwel een duidelijke differentiatie te maken (bv. apotheek gespecialiseerd, apotheek light).

Toepassing Bij de inzameling van de gegevens werd volgende vraag gesteld: “Welke infrastructuur zou u in de toekomst graag willen uitbesteden aan of poolen met andere ziekenhuizen, wegens hun potentieel tot kostenbesparing?” Voor de algemene ziekenhuizen gaf 60% van de respondenten (31 ziekenhuizen) aan het centraal magazijn te willen poolen, iets meer dan 50% ook het labo en CSA, de helft de apotheek.

In het simulatiemodel wordt een netwerkstimulans berekend voor de parameters labo, apotheek en CSA voor het strategisch forfait van de algemene ziekenhuizen en voor de parameter apotheek voor het strategisch forfait van de psychiatrische ziekenhuizen. Het simulatiemodel laat ook toe om een netwerkstimulans toe te passen op andere parameters (bv. ondersteunende diensten indien deze als een aparte parameter worden opgenomen).

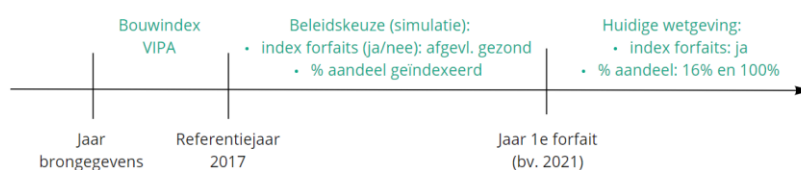
De netwerkstimulans werd arbitrair vastgelegd op 10%. Concreet betekent dit dat ziekenhuizen die samenwerken, het volledig strategisch forfait krijgen voor de parameters waarop een netwerkstimulans wordt toegekend, zoals bv. de apotheek. Ziekenhuizen die apart een apotheek bouwen, krijgen 10% minder. Het is niet gemakkelijk om hier meer specifieke veronderstellingen (dus andere dan 10%) te maken omdat we simuleren op sectorniveau (apart voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen). De budgettaire implicaties zullen ook afhangen van de mate waarin ziekenhuizen reageren op de prikkel, en die reacties zullen waarschijnlijk verschillen. De 10% kan dus gezien worden als een combinatie van de grootte van de financiële prikkel en de gemiddelde reactie van de ziekenhuizen.

10 Beleidsfiche 7: indexatie

Omschrijving In de huidige regelgeving worden de forfaits geïndexeerd met de afgevlakte gezondheidsindex (dit is de gemiddelde waarde van de gezondheidsindexen van de 4 laatste maanden vermenigvuldigd met een factor 0,98). De indexatie treedt echter pas in werking vanaf het jaar van ingebruikname voor het strategisch forfait. De indexatie gebeurt voor 16% van het strategisch forfait en voor 100% voor het instandhoudingsforfait. In sectie 3.2.3 van Hoofdstuk 2 (voetnoot 217) wordt verwezen naar het advies van de Raad van State waarin het percentage in vraag wordt gesteld. De indexatie gebeurt op eenzelfde manier voor de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. Een voorbeeld ter verduidelijking: stel dat een ziekenhuis in gebruik wordt genomen in 2018. Het strategisch forfait 2019 (of SF2019) = SF2018*0,16*afgevlakte gezondheidsindex (2019/2018) + 0,84*SF2018. Bij een ingebruikname in 2028, is het SF2028 = SF2018 en het SF2029=SF2018*0,16*(afgevlakte gezondheidsindex 2029/2028) + 0,84*SF2018.

De indexatie gebeurt op basis van de afgevlakte gezondheidsindex en niet op basis van de bouwindex. In officiële, publieke documenten werd geen verdere uitleg gevonden voor deze keuze. Een mogelijke verklaring voor de keuze van de wetgever is dat de forfaits als werkingssubsidies beschouwd worden en niet meer als investeringsubsidies (persoonlijke communicatie met het VIPA). Dit onderscheid kan echter niet heel helder gemaakt worden gezien afschrijvingen voor investeringen wel als verantwoording kunnen dienen voor het gebruik van de forfaits

Om verwarring te vermijden geven we nog mee dat de bouwindex (<https://www.departementwvg.be/vipa/cijfers/bouwindex>) wel gebruikt is om de verschillende bouwkosten in de studie te indexeren naar éénzelfde referentiejaar (nl. 2017), analoog aan hoe dit in de wetgeving gebeurd is om van de bedragen van het Advies NRZV 2007 tot de bedragen in het BVR 2017 te komen (vroegste periode in onderstaande figuur).



Rationale Er kan echter geargumenteed worden om ook voor de jaren voor de ingebruikname een indexatie toe te passen (middelste periode op bovenstaande figuur) voor het strategisch forfait. Concreet wil dit zeggen dat een ziekenhuis dat in 2028 een strategisch forfait zou aanvragen dus een hoger bedrag zou krijgen dan een ziekenhuis dat een forfait in 2017 heeft aangevraagd. Hierdoor volgt het bedrag van de forfaits het algemene prijsverloop in de economie. Gezien er maar voor 1 jaar gesimuleerd wordt, speelt de laatste periode in de figuur geen rol in de simulaties. In de basissimulatie gebeurt deze indexatie van de forfaits tot jaar van ingebruikname dus niet. Deze beleidskeuze van al dan niet te indexeren tot het jaar van ingebruikname is enkel van toepassing voor het strategisch forfait, gezien het instandhoudingsforfait reeds aan alle

ziekenhuizen wordt uitgekeerd en jaarlijks geïndexeerd wordt met de afgevlakte gezondheidsindex.

Toepassing De indexatie tot het jaar van de eerste uitkering gebeurt aan 100% voor zowel de algemene als de psychiatrische ziekenhuizen voor beide forfaits. Deze worden per parameter toegepast. Hiervoor werden volgende afgevlakte gezondheidsindexen gebruikt (uitgedrukt relatief tot het vorige jaar): 1,88% in 2018, 2,21% in 2019, 0,71% in 2020 en 0,90% in 2021. In het simulatiemodel zijn ook de huidige percentages (16% en 100%) opgenomen voor verdere analyse door de opdrachtgever. Het simulatiemodel laat eveneens toe om de indexatie te baseren op de bouwindex.

11 Beleidsfiche 8: omslagsleutel

Omschrijving Het begrip “omslagsleutel” werd gebruikt door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid in het kader van de allocatie van het Budget van Financiële Middelen (BFM). Het bouwplafond in het MB van 11 mei 2007 had betrekking op het volledige ziekenhuis, terwijl in werkelijkheid bepaalde ruimtes zoals de inkomhal of technische ruimtes ook gebruikt worden door diensten die niet door het BFM gefinancierd werden. Deze ruimtes werden proportioneel toegewezen in functie van de oppervlakte van de respectievelijke diensten. Het VIPA heeft voor zijn gedeelte van de financiering (60%) deze verdeling van kosten via een omslagsleutel nooit gebruikt. In de huidige regelgeving wordt op 40% van de geïndexeerde bouwkosten (het vroegere “FOD-deel”) een omslagpercentage toegepast. De gebruikte sleutels zijn 70% voor algemene ziekenhuizen en 95% voor psychiatrische ziekenhuizen. Ze worden in BVR 2017 en BVR_bis 2017 toegepast op de parameters verpleegeenheid, dagziekenhuis, NIC-dienst en N*-eenheid. Het uitsluiten van de consultaties in BVR_bis 2017 verandert dus niets aan de parameters waarop het percentage toegepast wordt, noch aan het percentage zelf. In de basissimulatie worden ze toegepast op dezelfde parameters als in de huidige wetgeving (met uitzondering van de NIC-dienst gezien deze nu samen met intensieve zorgen één parameter vormt) en alle nieuwe parameters die van deze parameters afgeleid zijn (medische beeldvorming/nucleaire geneeskunde, apotheek, labo en spoeddienst voor de algemene ziekenhuizen en alle parameters voor de psychiatrische ziekenhuizen). De omslagsleutels worden toegepast op het strategisch en het instandhoudingsforfait.

In de basissimulatie worden dezelfde percentages toegepast als in de huidige reglementering. Bij de nieuwe parameters wordt het percentage toegepast dat geldt voor de parameter waarvan ze zijn afgeleid (bv. 88% voor de parameter spoeddienst, die afgeleid is van de parameter verpleegeenheid). Indien de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten of de consultatieruimtes als een aparte parameter worden opgenomen, wordt op deze parameters een omslagsleutel van 88% toegepast, gebaseerd op de parameters waarvan ze zijn afgeleid (bv. verpleegeenheid). De omslag geldt zowel voor het strategisch als het instandhoudingsforfait.

Rationale Het al dan niet toepassen van een omslagsleutel (en het percentage ervan) is een beleidskeuze. Een mogelijk argument om geen omslagsleutel toe te passen is dat de

ruimtes waarvoor een omslagsleutel wordt toegepast (bv. een inkomhal) altijd deel uitmaken van een ziekenhuis, en het percentage van deze ruimtes dat gebruikt wordt voor parameters die door de overheid gefinancierd worden, altijd arbitrair en verschillend tussen de ziekenhuizen zal zijn.

Toepassing Het simulatiemodel laat echter ook toe om verschillende percentages toe te passen op de parameters. Bijvoorbeeld, indien de ondersteunende diensten als een aparte parameter worden opgenomen, kan de beleidsmaker kiezen tussen 88% als percentage (gelijk aan de parameter verpleegeenheid), of om het even welk ander percentage.

12 Beleidsfiche 9: roerende investeringen

Omschrijving Het strategisch forfait financiert het onroerend deel van de nieuwbouw en de uitgaven van de eerste roerende investeringen (zowel voor medisch als voor niet-medisch materieel, PF4) die noodzakelijk zijn om de infrastructuur in gebruik te nemen. Voor de eerste roerende investeringen is in het BVR 2017 20% op de bouwkost inclusief BTW voorzien voor de algemene ziekenhuizen (zie Tabel 2 in het rapport), en 8% voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Rationale Op basis van de ingezamelde gegevens, bedragen de uitgaven voor PF4 18,4% van de kosten voor de algemene ziekenhuizen (zie sectie 3.3 in Hoofdstuk 5) en 6,8% voor de psychiatrische ziekenhuizen (zie sectie 3.2 in Hoofdstuk 7). De percentages die we bekomen op basis van de ingezamelde gegevens liggen dus dicht bij de huidige percentages.

De percentages zijn echter zeer verschillend voor de diverse parameters. Voor de algemene ziekenhuizen varieert het percentage van bijna 4% tot iets meer dan 76% van de totale kosten (zie Tabel 16), voor de psychiatrische ziekenhuizen ligt het percentage tussen de 3,2% en de 9,6% (zie Tabel 34). Er kan dus overwogen worden om de roerende investeringen te differentiëren per parameter en niet langer te subsidiëren via een uniforme toeslag op de bouwkost (zie berekening Tabel 2).

Toepassing In de basissimulatie behouden we het bestaande systeem (20% voor de algemene ziekenhuizen en 8% voor de psychiatrische ziekenhuizen).

Voor het alternatieve scenario passen we voor de parameters van het strategisch forfait voor de algemene ziekenhuizen de percentages toe uit Tabel 16 van het rapport, voor de psychiatrische ziekenhuizen verwijzen we naar Tabel 34.

13 Beleidsfiche 10: levensduur

Omschrijving Om de hoogte van het jaarlijkse strategisch forfait te bepalen wordt de totale kost gedeeld door de veronderstelde levensduur van de infrastructuur. In het huidige systeem bedraagt die 40 jaar. Er is een brede consensus dat dit onrealistisch lang is. Verkorting van de hypothetische levensduur heeft echter substantiële budgettaire gevolgen. We simuleren de effecten van een verlaging van de hypothetische levensduur tot 33 jaar. Ook de optie van een levensduur van 25 jaar wordt voorzien.

Rationale De levenscyclusbenadering die aan de grondslag ligt van het huidige model gaat ervan uit dat ziekenhuisinfrastructuur een levenscyclus heeft van 40 jaar. Deze veronderstelde levensduur is onrealistisch lang, omdat ze onvoldoende rekening houdt met de snelle technologische evoluties in de infrastructuur van de technisch meest complexe functies binnen het ziekenhuis (zoals het operatiekwartier en radiologie) en met de toenemende infrastructuurvereisten op het gebied van duurzaamheid, energiegebruik en veiligheid. Deze principiële bekommernis kwam ook sterk naar voor in de resultaten van onze bevraging van de ziekenhuizen, waaruit bleek dat de lange veronderstelde levensduur het belangrijkste punt van kritiek was op het huidige systeem.

In principe zou het mogelijk zijn om de verwachte levensduur te laten variëren voor de verschillende parameters van het model, waarbij een relatief korte levensduur (bv. 20 jaar) zou kunnen verondersteld worden voor bv. het operatiekwartier, en een langere levensduur (bv. 40 jaar) voor de kantoor- en hotelfuncties. In ons rapport werd echter betoogd dat dergelijke differentiatie tot een zeer complex systeem zou leiden en dat het beter is om te werken met een uniforme levensduur, die dan kan beschouwd worden als een soort gemiddelde van de verwachte levensduur voor de individuele parameters.

Het lijkt logisch om hierbij een gemiddelde te zoeken tussen twee extreme benaderingen. Aan het ene extreem bevindt zich dan de huidige veronderstelling van een levenscyclus van 40 jaar. Aan het andere extreem kan de duur van de financiële leningen gesitueerd worden, die 20 tot 25 jaar bedraagt. Tussen deze twee extremen in ligt een levensduur van 33 jaar, die aansluit bij de actuele boekhoudkundige praktijk qua afschrijvingsduur voor onroerende investeringen, en die als een gemiddelde kan gezien worden van de effectieve levensduur van verschillende componenten van de infrastructuur. Het simulatiemodel laat toe om andere jaren te gebruiken voor de invulling van de levenscyclus.

Toepassing Om de budgettaire effecten van een aanpassing van de hypothetische levensduur in te schatten, vergelijken we de resultaten in het basisscenario, waarbij een hypothetische levensduur van 40 jaar wordt verondersteld, met alternatieve beleidsscenario's waarin de hypothetische levensduur wordt vastgelegd op 25 en 33 jaar.

Deze scenario's hebben geen impact op het instandhoudingsforfait, omdat dit niet meer berekend wordt als een afgeleide van het strategisch forfait.

14 Beleidsfiche 11: herallocatietoeslag

Omschrijving In het huidige systeem wordt een proportionele toeslag van 30% voor herconditionering toegepast. In het rapport werd voorgesteld om een alternatieve benadering te onderzoeken waarbij een zogenaamde "herallocatietoeslag" wordt ingevoerd voor renovaties van type 2 (de bouwschil blijft intact, het strippen blijft

intern, maar de technieken worden gewijzigd). Deze herallocatietoeslag zou er als volgt uitzien:

$$\text{herallocatietoeslag} = [\beta \cdot \Delta SF_N + \alpha(\Delta SF_O - \Delta SF_N)] .$$

In deze uitdrukking staat ΔSF_N voor de wijziging in het oorspronkelijke strategisch forfait omdat er door de renovatie een aantal nieuwe eenheden wordt gecreëerd, ΔSF_O staat voor de daling van het strategisch forfait omwille van de “verdwijning” van een aantal oude eenheden, α en β zijn twee coëfficiënten die door de beleidsmakers kunnen gekozen worden: α geeft aan welke stimuli het beleid wil injecteren voor de verandering in het strategisch forfait als gevolg van de herallocatie, β vormt een benadering van de reële kostenverschillen tussen nieuwbouw en herallocatie. We illustreren de budgettaire gevolgen van dergelijke herallocatietoeslag met enkele relevante voorbeelden.

Rationale

Het huidige systeem met een forfaitaire toeslag van 30% biedt veel vrijheid aan de ziekenhuizen, maar kan perverse prikkels genereren wanneer ziekenhuizen “dure” door “goedkope” parameters willen vervangen. De renovatie kan dan immers tot gevolg hebben dat het bedrag van het strategisch forfait daalt. Bovendien kan het wenselijk zijn om aan de beleidsmaker een bijkomend sturingsinstrument ter beschikking te stellen in een zorgomgeving waarin ziekenhuizen op een soepele en flexibele wijze moeten kunnen inspelen op nieuwe tendensen. De herallocatietoeslag kan gezien worden als zo een sturingsinstrument en als een instrument om innovatie te stimuleren.

Indien de beleidsmaker inderdaad beslist een herallocatietoeslag in te voeren, moet er een beslissing genomen worden over (a) de kostenverschillen tussen nieuwbouw en herallocatie (β); en (b) de generositeit van de compensatie (α):

- a. Sommige renovaties kunnen goedkoper zijn dan nieuwbouw. Dit kostenverschil wordt opgevangen door de coëfficiënt β ($0 \leq \beta \leq 1$). Voor een herallocatie met dezelfde kost als nieuwbouw is $\beta = 1$.
- b. De verschuiving in de parameters kan leiden tot een wijziging van het strategisch forfait. De beleidsmakers kunnen beslissen over de mate waarin ze voor deze daling/stijging van het strategisch forfait willen compenseren. Daartoe kan de (“compensatie”)coëfficiënt α (met $0 \leq \alpha \leq 1$) door de beleidsmaker vrij gezet worden.

Er kan naar gestreefd worden om deze toeslag op een budgetneutrale wijze in te voeren.

Toepassing

Omdat de invoering van een herallocatietoeslag een verschuiving vormt van globale naar projectgeoriënteerde financiering, is het moeilijk om hiervoor algemene simulatieresultaten te tonen. Om een beter inzicht te krijgen in de budgettaire gevolgen onderscheiden we daarom twee stappen in de analyse:

1. Beschikbaar budget voor herallocatie

De grootte van het beschikbare “herallocatiebudget” hangt cruciaal af van de veronderstelde levensduur (zie Beleidsfiche 10). We gaan ervan uit dat de invoering van

de herallocatietoeslag op een budgetneutrale wijze zou gebeuren en berekenen dan twee benchmarkwaarden:

- totale budget beschikbaar voor herallocatie als levensduur op 40 jaar blijft (berekend op basis van de huidige proportionele toeslag van 30%) en met de bedragen volgens het BVR 2017. We opteren voor BVR 2017, en niet voor BVR_bis 2017, omdat dit de beste schatting oplevert van de budgettaire ruimte die in het huidige systeem wordt ingevuld voor herconditionering.
- totale budget beschikbaar voor herallocatie als levensduur op 40 jaar is en voor iedere beleidsoptie de keuze van het basisscenario.

De budgettaire effecten van specifieke projecten kunnen dan vergeleken worden met deze ramingen van het totale beschikbare budget.

2. Herallocatietoeslag voor enkele typeprojecten

Om de werking van de nieuwe herallocatietoeslag te illustreren, bekijken we een reeks speciale gevallen. We sluiten hiervoor aan bij de gevallen die beschreven worden in het rapport (sectie 3.1 in Hoofdstuk 9).

- Een renovatie waarbij een bestaande afdeling wordt hernieuwd. We stellen voor het bedrag van de totale herallocatietoeslag te berekenen wanneer 10% van de operatiekwartieren in de (algemene) ziekenhuizen wordt vernieuwd.
- Een renovatie waarbij 10% van de operatiekwartieren wordt omgezet in verpleegeenheden. Om een benadering te maken van het aantal bedden dat daardoor wordt gecreëerd gaan we uit van de schattingen van de ruimtebehoeften, die voor een operatiekwartier geraamd werden op 283 m² en voor een bed op de verpleegeenheid (inclusief ondersteunende diensten) op 91 m² (op basis van de gegevens van de nieuwbouwprojecten). We vermenigvuldigen dan het aantal eenheden dat verloren gaat in het operatiekwartier met 3 om het aantal gecreëerde verpleegeenheden te ramen.
- Een renovatie waarbij 10% van de bedden in gewone verpleegeenheden wordt omgezet naar bedden intensieve zorgen. De relatieve ruimtebehoeften zijn 91 en 90 m², dus het aantal omgezette gewone bedden wordt gelijk gesteld aan het aantal gecreëerde bedden intensieve zorgen.
- Om te illustreren op welke wijze de ondersteunende diensten in deze benadering kunnen meegenomen worden, is er ook een geval gesimuleerd waarbij 5% van de keukens gerenoveerd worden (equivalent aan een middelgroot ziekenhuis dat zijn keuken vernieuwt). Hier onderscheiden we twee opties. Wanneer de ondersteunende diensten opgenomen worden in verpleegeenheid en dagziekenhuis, verloopt de herallocatie via deze parameters. Er kan in dit geval dus via het huidige systeem van “voorafname” (beschreven in artikel 6/2 van BVR 2017) gewerkt worden voor een herallocatietoeslag van de verpleegeenheid en/of dagziekenhuis. In het uitgewerkte voorbeeld werd verondersteld dat dit via de parameter verpleegeenheid verloopt. In het geval van ondersteunende diensten als aparte parameter verloopt de herallocatie analoog aan het eerste voorbeeld hierboven. In beide gevallen moeten we een veronderstelling maken over de

grootte van het aandeel van keukens in de ondersteunende diensten. We veronderstellen dat dit aandeel 9% is (het ruimtegebruik van de keukens wordt geschat op 2,5 m² ten opzichte van een totaal van 28 m² voor de niet-zorggerelateerde ondersteunende diensten⁷²⁷). Dit voorbeeld illustreert overigens dat herallocatie een extra reden is om ondersteunende diensten als aparte parameter op te nemen.

Voor elk van die gevallen gaan we de sensitiviteit van de resultaten na voor verschillende waarden van de parameters ($\alpha = 0; 0,5$ of 1 ; $\beta = 0,66$ of 1 – in totaal zes combinaties). De waarde 0,66 voor β (de relatieve kost van renovaties) ligt in de lijn van de empirische resultaten die beschreven worden in Hoofdstuk 9, sectie 4 van het rapport.

Gebruikers van het Excelprogramma kunnen natuurlijk ook nog andere simulaties implementeren. Het programma is zo opgebouwd dat keuzes die voor de andere parameters worden gemaakt (bv. omslag, netwerkstimulans, enz.) worden doorgerekend en verwerkt bij de berekening van de optie voor de herallocatietoeslag.

15 Beleidsfiche 12: financieringscomponent

Omschrijving De intrestlasten worden in de huidige regelgeving gesubsidieerd door een procentuele verhoging van 32% voor het strategisch forfait en van 10% voor het instandhoudingsforfait. In het rapport wordt een alternatief voorgesteld waarbij de verhoging wordt berekend op basis van de marktsituatie op het moment van de start van de werken. Het verhogingspercentage zou dan kunnen bestaan uit de som van een basispercentage en een herzienbare marge. Het basispercentage kan worden bepaald op basis van een marktconforme index zoals OLO. De herzienbare referentiemarge als maat van de lokale marktsituatie zou kunnen bepaald worden op basis van een sectorbevraging rond de courante marges van afgelopen en lopende bouwprojecten, en zou regelmatig kunnen worden herzien voor nieuwe projecten.

Rationale De financieringstoeslag wordt geacht een benadering te zijn van de verwachte intrestlast over de ontleenperiode als percentage van het ontleende bedrag. Het huidige percentage van 32% voor het strategisch forfait werd berekend als een gewogen gemiddelde van de intrestpercentages op verschillende ontleeningstermijnen (1,5% voor leningen op 10 jaar, 2% voor leningen op 15 jaar en 2,5% voor leningen op 25 jaar). Er is dus geen directe band met de effectieve intrestlasten die door de ziekenhuizen moeten betaald worden. Voor het instandhoudingsforfait wordt een verhogingspercentage van 10% toegepast, dat evenmin in verband staat met de effectief te betalen intrestlasten.

Op het eerste gezicht zou het logisch kunnen lijken om de financiering van de intrestcomponent los te koppelen van de forfaits. Dit is echter moeilijk of niet te realiseren in het licht van de Europese ESR-regelgeving. De in het rapport voorgestelde

727 Dit is dus exclusief apotheek (2 m²) en consultaties (11 m²).

financieringscomponent houdt daarom wel vast aan het idee van een proportionele verhoging van de forfaits, maar leunt dichter aan bij de reële condities die de ziekenhuizen in de markt kunnen krijgen. Dit verbetert de cashflowsituatie en de kredietwaardigheid van de ziekenhuizen. De verhoging van het forfait zou toegekend worden onafhankelijk van het feit of er al dan niet een lening is aangegaan, om niet te discrimineren tegen de ziekenhuizen die uit eigen middelen financieren.

De totale leningskosten hangen natuurlijk ook af van het type lening. In de ziekenhuissector komen lineaire leningen met vaste kapitaalaflossingen vaak voor, met wisselende modaliteiten, maar ook andere types worden toegepast. In onze toepassing werken we ter illustratie een annuïteitenlening uit: in dat geval zal, bij gelijk blijvende intrestvoet, de totale leninglast groter zijn dan in het geval van een lineaire lening.

In onze voorstellen wordt het instandhoudingsforfait niet meer berekend als een afgeleide van het strategisch forfait, maar wordt vertrokken van reële kostendata. We kunnen dus dezelfde principes toepassen, maar houden wel rekening met een kortere ontleningstermijn.

Toepassing

Doordat we de financieringscomponent bepalen op basis van de marktsituatie verschuift de onzekerheid over de budgettaire kost van de ziekenhuizen naar de overheid. We simuleren daarom de proportionele ophoging voor verschillende veronderstellingen over de basisrentevoet. Om de resultaten overzichtelijk te houden, veronderstellen we voor alle scenario's een marge bovenop de basisrente van 70 basispunten (zie Hoofdstuk 10 in het rapport).

Toepassing voor een annuïteitenlening leert ons dat bij een kostprijs X , een looptijd van T jaar en een intrestvoet van i , de te betalen annuïteit gelijk is aan $A = aX$, waarbij

$$a = \frac{i(1+i)^T}{(1+i)^T - 1}.$$

We gaan er hierbij van uit dat het volledige bedrag van de kostprijs X geleend wordt. Er wordt immers geen onderscheid gemaakt tussen externe en eigen financiering. De kost van de lening (het surplus te betalen boven X) is dan $T * A - X$. De proportionele ophoging van het strategisch forfait die we voorstellen wordt dan

$$h = (T * A - X) / X = aT - 1.$$

In de toepassing simuleren we voor het strategisch forfait de effecten voor een ontleningstermijn van *25 jaar*, met als basispercentage de *OLO-rente op 25 jaar*. Op 3/5/2021 bedroeg die rente 0,86. Voor het instandhoudingsforfait veronderstellen we een ontleningstermijn van *10 jaar* met als basispercentage de *OLO-rente op 10 jaar*. De waarde van die rente op 3/5/2021 was 0,10. Verhoogd met de marge van 0,7 krijgen we rentevoeten van respectievelijk 1,56 voor het strategisch forfait en 0,80 voor het instandhoudingsforfait. Dit leidt tot een jaarlijkse procentuele verhoging van respectievelijk 22% en 4%. Om een gevoel te krijgen voor de effecten van de intrestvariabiliteit simuleren we ook voor de laagste en de hoogste rente van de laatste vijf jaar (respectievelijk 0,14 en 1,96 voor het strategisch forfait en -0,40 en 1,02 voor het instandhoudingsforfait). Verhoogd met de marge krijgen we dan 0,84 en 0,30 in het "lage rentevoet"-scenario en 2,66 en 1,02 in het "hoge-rentevoet"-scenario. De

jaarlijkse procentuele verhogingen worden 11% en 38% voor het strategisch forfait en 2% en 10% voor het instandhoudingsforfait. In het simulatiemodel kunnen andere percentages gebruikt worden.
