



Ziekenhuizen bouwen en verbouwen in Vlaanderen



Analyse van de financieringsmethodiek voor de infrastructuur van algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen

COLOFON

Redactie:

Annelies Verburgt

Met medewerking van:

Thierry Delrue en de werkgroep Infrastructuur Zorgnet-Icuro

Eindredactie:

Lieve Dhaene

D/2022/12067/1
ISBN 9789491323416
©2022 Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als:

Verburgt, Annelies. *Ziekenhuizen bouwen en verbouwen in Vlaanderen. Analyse van de financieringsmethodiek voor de infrastructuur van algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen*

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be



Ziekenhuizen bouwen en verbouwen in Vlaanderen

Analyse van de financieringsmethodiek voor de infrastructuur
van algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen

INHOUD

WOORD VOORAF	5
1. INLEIDING	6
1.1 Vóór 2014: een gedeelde bevoegdheid	6
1.2 Na 2014: een nieuw Vlaams forfaitair financieringssysteem	6
2. ANALYSE VAN DE HUIDIGE FINANCIERINGSMETHODIEK.....	8
2.1 Investerings in dalende lijn.....	8
2.2 Instandhoudingsforfait	11
2.3 Strategisch forfait.....	12
3. GEVOLGEN VAN HET HUIDIGE FINANCIERINGSSYSTEEM OP KORTE EN LANGE TERMIJN	13
3.1 Onzekerheid en ondoorzichtigheid	13
3.2 Ontoereikend instandhoudingsforfait voor onderhoud bestaande infrastructuur.....	14
3.3 Leningen: moeilijker te verkrijgen en duurder.....	17
3.4 Ontoereikend indexatiemechanisme.....	19
3.5 Weinig stimulans tot samenwerking, innovatie en expertise	20
3.6 Bijkomende vereisten zonder bijkomende middelen.....	24
4. CONCLUSIE.....	27

WOORD VOORAF

Met de zesde staatshervorming werd Vlaanderen in 2014 volledig bevoegd voor de financiering van de infrastructuur van de ziekenhuizen. Vlaanderen ontwierp hiervoor een forfaitair financieringssysteem dat beantwoordde aan de Europese rekenregels, met het instandhoudings- en het strategisch forfait als belangrijkste pijlers.

Een grondige evaluatie was voor Zorgnet-Icuro aan de orde. Acht jaar na de overheveling van de bevoegdheden stellen we vast dat het financieringssysteem niet beantwoordt aan de noden van goede ziekenhuiszorg. De beschikbare middelen zijn meer dan ontoereikend om voldoende te investeren in nieuwbouwziekenhuizen en de bestaande infrastructuur te onderhouden en aan te passen. De indexeringsmechanismen volgen het tempo van de inflatie niet, de stijgende bouwkosten worden niet in rekening genomen en de opgelegde normen nemen toe. Het lijkt jaar na jaar meer op een besparingsoperatie waarbij het investeringsniveau daalt. Dat leidt ertoe dat de ziekenhuisinfrastructuur in Vlaanderen snel verouderd.

Daarenboven wijzigt het concept van het ziekenhuis doorheen de tijd en dus ook de definitie van wat gepaste infrastructuur is. Hierbij denken we aan de groei van het dagziekenhuis, aan innovatie en technologische evoluties, maar ook aan duurzaamheid, energiezuinig bouwen en de ontwikkeling van een dynamisch multifunctioneel gebouwpark. De huidige parameters in het financieringsmodel werken vaak remmend en zijn aan actualisering toe.

Een werkgroep van Zorgnet-Icuro bracht de knelpunten van het huidige systeem in kaart, maakt in deze publicatie een heldere analyse en doet een aantal voorstellen voor aanpassing. We bieden concrete handvaten om een toekomstig infrastructuurbeleid uit te werken. Vlaanderen heeft nood aan een onderbouwde lange-termijnbenadering die toekomstgericht is en perspectief geeft. Zodat alle Vlaamse ziekenhuizen optimaal kunnen investeren in functie van de noden en behoeften. Het spreekt voor zich dat die hervormingen moeten sporen met het federale beleid.

Voldoende overheidsmiddelen investeren in up-to-date ziekenhuisinfrastructuur is investeren in kwaliteitszorg, is investeren in kwetsbare mensen.

Margot Cloet,
Gedelegeerd bestuurder
Zorgnet-Icuro

1. INLEIDING

1.1 Vóór 2014: een gedeelde bevoegdheid

Vanaf de tweede staatshervorming in 1980 tot de zesde staatshervorming in 2014 vormde de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur van de algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen, en de zware medische apparatuur een gedeelde bevoegdheid tussen de federale overheid en de gemeenschappen. De gemeenschappen subsidieerden ongeveer 60% van het geplafonneerd bedrag per toegelaten m², met het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) als uitbetalende instantie; de federale overheid financierde 40% (verminderd met de omslag¹) via het Budget Financiële Middelen (BFM).

Tot 2014 hanteerde de Vlaamse Gemeenschap de principes van de “klassieke financiering” en de “alternatieve financiering”. In de klassieke financiering was er een onvoorwaardelijke subsidiebelofte van de Vlaamse overheid aan de ziekenhuizen, met een per project vastgelegd bedrag. De voorziening ontving vervolgens de subsidies in twee à vier schijven. Bij de alternatieve financiering gaf de Vlaamse overheid een principieel akkoord voor een bepaald projectplan, samen met het berekende basisbedrag. Nadien ontvingen de ziekenhuizen het bedrag in jaarlijkse gebruikstoelagen. Ook bij de alternatieve financiering hadden de ziekenhuizen zekerheid over het totaalbedrag aan subsidies voor hun infrastructuurwerken. Een groot voordeel bij zowel de klassieke als de alternatieve financiering was het onvoorwaardelijke karakter en het feit dat een ziekenhuis van bij aanvang het totale bedrag aan subsidies kende. In 2014² oordeelde het Instituut voor Nationale Rekeningen (INR) echter dat het volledige bedrag aan subsidiebeloftes ESR-matig in één keer in de begroting moest worden opgenomen.³ Die beslissing vormde de aanleiding voor de ontwikkeling van een nieuw financieringssysteem.

1.2 Na 2014: een nieuw Vlaams forfaitair financieringssysteem

De gemeenschappen werden met de zesde staatshervorming volledig bevoegd voor de investeringen in infrastructuur en de medisch-technische diensten.⁴ De regeling voor de Vlaamse algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen zit vervat in het Besluit van de Vlaamse Regering van 14 juli 2017. Elk jaar wordt er een dotatie van de federale overheid naar de gemeenschappen bepaald.⁵ Die bevoegdheidsoverdracht gaat over de onderdelen A1 en A3 van het Budget Financiële Middelen (BFM).

De Vlaamse Gemeenschap werkte voor de financiering van de infrastructuurwerken een systeem van forfaitaire financiering uit. Uitgangspunt is de “levenscyclusbenadering” van 40 jaar. Bij de start, in jaar 0, worden voor een nieuwbouwziekenhuis investeringen gedaan voor het gebouw zelf, de omgevingswerken, aanloopkosten, eerste inrichting voor medische en niet-medische goederen en de financiële kosten. Na 10 jaar volgt het eerste groot onderhoud, na 20 jaar een herconditionering en na 30 jaar opnieuw een groot onderhoud. Het 40ste jaar wordt beschouwd als het laatste jaar waarin het gebouw bruikbaar is als ziekenhuis. Daarna start een nieuwe cyclus van 40 jaar. De “levenscyclusbenadering” is een theoretisch model dat gebruikt wordt om verantwoorde keuzes te maken voor de financiering. Het laat toe om een zicht te krijgen op de kosten die gepaard gaan met de bouwwerken en onderhoudswerken van een ziekenhuis en dit in verschillende periodes tijdens de levensduur van dat gebouw.

¹ Bepaalde diensten, zoals medisch-technische diensten, klinische biologie en medische beeldvorming, kwamen niet in aanmerking voor financiering via het Budget Financiële Middelen (BFM) en bepaalde ruimtes in het ziekenhuis zoals de inkomhal en de technische ruimtes die gebruikt worden voor alle diensten werden daarom slechts proportioneel toegewezen in functie van hun oppervlakte. Die methode van allocatie noemt men “de omslag”.

² Jaarverslag VIPA 2014, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

³ Het Europees Stelsel van Rekeningen (ESR) is het systeem van nationale en regionale rekeningen dat lidstaten van de Europese Unie hanteren. Het bepaalt de registratieregels voor de boekhouding en de regels voor het bepalen van het jaarlijks begrotingsresultaat en de totale overheidschuld.

⁴ Artikel 6 van de Bijzondere wet met betrekking tot de Staatshervorming van 06/01/2014 (BS 31/01/2014).

⁵ Bijzondere financieringswet 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.

Voor de financiering van de investeringen werden twee mechanismen uitgewerkt: het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait. Het **instandhoudingsforfait** is bedoeld om de bestaande roerende en onroerende infrastructuur te onderhouden. De medische en niet-medische investeringen (roerende infrastructuur) kunnen hierdoor vervangen worden en de nodige onderhoudswerken aan de gebouwen (onroerende infrastructuur) kunnen gebeuren. Sinds 2017 ontvangen alle ziekenhuizen, ongeacht of ze reële investeringen uitvoeren, jaarlijks dit forfait zonder aanvraagprocedure. Het is toegekend voor onbepaalde duur en wordt bepaald door een aantal onderliggende parameters.

Het **strategisch forfait** is bedoeld voor nieuwbouw of herconditioneringswerken. Herconditionering betekent dat het gebouw al dan niet volledig wordt gestript of dat er een herallocatie van diensten of functies is waarvoor een grondige aanpassing aan het gebouw nodig is. Het uitgangspunt voor het strategisch forfait is dat de investeringen moeten passen binnen de zorgstrategische planning. Het strategisch forfait kon met andere woorden niet worden toegekend zolang de Vlaamse regering de zorgstrategische planning niet had vastgelegd.⁶ Een strategisch forfait wordt voor onbepaalde duur toegekend en evolueert mee met het aantal verantwoorde bedden. Om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de vraag naar financiering kon een strategisch forfait toch al worden toegekend voor uiterst dringende onafwendbare investeringen. Een duidelijke omschrijving van wat als uiterst dringend en onafwendbaar wordt beschouwd ontbreekt echter op vandaag.

Voor het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait moeten de ziekenhuizen jaarlijks aan het VIPA een verantwoording bezorgen. Die kadert binnen de controle op Europese staatssteun. De ziekenhuizen moeten hun kosten en opbrengsten van hun projecten in kaart brengen. Indien de ontvangen subsidies in een bepaalde periode hoger zijn dan de daarmee overeenstemmende kosten, moeten de ziekenhuizen een aanwendingsplan opmaken.

De invoering van de financiering via het instandhoudings- en strategisch forfait zorgde ervoor dat de ziekenhuizen niet langer onvoorwaardelijk een bepaald bedrag kunnen vorderen van de overheid. Volgens het INR worden de forfaits gekenmerkt door een voldoende voorwaardelijkheid wegens het feit dat ze jaarlijks en voor onbepaalde duur worden toegekend en omdat er geen overheidswaarborg meer wordt gegeven voor de leningen die de ziekenhuizen aangaan om hun investeringen te financieren. Het bedrag van deze jaarlijkse subsidies wordt aangepast al naargelang de onderliggende parameters wijzigen. In tegenstelling tot het systeem van vóór de zesde staatshervorming is er niet langer sprake van een onvoorwaardelijke vordering voor de ziekenhuizen. Dit heeft belangrijke gevolgen op ESR-gebied, aangezien onder dit systeem enkel de jaarlijks uitbetaalde forfaits in de begroting moeten worden opgenomen.

⁶ Het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2019 betreffende de zorgstrategische planning legt voor de ziekenhuizen de verplichting op om een regionaal zorgstrategisch plan op te stellen. Op basis van een goedgekeurd regionaal zorgstrategisch plan kan een ziekenhuis een individueel zorgstrategisch plan opmaken. Een goedgekeurd individueel zorgstrategisch plan is een voorwaarde om VIPA-middelen te kunnen aanvragen. Vanaf 1 april 2022 kan overgegaan worden tot indiening van een regionaal zorgstrategisch plan.

2. ANALYSE VAN DE HUIDIGE FINANCIERINGSMETHODIEK

2.1 Investerings in dalende lijn

We stellen vast dat de ziekenhuizen sinds de zesde staatshervorming significant minder investeren in infrastructuur. In 2018 namen in de algemene ziekenhuizen de investeringen af met 18% in vergelijking met het jaar daarvoor.⁷ De financieel precaire situatie in combinatie met het ontbreken van middelen en toekomstperspectief zetten een rem op de investeringscapaciteit, de innovatie en samenwerking in de zorg. Bij de psychiatrische ziekenhuizen zien we een gelijkaardige tendens. Wetende dat in de periode 2010-2014 amper 2,5% van de totale beschikbare middelen voor de ziekenhuizen vanuit Vlaanderen werd toegewezen aan de psychiatrische ziekenhuizen, zijn er nog steeds onvoldoende incentives om investeringen te doen in de geestelijke gezondheidszorg.⁸ De noodzaak daartoe is inherent aanwezig in de maatschappij, onder meer door de tendens tot verdere vermaatschappelijking in de zorg en intensifiëring in de ziekenhuizen op basis van een meer doelgroepgerichte benadering.

Tabel 1 toont de bijkomende financiering die de Vlaamse regering voor de ziekenhuizen voorziet voor de jaren 2020-2024 en 2025 bovenop de begroting van 2019.⁹

	EXTRA BOVENOP BEGROTING 2019						2020-2024	2025
	2020	2021	2022	2023	2024			
Meerjarenbegroting	€ 0	€ 10	€ 10	€ 20	€ 20	€ 60	€ 20	
Vlaams relanceplan	€ 0	€ 10	€ 10	€ 10	€ 10	€ 40	€ 10	
Totaal	€ 0	€ 20	€ 20	€ 30	€ 30	€ 100	€ 30	

Tabel 1: meerjaren raming (in miljoen euro) infrastructuur

In de meerjarenraming 2019-2024 is vanaf 2021 jaarlijks 10 miljoen euro voorzien bovenop het bestaande budget van 2019 (en 2020). Vanaf 2023 wordt die 10 miljoen euro opgehoogd met hetzelfde bedrag zodat het jaarlijks bijkomend bedrag ten opzichte van 2019 vanaf 2023 20 miljoen euro bedraagt. Voor de volledige regeerperiode 2020-2024 betekent dat 60 miljoen euro extra middelen ten opzichte van 2019. Dat bedrag zou bedoeld zijn voor de reeds eerder toegekende strategische forfaits. Voor 2025 is nog eens 20 miljoen euro bijkomend voorzien. Via het Vlaams relanceplan wordt vanaf 2021 bijkomend 10 miljoen euro voorzien.¹⁰ Dat brengt het totaal aan bijkomende financiering voor de periode 2020-2024 op 100 miljoen euro en voor 2025 op 30 miljoen euro.

Tabel 2 toont de verdeling van de middelen over de algemene ziekenhuizen, de revalidatieziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen vanaf 2023.

VERDELING BIJKOMENDE MIDDELEN VANAF 2023	
Algemene ziekenhuizen (incl. UZ)	€ 17,5
Revalidatieziekenhuizen	€ 5,5
Psychiatrische ziekenhuizen	€ 7
Totaal	€ 30

Tabel 2: verdeling bijkomende middelen tussen de sectoren vanaf 2023 (in miljoen euro)

⁷ MAHA-analyse Algemene Ziekenhuizen 2019 en 2020, Belfius Bank.

⁸ De continuïteitsratio (verhouding tussen investeringen en afschrijvingen) bedroeg respectievelijk 0,7 in 2016 en nam zelfs nog verder af in 2017 en 2018 (0,4).

⁹ De Vlaamse begroting 2020-2024, Meerjarenraming Matthias Diependaele.

¹⁰ Toelichting bij de begroting 2021. Meerjarenraming 2020-2025, Vlaams Parlement.

Het volledige pakket aan bijkomende middelen in de huidige legislatuur gaat naar preciaire dossiers. Die aanpak geeft een beperkt aantal ziekenhuizen weliswaar meer ademruimte, maar heeft het nadeel dat de focus wordt gelegd op ad-hoc-investeringen en tijdelijke onderhoudswerken. Het is vooralsnog onduidelijk hoeveel bijkomende middelen er zullen zijn voor het instandhoudingsforfait.

Tabel 3 geeft een overzicht van de uitbetaalde bedragen aan de ziekenhuizen (algemene, revalidatie- en psychiatrische ziekenhuizen) sinds 2017. De focus ligt hier op de budgettaire impact sinds 2014. De grijze cijfers (2021) zijn gebaseerd op assumpties. De cijfers tonen dat het deel van de financiering afkomstig van het BFM dalend is. Dat is vooral een gevolg van de inhaalbedragen, het budgetonderdeel C2. De negatieve inhaalbedragen in 2021 door de herziening van de boekjaren 2013-2014 bedragen in totaal 69.655.000 euro. Door de covidcrisis werden die pas vanaf 2021 geïntegreerd in het BFM.

	2017	2018	2019	2020	2021
A1	€ 407 223 307	€ 393 365 452	€ 373 468 808	€ 363 959 015	€ 354 691 374
A2 mbt A1/A3	€ 24 636 412	€ 25 903 688	€ 25 479 547	€ 25 678 401	€ 25 878 806
A3	€ 9 624 146	€ 8 666 391	€ 8 121 495	€ 7 045 229	€ 6 111 591
C2 mbt A1/A3	- € 6 348 950	- € 14 632 584	- € 31 037 778	€ 21 424 436	- € 69 655 000
C2 mbt A2 (mbt A1/A3)	€ 1 090 458	€ 1 182 578	€ 1 212 724	€ 2 385 694	€ 1 331 839
Evolutie BFM	€ 436 225 373	€ 414 485 525	€ 377 244 796	€ 420 492 775	€ 318 358 610

Tabel 3: uitbetaalde bedragen aan de ziekenhuizen voor infrastructuur, 2017-2021

Als we rekening houden met de daling van de financiering vanuit het BFM in combinatie met een beperkte toename van de financiering vanuit het VIPA, dan zien we dat de budgetten jaar na jaar dalen (een deel van de negatieve inhaalbedragen werd in 2020 uitgesteld naar 2021). Daarnaast werden er in de afgelopen jaren geen nieuwe strategische forfaits voor nieuwbouwziekenhuizen of grote herconditioneringswerken toegekend. Er is geen perspectief wanneer die toekenningen zullen gebeuren en welke budgetten in de volgende regeerperiode daaraan zullen worden gekoppeld. Er is dus ook voor de periode na 2024 geen positieve evolutie in het vooruitzicht.

Tabel 4 toont de continuïteitsindicator voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen in de MAHA-studie van Belfius.¹¹ De evolutie van de continuïteitsratio toont een manifeste tendens tot desinvesteren. De continuïteitsratio vergelijkt de bruto-investeringen met de afschrijvingen en is voor de algemene ziekenhuizen in 2019 al teruggevallen tot 1,39. Bij de psychiatrische ziekenhuizen zien we reeds meerdere jaren dat de continuïteitsratio kleiner is dan 1. Het feit dat er geen nieuwe investeringen of vervangingsinvesteringen gebeuren, is nefast voor de kwaliteit van het zorgaanbod op lange termijn.

	2015	2016	2017	2018	2019
Algemene ziekenhuizen	2,67	1,73	1,68	1,95	1,39
Psychiatrische ziekenhuizen	2,4	0,7	0,4	0,4	1

Tabel 4: continuïteitsindicator algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen, 2015-2019 (MAHA-analyse Belfius)

¹¹ De MAHA-analyse van Belfius betreft de Vlaamse, Waalse en Brusselse algemene ziekenhuizen. Dat is inclusief de universitaire ziekenhuizen en exclusief de revalidatie- en psychiatrische ziekenhuizen.



Het uitstellen van investeringen leidt op termijn tot hogere kosten. Door het uitblijven van investeringen zijn de ziekenhuizen genoodzaakt om uiteindelijk tijdelijke, en dus vaak duurdere werken te doen. Ook de sterke stijging van de bouwindex heeft een kostenstijgend effect. Daardoor zal op langere termijn nog minder (vervanging van bestaande) investeringen gebeuren, laat staan dat innovatieve investeringen in het kader van zorgvernieuwing kunnen worden gerealiseerd.

Waar zullen de middelen die de volgende jaren vrijkomen naartoe gaan? De evolutie in de toegekende financiering binnen het BFM (vergoeding voor investeringen die al gebeurd zijn en die uitdovend zijn) kan de nodige ruimte bieden om extra beleid uit te werken in Vlaanderen. Vlaanderen moet die vrijgekomen middelen opnieuw investeren in de ziekenhuizen. Het kan geenszins de bedoeling zijn dat die middelen gebruikt worden voor andere doeleinden of worden aangewend voor de aanzuivering van een begrotingstekort op algemeen niveau. Zorgnet-Icuro vraagt dat die middelen opnieuw in de sector worden geïnvesteerd.

2.2 Instandhoudingsforfait

Voor het instandhoudingsforfait gaan we uit van een minimale toename tegen 2024 met 27,9 miljoen euro. Die stijging is het gevolg van de daling van het bedrag in het BFM, een toename van dagziekenhuisactiviteit en de evolutie van de index. Met die stijging zou reeds rekening zijn gehouden in de meerjarenraming.

Bij de berekening van het instandhoudingsforfait wordt rekening gehouden met financieringsstromen die vanuit het BFM en het VIPA aan de voorzieningen werden toegekend. Louter om budgettaire redenen werd op basis daarvan van bij de aanvang een correctiemechanisme ingevoerd. Het berekend instandhoudingsforfait wordt verminderd met 33% van de toegekende middelen via BFM en VIPA.

Zorgnet-Icuro deed hierover in 2018 een bevraging bij zijn leden.¹² Daaruit blijkt dat bij gelijkblijvende berekening van het instandhoudingsforfait – indien het correctiemechanisme niet meer zou worden toegepast (correctiepercentage daalt naar 0%) – het instandhoudingsforfait 83 miljoen euro hoger zou zijn. Nergens in de begrotingsdocumenten vinden we enige indicatie over de evolutie van dat percentage. Die 83 miljoen euro zijn absoluut noodzakelijk als bijkomende middelen voor het instandhoudingsforfait.¹³

¹² Bevraging en analyse door Zorgnet-Icuro van de berekeningsmodellen van het instandhoudingsforfait 2017 bij de algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen. In aantal bedden uitgedrukt, vertegenwoordigde het aantal deelnemers 99% van alle erkende bedden in de sector.

¹³ Dit bedrag is onderhevig aan een index, maar die werd om praktische redenen buiten beschouwing gehouden. Er werd ook geen rekening gehouden met de latere evolutie van de investeringslasten voor infrastructuur en medisch-technische diensten, grote onderhoudswerken, herconditioneringswerken en de VIPA-subsidies voor infrastructuur die bepalende zijn voor de hoogte van de correctie.

2.3 Strategisch forfait

In de legislatuur 2015-2019 kende de Vlaamse overheid geen enkel nieuw strategisch forfait toe voor nieuwbouw. Wel werd beperkte financiering voorzien voor de uiterst dringende dossiers. Voor de periode 2020-2024 wordt tegen 2024 slechts 30 miljoen euro voorzien voor de strategische forfaits voor dringende (precaire) dossiers. Dat betekent alweer een regeerperiode zonder nieuwe strategische forfaits voor nieuwbouwdossiers. In onderstaande tabel berekende Zorgnet-Icuro de noden inzake strategische forfaits voor deze regeerperiode.

	2024 vs 2019	OPMERKING
Strategisch forfait bouwkalenderdossiers (excl. index)	- €8,7 mio	
Strategisch forfait precaire dossiers (excl. index)	+ €15 mio	= 3,46% van bedrag SF op kruissnelheid
minimum opstart nieuwe dossiers per legislatuur	+ €107 mio	= 20% van bedrag SF op kruissnelheid
grote investeringsdossiers reeds wachtend op goedkeuring	+ €25 mio	
Index IF en SF	+ 11 mio	indexering IF en SF
TOTALE EVOLUTIE STRATEGISCH FORFAIT	+ €138,7 mio	

We benadrukken dat er slechts 30 miljoen euro wordt voorzien tegen 2024, maar dat neemt niet weg dat er toch al (meerdere) nieuwe dossiers kunnen worden goedgekeurd. De effectieve uitbetaling van de strategische forfaits zal pas volgen bij de ingebruikname van het nieuwe gebouw(deel). Die ingebruikname zal voor een nieuwbouwziekenhuis pas na 2024 gebeuren.

3. GEVOLGEN VAN HET HUIDIGE FINANCIERINGSSYSTEEM OP KORTE EN LANGE TERMIJN

3.1 Onzekerheid en ondoorzichtigheid

Het huidig beleid confronteert de ziekenhuizen met een gigantische onzekerheid over hun toekomstige budgetten voor infrastructuur. Daardoor zijn de ziekenhuizen niet of onvoldoende in staat om een meerjarenbeleid te voeren, of om doordacht te investeren in innovatie. Bovendien is het ondoorzichtig welke criteria de overheid hanteert bij de toewijzing van de middelen voor de preciaire dossiers en de strategische forfaits.

Voor de volledige regeerperiode 2020-2024 is er voor 60 miljoen euro aan extra middelen vrijgemaakt ten opzichte van 2019. Dat bedrag is bedoeld voor de reeds eerder toegekende strategische forfaits. De Vlaamse overheid keurde intussen ook een aantal preciaire dossiers goed. Dat geeft een beperkt aantal ziekenhuizen de mogelijkheid om een aantal tijdelijke onderhoudswerken en ad-hoc-investeringen uit te voeren. Doordat enkel budget wordt voorzien voor deze uiterst dringende dossiers, zijn er andere ziekenhuizen die zonder subsidies maar met eigen middelen een gedeeltelijke nieuwbouw realiseren of herconditioneringswerken laten uitvoeren. De meeste ziekenhuizen kunnen echter niet starten met het uitvoeren van werken omdat zij niet in aanmerking komen voor een precair dossier en omdat hun financiële situatie het niet toelaat om investeringen met eigen middelen te verwezenlijken. Bovendien is het onduidelijk wat precies wordt bedoeld met “precair”. Wanneer is iets dringend en onafwendbaar? Het advies van 12 mei 2017 van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) met betrekking tot de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen pleitte voor een duidelijke definitie om interpretatieverschillen te vermijden. Nu lijkt het alsof dit een ad-hoc-benadering is die onvoldoende gestoeld is op objectieve criteria.

Het blijft onduidelijk welk bijkomend bedrag zal worden vrijgemaakt voor het instandhoudingsforfait. Evenmin is geweten of en wanneer het correctiemechanisme kan wegvallen.

De Vlaamse overheid gaf in 2018 de opdracht aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om een onderzoek te voeren naar de opportuniteit en de waarde van de parameters van de infrastructuurforfaits. De studie moet de basis vormen van een herziening van het huidige financieringssysteem. Momenteel is die studie – weliswaar later dan voorzien – afgerond. De resultaten werden nog niet openbaar gemaakt; het is dus voorlopig nog wachten op een hervorming. De onzekerheid houdt daardoor aan; ziekenhuizen blijven belangrijke beslissingen uitstellen wegens een te grote onzekerheid. Er zijn veel openstaande vragen:

- Welke budgetten zullen vrijkomen?
- Welke ziekenhuizen kunnen nu reeds financiering voor hun nieuwbouw bekomen?
- Wanneer kunnen ziekenhuizen grote herconditioneringswerken uitvoeren?
- Wat is de positie van de revalidatieziekenhuizen binnen het netwerk?
- Wanneer zal men gevolg geven aan het onderzoek naar de opportuniteit en de waarde van de parameters in het financieringssysteem voor de ziekenhuisinfrastructuur?
- Hoe en wanneer zal de correctiefactor worden afgebouwd?
- Wat met de dossiers die via autofinanciering zijn gerealiseerd?

De ziekenhuizen hebben plannen en ideeën om samen te werken en te innoveren. Infrastructuursubsidies moeten dat proces stimuleren. De huidige onzekerheid vormt een sterk remmende factor en wordt nog meer in de hand gewerkt doordat de overheid het nemen van bepaalde beslissingen op de lange termijn schuift. Het eindrapport voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van augustus 2021 geeft bijvoorbeeld opnieuw geen duidelijkheid voor deze legislatuur¹⁴. Daardoor gaan ziekenhuizen erg voorzichtig om met hun schaarse middelen. Die dienen nu vooral om de huidige werkingstekorten te compenseren veeleer dan om te investeren in structurele oplossingen voor de toekomst. Ze zijn geneigd om hun grote veranderingswerken of nieuwbouwprojecten uit te stellen en waar mogelijk te vervangen door een tijdelijk gespreide uitvoering van een deel van de infrastructuurwerken. Die opeenvolgende tijdelijke werken lijken weliswaar op korte termijn goedkoper en meer betaalbaar, maar vallen op lange termijn vaak duurder uit.

¹⁴ Eindrapport Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en gezin, Vlaamse Brede Heroverweging (9/8/2021), p11, 58, 63.

De ontoereikende infrastructuursubsidies worden momenteel nog deels bijgesteld via de honoraria en de marges op geneesmiddelen, maar we stellen vast dat in steeds meer ziekenhuizen ook die middelen niet meer beschikbaar zijn. Noodzakelijke veranderingswerken aan de gebouwen en investeringen in innovatie, ICT en kwaliteit worden uitgesteld. Ziekenhuizen die investeringsnoden hebben, kunnen die niet invullen door een gebrek aan financiering. Dat zal op termijn een gigantische investeringsachterstand creëren, die op een bepaald moment moet worden ingehaald. Daarvoor is een voldoende flexibel financieringsmechanisme nodig.

Het huidige beleid is vooral gericht op ad-hoc-investeringen en tijdelijke onderhoudswerken zonder enig perspectief op structurele financiering. Er is nood aan meer transparantie en een vaste blijvende basisfinanciering gebaseerd op relevante parameters voor nieuwbouwwerken en herconditionering voor alle ziekenhuizen. Ook na deze legislatuur is een duidelijke begroting van de toekomstige budgetten nodig.

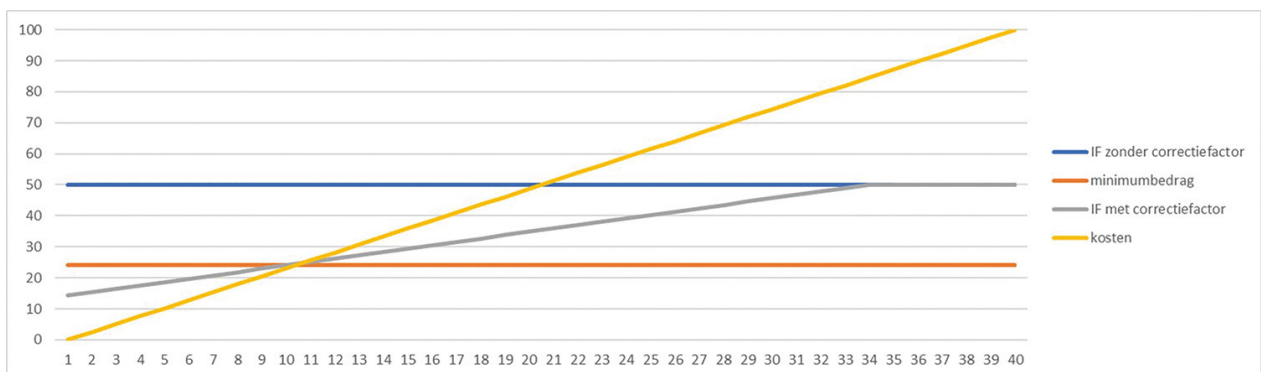
Ook al wordt er aan die ziekenhuizen geen strategisch forfait toegekend omdat de budgettaire context het niet toelaat, toch zou er steeds de mogelijkheid moeten worden voorzien om nadien een vorm van financiering aan te bieden. Dat sommige ziekenhuizen hun investeringen zonder subsidies kunnen bekostigen, doet geen afbreuk aan de bevoegdheid van de Vlaamse overheid om voldoende financiering te voorzien die in overeenstemming staat met de behoeften van de ziekenhuizen en de zorggebruikers, en dat aangepast aan de huidige kwaliteitsvereisten.

Naast de gevraagde transparantie over de toekomst, rijzen er ook vragen over de manier van toewijzing van de middelen voor preciaire dossiers en voor strategische forfaits. Er is geen zicht op de criteria die werden gebruikt voor de recente toekenning van financiering voor dringende dossiers.¹⁵ De definitie van dringende dossiers blijft vaag en het is niet duidelijk welke dossiers eerst worden behandeld en welke niet. Worden enkel inhoudelijke criteria in aanmerking genomen of speelt het moment waarop een ziekenhuis zijn aanvraag indient ook een rol?

De Vlaamse overheid moet een budgettaire planning op lange termijn opstellen voor de beide infrastructuurforgaits waarbij heel duidelijk gemaakt wordt volgens welke criteria welke ziekenhuizen voor welk bedrag in aanmerking komen.

3.2 Ontoereikend instandhoudingsforfait voor onderhoud bestaande infrastructuur

Het instandhoudingsforfait wordt bepaald op basis van de bedragen per bed, plaats of eenheid. Ziekenhuizen die nog lopende afschrijvingen BFM of VIPA-subsidies hebben uit vorige investeringswerken, ontvangen een lager forfait dan wat zou zijn berekend volgens de som van de geïndexeerde forfaits per bed, plaats of eenheid. Dat komt door de correctiefactor. Er is een negatief effect op het instandhoudingsforfait door de vermindering van 33% van de investeringslasten voor infrastructuur en medisch-technische diensten (BFM-bedragen voor afschrijvingen van opbouw: op 33 jaar), grote onderhoudswerken (op 10 jaar), herconditioneringswerken (op 33 jaar) en de VIPA-subsidies voor infrastructuur (over 30 jaar). Grafiek 1 toont een theoretische voorstelling van het effect van het correctiemechanisme.



Grafiek 1: theoretische benadering instandhoudingsforfait doorheen de levenscyclus van het gebouw¹⁶

¹⁵ Persbericht 6/5/2021 Minister Beke "Vlaamse Regering investeert 900 miljoen extra in preciaire Vlaamse ziekenhuisinfrastructuur".

¹⁶ De kosten en het instandhoudingsforfait zijn onderhevig aan een index, maar die werd voor de eenvoud buiten beschouwing gehouden. Het minimum bedrag is niet onderhevig aan een index.

In de grafiek staan op de horizontale as de levensjaren van het ziekenhuisgebouw. In theorie is dat 40 jaar. Die levenscyclusbenadering is het uitgangspunt waarop het model van het instandhoudingsforfait (en strategisch forfait) is gebaseerd. De gele lijn stelt de lasten voor van groot onderhoud en kleine vervangingswerken die worden gedekt door het instandhoudingsforfait. In een eenvoudige weergave is dat een rechte lijn waarbij de kosten jaar na jaar evenveel toenemen. In realiteit zal die curve vaak een progressief verloop kennen en zullen de kosten in het eerste jaar niet gelijk zijn aan nul. Zelfs in het eerste jaar zijn er kosten voor kleine onderhoudswerken. De blauwe lijn is het instandhoudingsforfait zonder correctiemechanisme: dat is het instandhoudingsforfait dat het ziekenhuis jaar na jaar zou moeten ontvangen. Ervan uitgaande dat het instandhoudingsforfait gecumuleerd net voldoende is om de kosten te dekken, is de som over de 40 jaar heen gelijk aan de som van de lasten voor groot onderhoud en kleine vervangingswerken (gele curve). Door het ingebouwde correctiemechanisme (zie hierboven) valt het instandhoudingsforfait de eerste jaren lager uit (grijze curve). Het gecumuleerd bedrag van de grijze curve is na 40 jaar lager dan het gecumuleerd bedrag van de gele curve. De som van het instandhoudingsforfait is dus ontoereikend om de daarbij horende kosten te dekken.

De ziekenhuizen die zich volgens het theoretische model van de levenscyclus in de eerste jaren van die cyclus bevinden, vallen voor het instandhoudingsforfait terug op het minimumbedrag (= roerend forfait voor medische en niet-medische afschrijvingen uit BFM). De BFM-bedragen voor afschrijvingen van opbouw, grote onderhoudswerken en herconditioneringswerken zijn op termijn uitdovend. Na verloop van tijd zal het instandhoudingsforfait toenemen tot boven het minimumbedrag. In de grafiek is dat bijvoorbeeld het geval in jaar 10.

Het effect van het correctiemechanisme is onverantwoord groot en heeft een negatieve impact op het onderhoud van het gebouw. Het feit dat pas na volledige afschrijving van alle lopende investeringen via het BFM een ziekenhuis de middelen ontvangt waarop het eigenlijk sinds 2017 reeds aanspraak zou moeten maken, is inacceptabel. Voor sommige ziekenhuizen duurt het 33 jaar vooraleer het forfait tot boven het minimumbedrag komt. De correctiefactor speelt dus niet enkel voor nieuwe ziekenhuizen, maar alle ziekenhuizen worden daardoor gepenaliseerd.

Nog een aantal andere factoren dragen bij aan de ontoereikendheid van de huidige forfaits:

- De achterstand bij de herzieningen van het BFM zorgt ervoor dat de BFM-bedragen voor afschrijvingen van opbouw, grote onderhoudswerken en herconditioneringswerken te hoog of te laag zijn. Daardoor worden bepaalde ziekenhuizen zwaarder of net minder zwaar gepenaliseerd door het correctiemechanisme, door de te hoge en nog niet herziene toegekende provisionele bedragen binnen het onderdeel A1. Bovendien wordt de te hoge penaliserende na herziening niet gecorrigeerd, wat de logica zelve zou moeten zijn.
- Fouten in het BFM die pas achteraf worden gecorrigeerd, hebben in een aantal gevallen een nadelig effect op het instandhoudingsforfait. De impact van die fouten zou op zijn minst moeten worden rechtgezet in de berekening van het instandhoudingsforfait.
- De correctiefactor moet pro rata het aandeel van de herconditionering of het gedeelte nieuwbouw zijn (aandeel ten opzichte van de totale ziekenhuisinfrastructuur).
- In 2016, het eerste jaar na de bevoegdheidsoverdracht, werd geen instandhoudingsforfait voorzien.
- Door het uitblijven van de toekenning van nieuwe strategische forfaits zijn de ziekenhuizen genooddaakt om tijdelijke duurdere oplapinvesteringen te doen terwijl een herconditionering of nieuwbouw zich opdringt om kwaliteitsvolle zorg in een volwaardige duurzame infrastructuur te kunnen aanbieden. Het systeem van preciaire dossiers in combinatie met het uitblijven van strategische forfaits verdringen het duurzaam onderhoud. Dat is op langere termijn een dure oplossing.
- Het strategisch forfait wordt jaarlijks op 1 januari voor slechts 16% aangepast aan de afgevlakte gezondheidsindex. Een meer correcte benadering is hier op zijn plaats:
 - Een aanpassing gebaseerd op de bouwindex in plaats van op de gezondheidsindex;
 - Een indexering van de onderliggende parameters en actualisatie vanaf het jaar van opname in het BVR tot minstens het jaar van toekenning van het forfait;
 - De periode tussen toekenning forfait en ingebruikname gebouw kan al snel 5 jaar bedragen. Ook voor die periode zou een indexering moeten worden voorzien.

Het huidige beleid creëert een vicieuze cirkel waarbij het systeem van preciaire dossiers en budgettaire krapte zichzelf in stand houdt. De Vlaamse overheid moet voor alle ziekenhuizen een volwaardig instandhoudingsforfait voorzien en zorgen voor de toekenning van volwaardige strategische forfaits.



3.3 Leningen: moeilijker te verkrijgen en duurder

Door het forfaitair financieringssysteem en de benadering van een levenscyclus van 40 jaar ontstaat er een mismatch tussen de kosten en de bijhorende subsidies. De subsidies vallen niet samen met de ermee gepaard gaande kosten en de levenscyclus van 40 jaar staat in contrast met de termijn waarop de banken een lening geven. De invoering van het forfaitair financieringssysteem ging ook gepaard met het wegvallen van de waarborg van de Vlaamse Gemeenschap bij leningen. Dat komt omdat de gewaarborgde schulden behoren tot de geconsolideerde schuld van de overheid (ESR).

De onvoldoende financiering van de kosten en het wegvallen van de staatswaarborg leiden ertoe dat de banken enerzijds vragen naar andere waarborgen (dure hypotheek/volmacht hypotheek, waarborg van de stad/gemeente, pand op vorderingen) en anderzijds een hogere risicopremie aanrekenen die zich vertaalt in een hogere rentevoet voor de kredieten. Leningen onder de vorm van een hypotheek bieden hier geen soelaas. De marktwaarde van ziekenhuisinfrastructuur is namelijk zeer laag, omdat het gebouw zijn waarde bijna volledig verliest wanneer het niet meer dienst doet als ziekenhuis.

Het systeem van de forfaitaire financiering gelinkt aan de verantwoorde bedden zorgt bij de algemene ziekenhuizen voor onzekerheid over de toekomstige financiering. De link met de verantwoorde bedden moet worden beschouwd als een activiteitsparameter. Daarbij gaat men ervan uit dat wanneer de activiteit daalt, het recht op financiering ook daalt. De investering in infrastructuur (vaste kost) staat echter los van de evolutie van de activiteit. Ook al daalt de activiteit, het gebouw blijft bestaan, de kosten lopen verder en de nood aan herconditionering blijft bestaan. De beslissing om te investeren in een gebouw van een bepaalde grootte en met een bepaalde indeling wordt ingegeven door de activiteit op een bepaald moment en een inschatting van de toekomstige activiteit. De huidige forfaitaire benadering is ook van toepassing op de interestcomponent. Daardoor is er geen rechtstreekse link tussen de interesten die de ziekenhuizen moeten betalen aan de banken en de financiering ervan via het strategisch forfait.¹⁷

Het is aangewezen om het strategisch forfait niet meer jaarlijks aan te passen aan de evolutie van het aantal verantwoorde bedden. Volgens de ESR-criteria moeten de forfaits echter een voldoende voorwaardelijkheid hebben met jaarlijkse aanpasbaarheid. Om de impact van de parameter “verantwoorde bedden” op het verkrijgen van een lening te beperken, kan men opteren voor een systeem waarbij de evolutie van de verantwoorde bedden doorheen de tijd wordt afgevlakt, zonder hierbij afbreuk te doen aan de ESR-vereisten. Op die manier wordt er, minstens deels, tegemoet gekomen aan de vraag van de algemene ziekenhuizen om de link tussen het strategisch forfait en de verantwoorde bedden los te laten.

De banken geven leningen voor 20, maximum 25 jaar, te rekenen vanaf de start van de bouw van het vastgoed. Dat staat tegenover de forfaits, die berekend zijn voor een termijn van 40 jaar vanaf ingebruikname van het gebouw. De termijn van 40 jaar is met andere woorden niet in overeenstemming met de termijn waarop banken hun leningen verstrekken. Het merendeel van de investeringen wordt afgeschreven op 33 jaar. Het zou beter zijn om de hoogte van de forfaits mee te laten evolueren met de termijn van de onderliggende afschrijvingen in plaats van het huidige lineair forfait.

Voor het systeem van de VIPA-gebruikstoelagen in werking trad, bestond het systeem van de investeringswaarborg. Voor het deel van de investeringen waarvan vroeger de afschrijvingen via het BFM werden gefinancierd, kon het ziekenhuis bij de bank een lening aangaan met een waarborg van de Vlaamse Gemeenschap. De Vlaamse Gemeenschap stond dus in voor de terugbetaling van het kapitaaldeel van die leningen wanneer het ziekenhuis daartoe niet meer in staat zou zijn. Die waarborg gaf uiteraard een bijkomende zekerheid aan de banken waardoor de externe financiering vlotter kon worden verstrekt. Door de grotere onzekerheid vragen de banken nu meer inspanningen van de ziekenhuizen. Een gevolg is dat een financiering met eigen middelen van minstens 20% van de bouwkost is vereist.

¹⁷ De impact zal nog toenemen wanneer voor nieuwe investeringen de afschrijvingen starten in het jaar van ingebruikname. Dit zal ten vroegste in voege treden voor nieuwe investeringen vanaf 2023. Die extra last blijft niet beperkt tot het eerste jaar van afschrijving, maar weegt gedurende de volledige afschrijvingsperiode. Info uit: Advies van de FRZV over de voorgestelde wijzigingen in het jaarlijks boekhoudkundig plan van de ziekenhuizen (11/03/2021); lettre_daccompagnement_-_avis_plan_comptable (16/3/2021).



Ook de boekingswijze van de forfaits heeft impact. Voor grotere projecten kan een ziekenhuis beroep doen op middelen van de Europese Investeringsbank, maar daarvoor is een solvabiliteitsratio van 25% een minimumvereiste. In het vroegere systeem (BFM en gebruikstoelagen) kon het ziekenhuis op het moment van de betekening het volledige bedrag van de kapitaalsubsidie op balans zetten binnen het eigen vermogen. Vandaag kan dat niet meer. De strategische forfaits worden elk jaar opnieuw berekend. Er is geen zekerheid over de hoogte van de toekomstige bedragen, waardoor die toekomstige forfaits niet in de balans kunnen worden opgenomen en niet mee in rekening worden gebracht van het eigen vermogen. Daardoor is de vereiste solvabiliteitsratio van minimum 25% voor heel wat ziekenhuizen moeilijk of helemaal niet haalbaar.

Doordat in deze legislatuur opnieuw geen nieuwbouwdossiers en grote herconditioneringswerken worden goedgekeurd, stellen ziekenhuizen grote investeringswerken steeds langer uit. De toekomstige projecten worden daardoor steeds omvangrijker. En het zijn net de grotere investeringsprojecten waarvoor het moeilijker en duurder wordt om een lening bij de banken te verkrijgen.

Zorgnet-Icuro vraagt dat de Vlaamse overheid een manier vindt om de forfaits meer in overeenstemming te brengen met de kosten waarvoor ze bedoeld zijn. Concreet moet de overheid een nieuw systeem invoeren met de volgende kenmerken:

- Een financiering gebaseerd op een kortere levenscyclus, bijvoorbeeld 25 jaar, die meer in lijn ligt met de terugbetalingstermijn van de leningen van de bank;
- Een mechanisme waarbij de eerste uitbetalingen van de forfaits samenvallen met de eerste kosten van de bouwwerken;
- Een meer rechtstreekse link met de hoogte van de interestlasten die de ziekenhuizen moeten betalen;
- Een afgevlakte impact van de evolutie van de verantwoorde bedden op de hoogte van de forfaits;
- Een mechanisme waarbij de hoogte van de forfaits mee evolueert met de ermee gepaard gaande afschrijvingen.

3.4 Ontoereikend indexatiemechanisme

De federale regelgeving (MB van 11 mei 2007) lag aan de basis van de besluitvorming van de Vlaamse investeringsubsidies in 2017.¹⁸ Deze federale regelgeving bepaalde een volledige koppeling van de basisbedragen aan de evolutie van de bouwindex en bijgevolg ook een koppeling aan de bouwindex van het deel dat Vlaanderen ten laste nam.

In het Besluit van de Vlaamse Regering is die koppeling niet gemaakt. Het strategisch forfait is gebaseerd op een forfait per bed, plaats of eenheid.¹⁹ De berekening van die forfaits per parameter vertrok van het aantal m² en de bouwplafondprijs per m² uit de federale regelgeving. Daarbij werden de prijzen per m² bepaald op basis van de index op 31 december 2006 en vervolgens geïndexeerd naar de bouwindex van 2016. Sinds de start van de inwerkingtreding van het financieringsbesluit (1/01/2017) bleven die forfaits per parameter ongewijzigd. Dat is een eerste fundamenteel probleem dat leidt tot onderfinanciering.

De bouwindex is een weerspiegeling van de evolutie van de lonen en de kostprijs van de materialen van de bouwnijverheid. Die index is in augustus 2021 toegenomen met 24,4% ten opzichte van januari 2017. Een in 2017 ingediend investeringsdossier voor een bouw van 4000 m² betekent dat hetzelfde dossier in 2021 nog slechts voor 3000 m² wordt gefinancierd (via het strategisch forfait). De sector is vragende partij om die onderfinanciering structureel aan te pakken. Een gelijkaardige koppeling aan de bouwindex moet eveneens gebeuren voor eerder ingediende dossiers en voor het instandhoudingsforfait.

¹⁸ Ministerieel besluit 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 van 11 mei 2007.

¹⁹ Artikel 6 en 14 en bijlage 1 van het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen van 14 juli 2017.

Een tweede fundamenteel probleem betreft het indexeerbaar karakter van het toegekende strategisch forfait. In het Vlaamse financieringsbesluit is dat gekoppeld aan de jaarlijkse evolutie van de afgevlakte gezondheidsindex, en dat voor slechts 16%. Aangezien het strategisch forfait zowel de huidige nieuwbouwinvesteringen moet financieren als de grote herconditioneringen binnen 20 jaar (op basis van het *life cycle model*), moet de aanpassing van het toegekende strategisch forfait worden gekoppeld aan de evolutie van de bouwindex, en dat voor de volle 100%. Indien dat niet gebeurt, wordt het aandeel van het strategisch forfait dat bestemd is voor de latere herconditioneringswerken jaar na jaar steeds meer uitgehold.

Wie op vandaag een strategisch forfait heeft gekregen, riskeert op termijn grotendeels zelf te moeten instaan voor de financiering van de latere herconditioneringen waarvoor geen nieuw strategisch forfait kan worden aangevraagd. De actuele toepassing van de huidige regelgeving (16% van de evolutie van de afgevlakte gezondheidsindex tussen januari 2017 en augustus 2021) houdt in dat het strategisch forfait met 1,15% is gestegen, tegenover de evolutie van de bouwkosten over dezelfde periode met 24,4%. Als die evolutie zich doorzet, zal 20 jaar na toekenning van het strategisch forfait het bedrag van de financiering met 5% gestegen zijn, terwijl de uitgaven voor herconditionering verdubbeld zijn.

De Vlaamse overheid moet een volwaardig indexatiemechanisme invoeren met:

- Een koppeling van de basiswaarde van de parameters van het strategisch forfait aan de bouwindex op het moment van de goedkeuring van het dossier;
- Voor beide forfaits een tussentijdse indexatie met de evolutie van de bouwindex;
- Voor het strategisch forfait een volledige toepassing van de indexatie;
- Een koppeling van het instandhoudingsforfait aan de bouwindex.

3.5 Weinig stimulans tot samenwerking, innovatie en expertise

In vergelijking met het buitenland heeft Vlaanderen grote ziekenhuizen. Ze hebben veel bedden en geven een totaalaanbod aan zorg. Het gevolg hiervan is overcapaciteit en versnippering.²⁰ Dat leidt tot een verlies van kennis en expertise.²¹ Het regeerakkoord van de Vlaamse regering uit 2019 vermeldt dat de hervorming van het ziekenhuislandschap moet leiden tot een betere verdeling van zorgopdrachten.²² Het verwijst ook naar het belang van de concrete zorg- en ondersteuningsvraag vanuit de patiënt en een efficiënte inzet van middelen.²³ Het huidige financieringssysteem moedigt die doelstellingen echter onvoldoende aan.

Een forfaitair financieringssysteem werkt relatief goed binnen een stabiel tijds kader voor de zogenaamde routinezorg en houdt de mogelijke overconsumptie tegen. Tegelijk zorgt het voor onderfinanciering van bepaalde gespecialiseerde infrastructuur en kan het innovatie ontmoedigen waardoor er geen *incentive* is om de actuele dynamiek (locoregionale netwerken, intensifiëring van de zorg) te honoreren. Een bijhorend financieringssysteem dat als hefboom faciliterend werkt, zou een enorme stimulans kunnen vormen voor het toekomstig ziekenhuislandschap. We verwijzen hierbij ook naar het regeerakkoord: “We stimuleren daarbij dossiers die gestoeld zijn op innovatieve concepten op vlak van samenwerking binnen netwerken.”²⁴

Er is nood aan een infrastructurele verandering ondersteund door een financiële hervorming die zorgt voor zowel voldoende financiering als een financiering die samenwerking en innovatie stimuleert. Een financieringssysteem dat opening laat voor bepaalde projecten of samenwerkingen die zich toeleggen op specialistische zorg, innovatie en de bundeling van kennis is essentieel.

²⁰ Nota Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap, Vlaamse Regering, 17 juni 2016.

²¹ Hospital of the future, p 29.

²² Vlaamse Regering 2019 - 2024 Regeerakkoord, p 81.

²³ Vlaamse Regering 2019 - 2024 Regeerakkoord, p 76.

²⁴ Vlaamse Regering 2019 - 2024, Regeerakkoord, p. 82.

FOCUSED FACTORIES

Een typisch voorbeeld van samenwerking is de bundeling van expertise in *focused factories*. Die worden opgericht door bepaalde activiteiten van een aantal ziekenhuizen te bundelen in een aparte structuur. Men spitst zich toe op specifieke pathologiegroepen waardoor de expertise en daaraan gekoppeld de kwaliteit toenemen. Patiënten worden op vaste dagen samengebracht op dezelfde plaats en kunnen snel na elkaar worden behandeld. In de huidige regelgeving en financiering lopen ziekenhuizen voor de realisatie hiervan aan tegen een aantal beperkingen. Aangezien de activiteit wordt gelimiteerd tot slechts één of een beperkt aantal specialismen, diensten, functies en/of kenletters, wordt niet voldaan aan de huidige vereisten van erkenning als ziekenhuis of ziekenhuiscampus. We pleiten voor het stimuleren van sociaal ondernemerschap en het reduceren van een aantal rigide regels. Ook hier kan de invoering van een meer flexibel financieringssysteem een stimulans vormen.

De huidige VIPA-financiering bevordert geen investeringen op netwerkniveau. Ze stimuleert veeleer investeringen los van enige samenwerking. Elk individueel ziekenhuis kan mits de nodige argumentatie dure medische investeringen uitvoeren, zelfs al zijn er meerdere ziekenhuizen in hetzelfde of een nabijgelegen netwerk die diezelfde investering doen. De stimulans tot realisatie van doelstellingen inzake concentratie van zeldzame zorgprogramma's of dure infrastructuur ontbreekt volledig. Er is nood aan financiering met incentives tot samenwerking en complementariteit.

(HOOG)GESPECIALISEERDE ZORG

Hooggespecialiseerde infrastructuur heeft een supraregionaal karakter en is bedoeld voor een beperkt aantal voorzieningen. Die bevindt zich voornamelijk in de universitaire ziekenhuizen, maar ook de algemene ziekenhuizen en de revalidatieziekenhuizen hebben op dat vlak noden.

De psychiatrische ziekenhuizen hebben eveneens nood aan een specifieke infrastructuur om gepaste zorg te verlenen aan bijzondere doelgroepen, bijvoorbeeld voor de geïntensifieerde HIC-werking en ID-eenheden. De meerkost daarvoor zit in de extra oppervlakte, de suicidebeveiliging, de aanwezigheid van slagvaste onderdelen, de *healing environment*, de *rooming-in* en de toegangscontrole. De geïntensifieerde werking vormt een antwoord op meer gedwongen opnames en is een meer acute vorm van psychiatrie die antwoorden biedt op patiënten met psychiatrische problemen en bijhorende comorbiditeit. Er is duidelijk nood aan een meer moderne en aangepaste infrastructuur in vergelijking met de bouwtechnische en -fysische normen die vandaag beschreven staan voor de verpleegdiensten. Die infrastructuur heeft immers eveneens een grote invloed op het welbevinden van patiënten en de slaagkansen van hun herstelproces.

Voor hooggespecialiseerde infrastructuur is geen parameter voorzien in het huidige financieringssysteem. Het huidige systeem is vooral gebaseerd op bestaande parameters. Dit zijn algemene parameters die terug te vinden zijn in de meeste ziekenhuizen en die niet specifiek genoeg zijn voor hooggespecialiseerde infrastructuur die zich in slechts een of een beperkt aantal ziekenhuizen bevindt. Een forfaitaire benadering zoals nu voorzien, is niet aan de orde omdat dat bijkomende onderfinanciering zou veroorzaken voor de ziekenhuizen die net die vaak duurdere infrastructuur nodig hebben. Het zou ook de overfinanciering van andere ziekenhuizen als gevolg hebben.

Naast een specifieke financiering voor hooggespecialiseerde infrastructuur is meer differentiatie in de basisfinanciering aangewezen. De bouwkost van bijvoorbeeld een afdeling hematologie ligt door de duurdere technieken hoger dan een andere basisafdeling. Er kan meer differentiatie worden gebracht in de financiering afhankelijk van het type bed.

Zorgnet-Icuro pleit ervoor om voor deze specialistische infrastructuur een meer flexibele benadering toe te laten, bijvoorbeeld via pilootprojecten of een financiering aan de hand van duidelijk omschreven outcome en noden. Indien na verloop van tijd de effectiviteit is bewezen, moet dat op een structurele manier kunnen worden verankerd in de regelgeving.

INNOVATIE, HERALLOCATIE EN SCHADELOOSSTELLING

Zorgbehoeften veranderen onder meer door de medisch-technologische evolutie, zorgtrends en een wijzigende populatie (vergrijzing, multiculturaliteit). Innovatieve zorgvormen proberen een antwoord te geven op veranderende zorgbehoeften. De innovatie van ziekenhuizen kan de samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders aanmoedigen.²⁶ Zo zullen er nieuwe manieren van dienstverlening, preventie, zorg en revalidatie worden ontwikkeld. Het ziekenhuis van de toekomst wordt beschreven als een netwerkorganisatie met permanente wisselwerking met de eerste lijn en met supergespecialiseerde zorgaanbieders.²⁷

De huidige financiering is gekoppeld aan parameters, die op hun beurt gekoppeld zijn aan m² per parameter en aan de kostprijs per m² per parameter. De eenheden van de parameters x het aantal m² x de kostprijs per m² bepalen het forfait per parameter. Om vlot in te spelen op de hedendaagse noden is er nood aan herallocatie en bijhorende herconditionering van bestaande ruimtes. Het huidige strategisch forfait is een berekening op basis van bestaande parameters gelinkt aan bepaalde zorgvormen maar laat geen ruimte voor flexibele herberekening op basis van de overgang van bepaalde parameters/eenheden naar andere/nieuwe parameters/eenheden. Wanneer een ziekenhuis uiteindelijk minder bedden inzet dan initieel gepland bij de aanvraag van een strategisch forfait, maar die financiering zou kunnen aanwenden voor meer innovatieve zorgvormen zoals thuishospitalisatie met monitoring vanuit een *control room*, verliest dat ziekenhuis die financiering louter omdat ze gelinkt is aan het aantal verantwoorde bedden. Dat belemmert innovatie naar de trend van meer compact bouwen.

Een idee zou kunnen zijn om het ziekenhuis de middelen te laten behouden zodat het die zelfstandig kan aanwenden voor specifieke investeringen in innovatieve projecten, uiteraard met verantwoording naar de Vlaamse overheid. Stel dat een afdeling met bedden wordt omgevormd tot een ruimte voor dagziekenhuis of revalidatie, dan heeft dat een impact op de hoogte van de forfaits. De huidige financiering stimuleert die omvorming niet. Wanneer de ligduur van een gehospitaliseerde patiënt lager is dan het nationaal gemiddelde, dan heeft dat een positief effect op het aantal verantwoorde bedden van dat ziekenhuis. Daardoor hebben ziekenhuizen er soms baat bij om een patiënt niet in het dagziekenhuis te behandelen maar te laten overnachten.

Hetzelfde geldt voor de huidige berekeningen waarbij niet alle activiteiten in rekening worden gebracht. Zo wordt bijvoorbeeld nergens rekening gehouden met het forfait oncologische basiszorg dat werd ingevoerd vanaf 1 maart 2017. Voor wat betreft de revalidatieziekenhuizen komen de plaatsen dagziekenhuis en partiële hospitalisatie van kinderen, jongeren en volwassenen op vandaag niet in aanmerking voor financiering. Wanneer de Vlaamse overheid vraagt dat er extra inspanningen worden gedaan voor deze zorgvormen, dan dient hier ook de nodige ruimte voor vrijgemaakt te worden binnen het ziekenhuis en is een overeenkomstige vorm van financiering vereist.

²⁶ Hospital of the future, 2019, Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, Vlerick Business School, in opdracht van de Vlaamse Overheid, p 26.

²⁷ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bouwplan-voor-het-ziekenhuis-van-de-toekomst-in-vlaanderen>, 1 maart 2019.

²⁸ Mechanisme van schadeloosstelling; KB van 25 april 2002 tot vaststelling en vereffening van het BFM, Art. 91quater tot en met Art. 91sexies.

²⁹ Te vergelijken met het mechanisme beschreven in het Advies van de FRZV "herziening van het BFM als gevolg van de structuralisering van de mobiele teams voor volwassenen (functie 2) en de projecten intensifiëring (functie 4), 12 december 2019, p 5.

Samenwerking tussen ziekenhuizen kan ook leiden tot een herallocatie van sommige diensten of afdelingen waardoor infrastructuur of een deel van die infrastructuur niet langer functioneel bruikbaar is voor een ziekenhuis. Wanneer dit betrekking heeft op investeringen waarvan de eerste afschrijvingen dateren van 2015 of vroeger (en dus gedekt worden door het BFM) is er een mogelijkheid om het deel aan jaarlijkse afschrijvingen toe te kennen onder de vorm van een schadeloosstelling.²⁸ Budgettair vertegenwoordigt dit geen extra uitgaven ten laste van de Vlaamse overheid. We vragen om een dergelijk mechanisme te voorzien voor afschrijvingen na 2015.²⁹

Ook voor de investeringen voor digitalisering bestaan geen parameters, en is dus geen financiering voorzien. We denken daarbij aan digitalisering op vlak van medische apparatuur en ondersteunende investeringen (telefonie, hardware...). Meer algemeen vallen onder Vlaamse bevoegdheid: de digitale investeringen die worden afgeschreven en waarvan het investeringsbedrag hoger is dan 1250 euro. We baseren ons daarvoor op de beslissing van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 17 juni 2020. In het kader van de covidcompensaties spraken de betrokken overheden af om vanuit de federale overheid de kosten en meerkosten te financieren voor lichte en “tijdelijke” infrastructuur die niet bedoeld is om gedurende een lange periode (meer dan één jaar) te gebruiken. Ook de uitgaven voor inrichting en uitrusting, waarvan de eenheidskost minder dan 1250 euro bedraagt, worden beschouwd als werkingskosten, en zijn dus ten laste van de federale overheid en het BFM. Bijgevolg vallen de afschrijvingen met een bedrag hoger dan 1250 euro ten laste van de gemeenschappen, dus voor de Vlaamse ziekenhuizen is dat de Vlaamse overheid.

Wij vragen dat de huidige financiering die positieve ontwikkelingen afremt, plaats maakt voor een financiering die innovatie stimuleert. De Vlaamse overheid moet ruimte laten voor innovatie en expertise aanmoedigen. Het aanbod moet vlot kunnen schakelen bij nieuwe zorgvragen vanuit de zorggebruiker. Een verfijning binnen het huidige forfaitair systeem is nodig zodat:

- Specialisatie in *focused factories* en andere samenwerkingsvormen gestimuleerd wordt;
- Hooggespecialiseerde infrastructuur een gepaste financiering krijgt, ook al zijn daarvoor geen parameters voorzien in de standaard forfaitaire financiering;
- In de basisfinanciering een meer gepaste financiering komt voor die eenheden met duurdere technieken;
- Een mechanisme zoals schadeloosstelling voorzien wordt voor afschrijvingen na 2015;
- Meer innovatieve zorgvormen een plaats kunnen krijgen door een vlotte herallocatie en herconditionering van bestaande ruimtes financieel mogelijk wordt gemaakt;
- Financiering van investeringen op het vlak van digitalisering wordt voorzien.

3.6 Bijkomende vereisten zonder bijkomende middelen

DUURZAAMHEIDSCRITERIA

Op 1 juli 2021 werden de duurzaamheidscriteria geactualiseerd.³⁰ De nieuwe criteria zijn van toepassing op dossiers met een ontvankelijke aanvraag vanaf 1 juli 2021. Daarvoor zijn extra middelen noodzakelijk. Tot op vandaag heeft de Vlaamse overheid geen stappen gezet om voor die nieuwe vereisten financiering te voorzien. Wanneer nieuwe bouwtechnische vereisten een impact hebben op de kosten van infrastructuur, is een bijkomende financiering noodzakelijk zodat ze geen negatieve weerslag hebben op de reeds dunne marges van de ziekenhuizen en de veroudering van de infrastructuur verder in de hand werken.

Als voorbeeld verwijzen we naar de toepassing van geothermie. Er zijn amper middelen om te investeren in zaken die op lange termijn kostenbesparend zijn. Daarnaast zou in het kader van de Europese doelstellingen voor *nearly zero energy buildings* het VIPA voor de gebouwen een instrument aanreiken waarmee de integrale duurzaamheid van een zorggebouw meetbaar wordt. Tot op vandaag kan niet voor alle dergelijke investeringen worden aangetoond of die energiebesparende installaties ook effectief zullen leiden tot een kostenbesparing op lange termijn. De Vlaamse overheid moet uitgaan van de totale kosten tijdens de gehele levensduur. Dat staat ook bekend als de *Total Cost of Ownership* (TCO) benadering. Niet alleen de initiële investeringskosten, maar ook de energiekosten, de verbruikskosten, onderhoudskosten, servicecontracten en de levensduur van de installatie zelf worden hier in rekening gebracht. Tegenover die initieel hogere investering en een hogere totale levensduurkost moet een aangepaste subsidiering staan. Vooral energiebesparende investeringen gaan vaak gepaard met dure onderhoudscontracten. Wanneer die onderhoudscontracten werkingskosten zijn en niet vervat zijn bij de initiële investering, dan zijn ze ten laste van de federale overheid. Daarvoor is geen bijkomende financiering voorzien. Dat valt niet onder de bevoegdheid van Vlaanderen. Maar als een ziekenhuis op onderhoud bespaart, dan zal dat ook effect hebben op de mate waarin een energiebesparende maatregel op lange termijn al dan niet kostenbesparend is. In het bepalen van de mate waarin een maatregel kostenbesparend is, moeten dan ook de onderhoudskosten mee in rekening worden gebracht en de mate waarin het onderhoud plaatsvindt.

Alle gesubsidieerde investeringen moeten de wetgeving overheidsopdrachten volgen. Met de hierboven geschetste factoren wordt nauwelijks rekening gehouden. Dikwijls primeert de initiële investeringsprijs, wat dan leidt tot investering in minder duurzame of minder performante installaties met een hogere TCO. Daarnaast is aangetoond dat de meest recent gebouwde nieuwe ziekenhuizen met de huidige technologieën zuiniger kunnen verwarmen en verlichten maar dat de hogere eisen inzake comfort en hygiëne, zoals koeling en ventilatie, het energieverbruik doen stijgen.³¹ Dat heeft niets te maken met onzorgvuldig opgebouwde installaties, maar met de hogere eisen die (ook vanuit de overheid) worden gesteld.

Het huidige beleid, waarbij er onvoldoende middelen worden vrijgemaakt voor grote investeringen, belemmert het bereiken van de criteria die de Vlaamse overheid oplegt. Voor verouderde gebouwen is de CO₂-uitstoot hoger en is in bepaalde gevallen ook niet meer voldaan aan de wettelijk opgelegde eisen in het kader van het oververhittingsplan of aan de opgelegde energiecriteria. Daarnaast is het duidelijk dat we een sterke toename in, al dan niet verplichte³², duurzaamheidsmaatregelen zullen moeten implementeren als Vlaanderen zich wil houden aan internationaal gemaakte afspraken. In 2016 namen de zorgsector en de Vlaamse overheid daarover een aantal engagementen en er ontstond een kader om tot afspraken en realisaties te komen. Tot dusver is het duidelijk dat de realisaties evenredig zijn aan de geïnjecteerde middelen. Er is nog een lange weg te gaan die veel en zware inspanningen zal vereisen, ook financieel vanuit de Vlaamse overheid.

Vandaag is het voor een individueel ziekenhuis verre van duidelijk welke weg dient afgelegd te worden en hoe dat op de meest efficiënte manier kan gebeuren. De maatregelen die men morgen neemt kunnen overmorgen nutteloos blijken omdat drastischere ingrepen nodig zijn. Ook op sectorniveau ontbreekt een langetermijnvisie, mogelijk omdat de *inconvenient truth* is dat de benodigde middelen in verhouding zullen zijn met de gigantische uitdaging en niet gemobiliseerd zullen kunnen worden. Ondertussen zullen ook de CO₂-prestaties ondermaats blijven en krijgen de ziekenhuizen dan nog de rekening gepresenteerd van de hoge energieprijzen. De ziekenhuizen betwisten niet dat ze hun maatschappelijke verantwoordelijkheid moeten nemen en zijn bereid hun schouders te zetten onder de initiatieven van de overheid. Maar ze moeten wel financieel haalbaar zijn.

³⁰ Ministerieel besluit van 9 juli 2021 tot wijziging van het ministerieel besluit van 18 december 2009 tot bepaling van de VIPA criteria duurzaamheid.

³¹ Volgens J. Peeters (persoonlijke communicatie, 9 september 2021); Het ziekenhuis van morgen is CO₂-neutraal, Engie.

³² Cf. nieuwe duurzaamheidscriteria volgens de GRO duurzaamheidsmeter, geldend vanaf 1/9/2021: <https://www.departementwvg.be/vipa-criteria-duurzaamheid-0>.



INTEGRALE TOEGANKELIJKHEID EN VERHOUDING EENPERSOONSKAMERS

Integrale toegankelijkheid is een lovenswaardig uitgangspunt, zeker in een zorgcontext, maar leidt tot een aanzienlijke stijging van het noodzakelijk aantal m² per patiëntenkamer. Daarin volgt het VIPA de adviezen van Inter³³ voor subsidietoekenning. Met de hedendaagse vereisten inzake comfort, maar ook qua luchtbehandeling en hygiëne, is de vraag naar eenpersoonskamers gestegen. Zalen en driepersoonskamers zijn ondertussen quasi niet meer aan de orde. Momenteel is er op de meeste zorgeenheden een verhouding van 50% bedden in eenpersoonskamers en 50% in tweepersoonskamers. De tendens om naar een nog hoger aantal bedden in eenpersoonskamers te gaan, is onder druk van allerlei factoren (ziekenfondsen, isolatiemogelijkheden...) aanwezig. Niet alleen verhoogt daardoor de benodigde m²; samen met de bepalingen vanuit de toegankelijkheid worden de kamers op zich ook groter. Hoewel de verblijfsduur afneemt en er een daling in verantwoorde bedden merkbaar is, stijgt de nood aan m² per bed op zorgeenheden. Het is duidelijk dat er voor die tendens een hogere subsidiëring nodig is.

NMR

Naast aanvullende middelen voor bijkomende vereisten vragen we ook extra middelen voor noodzakelijke uitbreidingen. Een mooi voorbeeld daarvan is de uitbreiding van het aantal NMR-toestellen. Bij het gebruik daarvan komen geen ioniserende stralen vrij, terwijl dat bij CT-toestellen wel het geval is. Mede daardoor en wegens het gestegen aantal oncologische patiënten drong een uitbreiding van de programmatie zich op. In een eerste fase werd die uitgebreid met 12 toestellen, waarvan 7 in Vlaanderen. Intussen is er een tweede fase van uitbreiding met 18 bijkomende NMR-toestellen, waarvan 9 voor Vlaanderen. Zo is er volledig uitvoering gegeven aan het onderdeel 'NMR' van het protocolakkoord van 24 februari 2014. Wij vragen om een vrijmaking van extra middelen zodat de financiering van de NMR-toestellen kan worden gewaarborgd.

STRUCTUREEL VRIJMAKEN VAN CAPACITEIT

De covidepidemie heeft ons geleerd dat er altijd voldoende capaciteit moet kunnen worden vrijgemaakt voor crisissituaties. Daarom moet de Vlaamse overheid voorzien in een structurele oplossing en financiering zodat cohorte-afdelingen in functie van de grootte van het ziekenhuis beschikbaar worden gehouden. Die capaciteit is niet alleen nodig voor een pandemie zoals covid, maar ook voor grote pieken in bezetting door bijvoorbeeld een griepedemie. Door de evolutie van de financiering, zowel federaal als Vlaams, neigen de ziekenhuizen ernaar alsmaar compacter te bouwen. Zo zitten ze relatief krap wat betreft aantal bedden en beschikbare ruimtes waardoor ze nog moeilijk capaciteit kunnen vrijmaken bij rampen. Aansluitend moet men ook zorgen dat een uitzonderlijke periode zoals de covidcrisis nooit als referentiejaar kan dienen om toekomstige financieringen op af te stemmen.

ANDERE VEREISTEN

Andere voorbeelden van bijkomende vereisten en de daarbij horende kosten zijn de PICS-normering voor apothek en de hervorming van de nomenclatuur met opsplitsing praktijkgedeelte en professioneel gedeelte met een impact op de exploitatie.

Wanneer de overheid bijkomende criteria oplegt, bijvoorbeeld rond duurzaamheid, waaraan de ziekenhuisinfrastructuur moet beantwoorden, dan is het vanzelfsprekend dat daarvoor ook een aangepaste financiering wordt voorzien.

³³ In 2013 keurde de Vlaamse Regering de oprichting van het agentschap Toegankelijk Vlaanderen goed. Ato vzw, Enter vzw, Intro vzw, Toegankelijkheidsbureau vzw en Westkans vzw gingen op 1 mei 2015 samen verder onder de werknaam Inter. Inter geeft uitvoering aan het toegankelijkheidsbeleid in Vlaanderen en zorgt voor een betere interactie tussen mensen met een beperking en hun omgeving.

4. CONCLUSIE

Een toereikend budget gebaseerd op duidelijke criteria met een transparant toekomstperspectief leidt uiteindelijk tot meer efficiënte inzet van middelen. De beleidsmakers moeten denken aan de correcte aanwending van de middelen op het juiste moment en volgens billijke criteria. Zo zijn zowel de Vlaamse ziekenhuizen als de Vlaamse overheid beter af.

De oplossingen voor de grootste belemmeringen van het huidige systeem zijn:

- De opmaak van een plan voor de komende tien jaar zodat elk ziekenhuis weet welke werken ze wanneer kunnen uitvoeren en over welke budgetten ze de komende jaren zullen beschikken;
- Een correcte en volledige manier van indexering via koppeling aan de bouwindex van zowel het instandhoudingsforfait als het strategisch forfait;
- Voldoende financiering vanaf 2023 door het wegwerken van de correctiefactor voor alle ziekenhuizen en het voorzien van een volwaardig strategisch forfait voor nieuwbouwziekenhuizen en grote herconditioneringswerken;
- Een grotere financieringszekerheid op lange termijn die, minder dan in de huidige regelgeving, onderhevig is aan grote activiteitsfluctuaties en die beter is afgestemd op de daarmee overeenstemmende kosten;
- Een beleid met voldoende financiële en functionele prikkels om samenwerking, innovatie en specialisme aan te moedigen;
- Bijkomende financiële middelen wanneer de ziekenhuizen moeten voldoen aan nieuwe criteria of verplichtingen.



Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08
ondernemingsnr. 417659828

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be