

NOTA AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING

Betreft: Ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen

Definitieve goedkeuring na advies Raad van State

Bijlagen:

- het voorontwerp van besluit met bijlagen;
- het advies 61.651/3 van 10 juli 2017 van de Raad van State.

1. Inhoudelijk

A. ALGEMENE TOELICHTING

a. Samenvatting

Dit ontwerp van besluit beoogt de invoering van een nieuw financieringsmodel voor ziekenhuisinfrastructuur. Het model bestaat uit een instandhoudingsforfait en een strategisch forfait die worden toegekend voor onbepaalde duur. Beide infrastructuurforfaits worden berekend aan de hand van verschillende parameters en bevatten een intrestvergoeding. De toekenning van het *instandhoudingsforfait* met een correctie voor de subsidiestromen van de vorige financieringssystemen gebeurt automatisch en zonder specifieke aanvraagprocedure. Voor het strategisch forfait moet een goedkeuringsprocedure analoog aan de huidige VIPA-procedure alternatieve financiering worden doorlopen waarvan een zorgstrategische toets deel uitmaakt. Die procedure wordt geregeld in een afzonderlijk besluit van de Vlaamse Regering, maar is niet van toepassing voor de 'bouwkalenderprojecten' (zie artikels 14 en 15) gezien die reeds bij VIPA een volledige procedure doorliepen en vervolgens van het VIPA een principieel akkoord voor de investeringsbetoelaging verkregen.

b. Situering

Dit ontwerp van besluit beoogt de invoering van nieuw financieringsmodel voor ziekenhuisinfrastructuur. Het model bestaat uit een instandhoudingsforfait en een strategisch forfait die worden toegekend voor onbepaalde duur. Beide infrastructuurforfaits worden berekend aan de hand van verschillende parameters en bevatten een intrestvergoeding. De toekenning van een *instandhoudingsforfait* met een correctie voor de subsidiestromen van de vorige financieringssystemen gebeurt automatisch en zonder specifieke aanvraagprocedure. Voor het *strategisch forfait* moet normaliter een goedkeuringsprocedure worden doorlopen waaronder een zorgstrategische toets.

Regeerakkoord 2014 - 2019:

“Door de verplichte consolidatie, is het niet langer zinvol om het huidige systeem van alternatieve financiering via VIPA te behouden. Hiertoe zullen in het najaar 2014 de nodige initiatieven worden genomen.

Voor de ziekenhuissector zal, mede gelet op de impact van de zesde staatshervorming, een nieuw alternatief systeem ontworpen worden dat operationeel is tegen 1/1/2016. Ondertussen gaan we na welke ziekenhuizen dringend nieuw- of verbouwwerken dienen te starten. De Vlaamse Regering gebruikt de ziekenhuisfinanciering ook als instrument om haar zorgstrategisch plan te realiseren.”

Beleidsnota 2014 – 2019 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

“Gelet op de verplichte consolidatie zal het VIPA voor de sectoren die vallen onder de alternatieve financiering nieuwe financieringsmodellen ontwikkelen.

Voor de ziekenhuissector zal het VIPA, eveneens in dialoog met de sector, mee gelet op de impact van de zesde staatshervorming, een nieuw financieringssysteem ontwerpen met oog voor transparantie, eenduidigheid en betaalbaarheid. Het zal aansluiten bij en afgestemd zijn op het Vlaams zorgstrategisch plan voor de ziekenhuizen.

Met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen A1/A3, zullen de voorwaarden waaraan de niet-prioritaire herconditioneringswerken moeten voldoen, worden uitgewerkt. Dit doen we in overleg met de sector.”

Beleidsbrief 2015 – 2016 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

“Daarnaast hebben we ook met de ziekenhuissector de dialoog opgestart over de invoering van een nieuw geforfaitariseerd financieringssysteem. De streefdatum voor de inwerkingtreding van een basisforfait is in de loop van 2016. Ook voor de toekomstige investeringen die tot op heden via VIPA en de bouwkalender verliepen, onderzoeken we of een financiering in de exploitatie op forfaitaire basis (een strategisch forfait) een mogelijkheid is. Dit laatste moet evenwel passen in de zorgstrategische planning zoals opgenomen in het Vlaams Regeerakkoord.

Rekening houdend met de budgettaire situatie kunnen we in 2015 geen goedkeuringen geven voor niet-prioritaire verbeteringswerken die men voor 31 december 2015 zou willen opstarten, noch voor groot onderhoud, noch voor andere investeringen die niet onder de bepalingen van de financieringswet vallen. De financiering van die investeringen zal mee geïncorporeerd worden in het nieuw uit te werken forfaitair financieringssysteem.”

c. Inhoud

Tot medio 2014 werd de infrastructuur van de ziekenhuizen –afhankelijk van de aard van werken- gedeeltelijk betaald door de Vlaamse overheid en geheel of gedeeltelijk door de federale overheid. Nieuwbouw werd bijvoorbeeld door de Vlaamse overheid in principe ten belope van 60% van een theoretische, maximum bouwkost betaald en ten belope van 40% door de federale overheid. Herconditioneringswerken werden door de federale overheid ten belope van 100% van een theoretische, maximum bouwkost betaald.

Door de staatshervorming is de bevoegdheid m.b.t. de onroerende en roerende investeringen in ziekenhuizen voortaan de exclusieve bevoegdheid van Vlaanderen (incl. de betoelaging van zware medische apparatuur zoals NMR, PET en radiotherapie).

Mede op basis van overleg met de sector blijkt de behoefte aan een financieringsmodel voor ziekenhuisinfrastructuur waarbij een evenwicht wordt nagestreefd tussen enerzijds responsabilisering van de sector om te investeren in de werken die nodig zijn om het bestaande zorgaanbod te garanderen en anderzijds het bewerkstelligen van efficiëntiewinsten en samenwerking binnen de sector.

Uit de besprekingen met de sector bleek dat er enerzijds vraag is naar meer responsabilisering om kleinere werken en investeringen uit te voeren. In het vroegere financieringssysteem waarbij dit federaal werd gefinancierd, werd pas achteraf bepaald of de werken in aanmerking kwamen voor betoelaging en hoeveel de infrastructuursubsidie bedroeg voor deze werken.

Anderzijds is er ook het zorgstrategische kader (cf. nota 'Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap', VR 08/07/2016) waarbinnen investeringen zullen moeten passen met het oog op het stimuleren van samenwerkingsverbanden en netwerken.

De Vlaamse Regering besliste eerder om de financiering van de onderdelen A1 en A3 stop te zetten voor investeringen die niet gedekt zijn door artikel 47/9, §4, eerste lid, 2°, van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten (financieringswet). Zonder deze beslissingen zouden investeringen die voor het eerst afschrijfbaar zijn vanaf 1 januari 2016 ook betoelaagbaar zijn via het BFM en dus financieel ten laste zijn van de Vlaamse Overheid. Deze beslissing werd genomen om een nieuw financieringssysteem te kunnen ontwikkelen voor ziekenhuisinfrastructuur. Zonder inwerkingtreding van een nieuw financieringssysteem blijven alle (onderhouds-) investeringen in ziekenhuizen met een afschrijving vanaf 1 januari 2016 niet subsidieerbaar, voor zover ze geen deel uitmaken van de bouwkalender die in het protocolakkoord van 19 juni 2006 werd afgesloten.

De bovenvermelde elementen leidden ertoe dat het nieuwe financieringsmodel uit twee subsidiestromen bestaat, respectievelijk het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait.

Instandhoudingsforfait

Het instandhoudingsforfait is bedoeld om de bestaande infrastructuur (onroerend en roerend) in exploitatie te kunnen houden.

Dit betekent dat de roerende investeringen (medische en niet-medische investeringen) op gepaste tijden moeten kunnen worden vervangen en dat onderhoudswerken aan bestaande gebouwen moeten kunnen worden uitgevoerd om de dienstverlening binnen de bestaande setting van diensten en functies op een kwaliteitsvolle manier te kunnen blijven uitvoeren. Het is niet de bedoeling om via dit forfait vernieuwbouw of werken uit te voeren die een grondige aanpassing van de gebouwen tot doel hebben via stripping of een wijziging van diensten inhouden. Deze laatste werken dienen te gebeuren binnen het kader van het hierna beschreven strategisch forfait.

Een ziekenhuis is vrij om dit forfait te besteden aan infrastructuurwerken en roerende investeringen, zolang de aanpassingen niet raken aan de zorgstrategische planning. Het instandhoudingsforfait wordt dus niet gekoppeld aan een bepaalde investering en wordt toegekend voor onbepaalde duur.

Elk ziekenhuis ontvangt dergelijk instandhoudingsforfait, daarbij rekening houdend met verschillende parameters: aantal bedden/plaatsen, operatiekwartier-zalen, aantal bunkers radiotherapie e.d.m.

Per parameter wordt een bedrag bepaald om zo tot een globaal instandhoudingsforfait per ziekenhuis te komen. De per parameter bepaalde bedragen worden jaarlijks aangepast aan de gezondheidsindex.

Strategisch forfait

Het strategisch forfait is bedoeld voor dekking van de kosten die gepaard gaan met:

- ✓ De volledige nieuwbouw van ziekenhuizen
- ✓ De uitbreiding van bestaande capaciteit
- ✓ De werken inzake "herconditionering"
- ✓ De eerste roerende investeringen (medische en niet-medische investeringen) die verbonden zijn met een nieuwbouw, uitbreiding of herconditionering van een ziekenhuis

Herconditionering beperkt zich tot die werken die een volledige stripping van het geheel of een gedeelte van het gebouw omvatten of een wijziging van diensten die gepaard gaat met een herallocatie van diensten/functies met een noodzakelijke grondige aanpassing van de

infrastructuur. Alle andere aanpassingen die worden uitgevoerd worden geacht gedekt te zijn door het instandhoudingsforfait. Bij een herconditionering zal steeds gekeken worden naar het aantal bedden, plaatsen en/of eenheden die het voorwerp uitmaken van de investering en daarvoor zal het ziekenhuis een forfait ontvangen. Een hernieuwing van een investering waarvoor reeds een strategisch forfait wordt ontvangen, impliceert echter niet dat voor de hernieuwde investering een extra strategisch forfait zal worden betaald.

Het strategisch forfait is gelinkt aan een infrastructuurinvestering die past binnen een zorgstrategisch kader voor Vlaanderen. Elke investering die raakt aan de zorgstrategische planning dient goedgekeurd te worden door de Vlaamse Overheid en dient in overeenstemming te zijn met de zorgstrategische planning zoals opgenomen in het Vlaams Regeerakkoord. Het zorgstrategische kader zal dus de basis vormen voor de toekenning van het strategisch forfait.

Dit forfait wordt betaald vanaf de ingebruikname na realisatie van de investering en wordt toegekend voor onbepaalde duur. Bij de berekening van het strategisch forfait wordt ook rekening gehouden met verschillende parameters, m.n. het aantal bedden/plaatsen, het aantal operatiekwartier-zalen, het aantal bunkers radiotherapie e.d.m. die het voorwerp uitmaken van de investering.

Zodra het strategisch forfait wordt toegekend worden de per parameter bepaalde bedragen nog jaarlijks voor een aandeel ten belope van 16% aangepast aan de afgevlakte gezondheidsindex.

d. Onderzoek parameters – Aanvullende procedureregels

Er zal een onderzoek opgestart worden om de parameters en prijzen op basis waarvan het strategisch en instandhoudingsforfait zullen berekend worden, naar de toekomst toe verder te verfijnen.

De inhoud van voorliggend ontwerp van besluit zal in functie van de resultaten van dat onderzoek moeten worden bijgesteld. Het ontwerp heeft dan ook in eerste instantie tot doel om zo spoedig mogelijk een instandhoudingsforfait te kunnen toekennen aan alle erkende ziekenhuizen, om een strategisch forfait te kunnen toekennen aan ziekenhuizen voor investeringen met een dringend of onafwendbaar karakter (artikel 13) en om een strategisch forfait te kunnen toekennen aan ziekenhuizen voor de 'bouwkalenderprojecten' die al bij het VIPA een volledige procedure doorliepen en vervolgens van het VIPA een principieel akkoord voor de investeringsbetoelaging verkregen. In afwachting van de resultaten van het vermelde onderzoek, maar voor zover de Vlaamse Regering de zorgstrategische planning heeft vastgesteld, kan er ook een strategisch forfait worden toegekend aan ziekenhuizen die bij VIPA een volledige procedure doorliepen en een goedkeuring in autofinanciering verkregen (artikel 16), mits ze in die planning passen.

Zoals hierboven al gesteld liggen de regels betreffende het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait niet alleen vervat in voorliggend ontwerp van besluit, maar ook in het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen, dat eveneens voor principiële goedkeuring aan de Vlaamse Regering wordt voorgelegd.

Met deze regeling wordt ook ingegaan op de vraag van de Raad van State om op korte termijn werk te maken van de inhoudelijke regeling voor de financiering van de infrastructuur van de ziekenhuizen. (advies Raad van State nr. 59.000/1/3 van 25 maart 2016 aangaande een voorontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap 'houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin').

e. Staatssteun

In het licht van advies 60.973/3 van 15 maart 2017 van de Raad van State (nrs. 6.1 t.e.m. 6.4.2) worden in het ontwerp van besluit enkele bepalingen opgenomen opdat de regeling van de investeringssubsidies zou beantwoorden aan 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. Aldus wordt in dit ontwerp verwezen naar het voormelde besluit van de Commissie en worden daarin de openbaredienstverplichtingen beschreven (artikel 2). In bijlage 3 bij dit ontwerp wordt de berekening van de infrastructuurforfaits verduidelijkt. Volgens artikel 6, derde lid, artikel 7, tweede lid, artikel 9, derde lid, artikel 10, tweede lid, en artikel 14, vierde lid, kan de Vlaamse Regering de bedragen van de parameters wijzigen en kan zij het percentage van de intrestvergoeding aanpassen in functie van de evolutie van het algemeen rentepeil. De jaarlijkse subsidiebedragen zullen worden aangepast in functie van de wijziging van het aantal bedden, plaatsen of eenheden (artikel 7, vierde lid, en artikel 11, derde lid).

Andere bepalingen die ertoe bijdragen dat de regeling betreffende de investeringssubsidies beantwoordt aan het besluit van de Commissie, liggen vervat in het al genoemde ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

B. TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 1.

Bevat de definities.

Artikel 2.

De investeringssubsidies (strategisch forfait en instandhoudingsforfait) kunnen alleen aan exploitanten van erkende ziekenhuizen worden verleend. Ze 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 die dient te gebeuren met naleving van de toepasselijke federale en gemeenschapsregelgeving.

De ziekenhuizen verstrekken gezondheidszorg met toepassing van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Door die wet worden de ziekenhuizen belast met een basisziekenhuisopdracht. In artikel 2 van die wet wordt bepaald welke instellingen als ziekenhuizen kunnen worden beschouwd, met vermelding van hun taken, en wordt expliciet gesteld dat de ziekenhuizen met een opdracht van algemeen belang belast zijn. In artikel 66 en volgende worden de voorwaarden voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten bepaald, die worden geconcretiseerd in uitvoeringsbesluiten zoals het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd. Het betreft dan onder meer kwaliteitsvoorwaarden, voorwaarden betreffende het personeel, voorwaarden betreffende de gebouwen e.d.m. Artikel 36 e.v. van die wet stellen vereisten met betrekking tot de ziekenhuisprogrammatie waardoor plafonds worden vastgesteld voor het aantal ziekenhuisbedden, ziekenhuisdiensten en medische apparaten dat mag worden geëxploiteerd. Alleen erkende ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, die aan de programmatiecriteria beantwoorden, komen voor de subsidies in aanmerking. De verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht kunnen als openbaredienstverplichtingen of DAEB-verplichtingen worden beschouwd (zie ook Besluit van de Commissie van 5 juli 2016 betreffende steunmaatregel SA.19864-2014/C die door België ten uitvoer is gelegd (Overheidsfinanciering van de Brusselse openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk), nrs. 164-167).

Daarnaast moeten de ziekenhuizen ook voldoen aan de bepalingen van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Volgens artikel 3 van dat decreet zijn de ziekenhuizen, naast de naleving van de erkenningsnormen, overeenkomstig hun opdracht verplicht aan iedere gebruiker verantwoorde zorg te verstrekken, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene. Die verantwoorde zorg moet voldoen aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit,

maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Bij het verstrekken van die zorg moeten respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving gewaarborgd zijn. Artikel 4 e.v. van dat decreet verplichten een ziekenhuis om aan kwaliteitszorg te doen die is gericht op verantwoorde zorg, en om een kwaliteitsbeleid te voeren. Het kwaliteitsbeleid dient in overeenstemming te zijn met het algemeen beleid van het ziekenhuis en moet een basis leggen voor formulering van de kwaliteitsdoelstellingen; het steunt op de deelname van alle medewerkers en streeft naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Ter uitvoering van het kwaliteitsbeleid, dat in een kwaliteitshandboek moet worden neergeschreven, moet het ziekenhuis door middel van een systematische zelfevaluatie aantonen hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert. In die zelfevaluatie moeten de ziekenhuizen aspecten van zorg opnemen, die de Vlaamse Regering bepaalt. De bepalingen van voormeld decreet van 17 oktober 2003 worden voor de ziekenhuizen verder geconcretiseerd in het BVR van 14 mei 2004 houdende uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen en in het BVR 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.

Ten slotte verlenen artikel 28 en 29 van het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de Vlaamse Regering de bevoegdheid om aanvullende programmatienormen en erkenningsnormen uit te vaardigen.

De opgelegde verplichtingen die voortvloeien uit de basisziekenhuisopdracht beogen vooral een kwalitatief hoogstaande en betaalbare gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is.

Aldus worden de openbaardienstverplichtingen duidelijk omschreven zoals vereist door Besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011. Tevens wordt, conform dat besluit, verwezen naar de toepasselijkheid van dat besluit op de investeringssubsidies.

Het artikel legt voorts het verband tussen dit ontwerp van besluit en het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

Artikel 3.

Er zijn 2 subsidiestromen: het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait.

Artikel 4.

Omschrijft voor welke investeringen het strategisch forfait van toepassing is.

Omdat investeringen in nieuwbouw, uitbreidings- of herconditioneringswerken steeds gepaard gaan met roerende investeringen is de vergoeding voor de eerste roerende investeringen inherent aan het strategisch forfait. Voorzieningen die geen dergelijke werken uitvoeren, moeten de vervanging van roerende investeringen kunnen doorvoeren met het instandhoudingsforfait.

Artikel 5.

De investering waarvoor een strategisch forfait wordt ontvangen, moet passen binnen het zorgstrategische kader. Het strategisch forfait moet worden aangevraagd. De aanvraag, de toekenning en de vereffening van het strategisch forfait, alsook de controle op de aanwending ervan en de eventuele terugvordering ervan worden geregeld in het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

Artikel 6.

Dit artikel geeft weer welke forfaitaire bedragen voor het strategisch forfait van toepassing zijn per parameter. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar type ziekenhuis. De bedragen liggen vervat in bijlage 1 (kolom B) bij het ontwerp van besluit. In bijlage 3 wordt verduidelijkt hoe die bedragen tot stand zijn gekomen. Er wordt voorzien in de mogelijkheid voor de Vlaamse Regering om de bedragen aan te passen.

Artikel 7.

Het strategisch forfait wordt jaarlijks voor onbepaalde duur uitbetaald vanaf de datum van de ingebruikname van de infrastructuur na realisatie van de investering en ten vroegste vanaf 2017. De per parameter bepaalde bedragen worden jaarlijks voor een aandeel ten belope van 16% aangepast aan de afgevlakte gezondheidsindex vanaf toekenning van het strategisch forfait.

Op basis van gewogen gemiddelde intrestvoeten en looptijden werd de forfaitaire intrestvergoeding voor het strategisch forfait bepaald op 32%. Met volgende intrestvoeten werd rekening gehouden voor de berekening: 1,5% voor leningen op 10 jaar, 2% voor leningen op 15 jaar en 2,5% voor leningen op 25 jaar.

Rekening houdend met de evolutie van het rentepeil kan de intrestvergoeding worden aangepast. Voor de investeringen waarvoor een strategisch forfait werd toegekend, zal de intrestvergoeding ongewijzigd blijven tijdens de looptijd van de leningen die door het ziekenhuis werden afgesloten om die investeringen te financieren.

Tussentijds zal het bedrag van het strategisch forfait aangepast worden indien blijkt dat betoelaagde bedden, plaatsen, eenheden die het voorwerp uit maakten van desbetreffende investering niet langer in gebruik zijn.

Artikel 8.

Omschrijft voor welke investeringen het instandhoudingsforfait van toepassing is.

Artikel 9.

Dit artikel geeft weer welke forfaitaire bedragen voor het instandhoudingsforfait van toepassing zijn per parameter. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar type ziekenhuis. De bedragen liggen vervat in bijlage 2 bij het ontwerp. In bijlage 3 wordt verduidelijkt hoe die bedragen tot stand zijn gekomen. Er wordt voorzien in de mogelijkheid voor de Vlaamse Regering om de bedragen aan te passen.

De bedragen worden jaarlijks aangepast aan de afgevlakte gezondheidsindex.

Artikel 10.

Er wordt een forfaitaire vergoeding voor intrestlasten bepaald.

Op basis van gewogen gemiddelde intrestvoeten en looptijden werd de forfaitaire intrestvergoeding voor het instandhoudingsforfait bepaald op 10%. Met volgende intrestvoeten werd rekening gehouden voor de berekening: 1,5% voor leningen op 10 jaar en 2% voor leningen op 15 jaar. Rekening houdend met de evolutie van het rentepeil kan de intrestvergoeding worden aangepast.

Artikel 11.

Het instandhoudingsforfait wordt jaarlijks automatisch aan de ziekenhuizen uitbetaald. De nadere modaliteiten worden geregeld in het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

Het instandhoudingsforfait wordt jaarlijks aangepast aan wijzigingen in het aantal bedden, plaatsen of eenheden.

Artikel 12.

Voor de opstart van het instandhoudingsforfait wordt jaar na jaar een correctie toegepast voor de bedragen die desgevallend voor het betrokken ziekenhuis nog opgenomen zijn in het BFM (Budget Financiële Middelen – KB van 25 april 2002), evenals voor de VIPA-

gebruikstoelagen (BVR van 18 maart 2011) die het ziekenhuis nog zou ontvangen. Voor de ziekenhuizen die geopteerd hebben voor de éénmalige betaling van de alternatieve investeringssubsidies (BVR van 11 september 2015) gebeurt een evenwaardige correctie. In geval van dergelijke correctie wordt de intrestvergoeding toegevoegd na de correctie.

M.b.t. het bedrag voor de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur (zie het tweede lid, punt 6°) gaat het om volgende elementen uit het BFM van een ziekenhuis:

- 9540 Provisie Art. 25 §6 medisch materiaal-A1;
- 9550 Provisie art. 25 §6: niet-medisch materiaal A1;
- 9560 provisie art 25 §6: medisch en niet-medisch materiaal (SP en Psychiatrische) A1.

M.b.t. het bedrag voor de afschrijving van de lasten van uitrusting en apparatuur voor de medische en de niet-medische uitrusting (zie het vijfde lid) gaat het om volgende elementen uit het BFM van een ziekenhuis: (= theoretisch forfait medisch, niet-medisch en rollend materiaal)

- 0500 Medisch materiaal Acute and Brandwonden-A1;
- 0560 Medisch materiaal supplement-A1;
- 0570 Medisch materiaal specifieke bepalingen op 01/01/2007-A1;
- 0700 Niet-medisch materiaal Acute and Brandwonden-A1;
- 0760 Niet-medisch materiaal supplement-A1;
- 0770 Niet-medisch materiaal specifieke bepalingen op 01/01/2007-A1;
- 0850 Medisch en Niet-medisch materiaal (Sp en psychiatrische)-A1;
- 0860 Medisch en Niet-medisch materiaal (Sp en psychiatrie) supplement-A1;
- 0870 Medisch en Niet-medisch materiaal specifieke bepalingen op 01/01/2007-A1;
- 0900 Rollend materiaal-A1;
- 9001 Medisch materiaal Acute and Brandwonden-A1;
- 9002 Niet-medisch materiaal Acute and Brandwonden-A1;
- 9003 Niet-medisch materiaal Acute Brandwonden-A1.

Indien het berekend instandhoudingsforfait na toepassing van vermelde correctie en verhoogd met de intrestvergoeding lager zou zijn dan het bedrag voor medisch/niet medisch materiaal, dan wordt dat laatste bedrag beschouwd als het instandhoudingsforfait.

In het artikel wordt een onderscheid gemaakt tussen UZ Gent en de andere ziekenhuizen omdat het UZ Gent voorheen niet in aanmerking kwam voor VIPA-subsidies. Het UZ Gent krijgt voorlopig vanuit Onderwijs een jaarlijkse investeringssubsidie en een jaarlijkse subsidie voor het verwerven van wetenschappelijke en technische uitrustingen en voor de installatie van zware medische apparatuur.

Artikel 13.

Wat de operationalisering van het strategisch forfait betreft, is het nieuw zorgstrategische kader normaliter een conditio sine qua non. Echter kan de Vlaamse Regering desgevallend in afwachting van de uitwerking van het zorgstrategische kader en na advies van het VIPA en van het agentschap Zorg en Gezondheid beslissen dat het strategisch forfait voor een aantal dringende of onafwendbare investeringsprojecten opgestart kan worden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren voor investeringsprojecten die vanuit functioneel oogpunt – bv. om redenen van patiëntveiligheid - uitvoering moeten kunnen krijgen (dringende investeringsprojecten). Onafwendbare investeringsprojecten kunnen 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.

Als dringende of onafwendbare investeringen kunnen ook bepaalde investeringen in aanmerking worden genomen die zijn aangevat vóór de inwerkingtreding van het besluit waarvan het ontwerp voorligt. Daarvoor wordt voorzien in afwijkende procedureregels.

Artikel 14.

'Bouwkalenderprojecten' betreffen investeringen die vanwege VIPA een principiële akkoord voor de investeringsbetoelaging verkregen en die werden voorzien op de bouwkalender die in het protocolakkoord op de IMC Volksgezondheid van 19 juni 2006 werd afgesloten. Investeringsprojecten kunnen op de bouwkalender voorzien zijn ten belope van 60% of ten belope van 90%.

Deze bouwkalenderprojecten vallen onder de bijzondere financieringswet van 16 januari 1989, waardoor de budgettaire afwikkeling van deze investeringen – voor het voorheen federaal luik van hun financiering – in principe via het BFM (Budget Financiële Middelen) zal verlopen.

Indien ziekenhuizen een investering doen, kunnen zij een provisioneel dossier indienen bij de FOD Volksgezondheid vanaf de ingebruikname, waardoor ze een voorlopig bedrag aan afschrijvingslasten en financiële lasten kunnen bekomen dat provisioneel wordt opgenomen in het BFM. Verschillende jaren later wordt dat bedrag herzien op het moment van de controle van de jaarrekening van het betrokken ziekenhuis.

Een investering (nieuwbouw, prioritaire verbeteringswerken) die door de Vlaamse Gemeenschap gesubsidieerd wordt en die voorzien is op de bouwkalender, wordt gevat door artikel 47/9, §4, van de bijzondere financieringswet van 16 januari 1989: de afschrijvingslasten worden opgenomen in het BFM en ze worden voor rekening van de Vlaamse Gemeenschap gefinancierd door de federale overheid, die die financiering jaarlijks in mindering brengt van de dotatie. De regeling van artikel 47/9, §4, moet volgens de rechtsleer "*de continuïteit waarborgen van lopende investeringsprojecten in ziekenhuizen zolang de afschrijvingsperiode voor die projecten loopt*". Aldus beschouwd zou die bepaling, hoewel opgenomen in een bijzondere wet, uitsluitend de bescherming van het (financieel) belang van de ziekenhuizen beogen.

Een ziekenhuis heeft het recht om de strikte toepassing van artikel 47/9, §4, van de bijzondere financieringswet te eisen met betrekking tot investeringen die onder het toepassingsgebied van die bepaling vallen. Niets belet echter dat een ziekenhuis vrijwillig kan verzaken aan de bescherming die voormelde bepaling biedt.

Deze overgangsbepaling biedt aan de ziekenhuizen met een bouwkalenderproject waarvoor nog geen provisioneel bedrag in het BFM werd opgenomen de mogelijkheid om op vrijwillige basis te verzaken aan de afwikkeling via het BFM en te opteren voor het strategisch forfait. De bedragen op basis waarvan het strategisch forfait wordt berekend, liggen vervat in bijlage 1 (kolom C of D) bij het ontwerp van besluit. Gegeven het feit dat dergelijke bouwkalenderprojecten reeds leningen hebben afgesloten, kunnen ze bij keuze voor het strategisch forfait opteren voor de intrestvergoeding ten belope van 32% van het strategisch forfait of voor een vergoeding van hun reële intrest. Die vergoeding van hun reële intrest blijft beperkt tot de looptijd van de leningen voor het bouwkalenderproject. Nadien is de forfaitaire intrestvergoeding van toepassing.

Omdat die bouwkalenderprojecten al een ganse goedkeuringsprocedure hebben doorlopen met toepassing van de huidige VIPA-regelgeving, wordt voor de aanvraag van het strategisch forfait voor die projecten voorzien in een procedure die afwijkt van de betreffende bepalingen van het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Ook voor de bouwkalenderprojecten, vermeld in artikel 15, geldt een afwijkende aanvraagprocedure.

Artikel 15.

Dit artikel betreft de 'bouwkalenderprojecten' waarvoor niet alleen nog geen provisioneel bedrag in het BFM werd opgenomen, maar waarvoor ook nog geen gebruikstoelage of éénmalige uitbetaling van de alternatieve investeringssubsidies werd uitbetaald of verricht. Ook dergelijke 'bouwkalenderprojecten' krijgen de mogelijkheid om te opteren voor het strategisch forfait. Naar analogie met de start van de betaling van de gebruikstoelagen zal voor dergelijke projecten de betaling van het strategisch forfait starten in het jaar na het jaar waarin het aanvangsbevel werd gegeven.

Gegeven het feit dat dergelijke bouwkalenderprojecten reeds leningen hebben afgesloten, kunnen ze bij keuze voor het strategisch forfait opteren voor de intrestvergoeding ten belope van 32% van het strategisch forfait of voor een vergoeding van hun reële intrest. Die vergoeding van hun reële intrest blijft beperkt tot de looptijd van de leningen voor het bouwkalenderproject. Nadien is de forfaitaire intrestvergoeding van toepassing.

Artikel 16.

Dit artikel betreft de projecten in autofinanciering die bij VIPA reeds een volledige procedure doorliepen en een gunstig advies van de VIPA-coördinatiecommissie ontvingen, maar nog geen principiële akkoord voor een gebruikstoelage. Aan deze projecten kan eveneens een strategisch forfait worden toegekend, ofwel in toepassing van artikel 13, ofwel voor zover de investering beantwoordt aan het nieuw zorgstrategische kader.

Daar waar de gebruikstoelage enkel het VIPA-gedeelte betreft, komt het strategisch forfait – ten gevolge van de Zesde Staatshervorming – in de plaats van de vroegere VIPA-betoelaging én de BFM-betoelaging. De berekening van de gebruikstoelage gebeurt op basis van het besluit van de Vlaamse Regering van 16 juli 2010 tot vaststelling van de investeringssubsidie en de bouwtechnische en bouwfysische normen voor de verzorgingsvoorzieningen. 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.

Artikel 17.

Voor de investeringen in ondersteunende ziekenhuisdiensten die gerealiseerd worden zonder dat de overeenkomstige bedden in dezelfde mate mee het voorwerp uitmaken van de investering, wordt aan het ziekenhuis voor die diensten een strategisch forfait toegekend. Voor het aantal ondersteunde bedden zal het strategisch forfait in voorkomend geval voor respectievelijk 40% voor algemene ziekenhuizen, 60% voor universitaire ziekenhuizen en 30% voor psychiatrische en categorale ziekenhuizen opstarten en dit rekening houdend met de verhouding van de oppervlakte van desbetreffende ziekenhuisdiensten t.o.v. de totale oppervlakte van de ondersteunende diensten van het betrokken ziekenhuis. Het resterend deel van het strategisch forfait voor die bedden kan opstarten n.a.v. een latere investering die betrekking heeft op de bedden zelf. De binnen de boekhouding van de ziekenhuizen gehanteerde kostenplaatsen kunnen gehanteerd worden om de ondersteunende diensten nader te bepalen.

Voor een investering in een centrale sterilisatie zal het strategisch forfait opstarten in verhouding tot het aantal operatiezalen die door die centrale sterilisatie ondersteund worden. Het strategisch forfait bedraagt dan 30% van het jaarlijks forfait dat voor die operatiezalen zou worden toegekend.

Artikel 18.

Vanaf 1 januari 2017 zal het theoretisch forfait medisch, niet-medisch en rollend materiaal deel uitmaken van het instandhoudingsforfait en niet langer uitbetaald worden via het mechanisme van het BFM. 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. Het theoretisch forfait is het bedrag zoals het voor het laatst werd berekend op 1 juli 2012.

Artikel 19.

Dit artikel geeft aan dat vanaf de datum van bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het besluit waarvan het ontwerp voorligt, er enerzijds geen dossiers meer ingediend kunnen worden en er anderzijds niet langer principiële akkoorden of goedkeuringen autofinanciering kunnen gegeven worden in kader van de alternatieve VIPA-financiering. De reeds ingediende aanvragen die op het moment van de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad nog niet gehonoreerd zijn (met een principiële akkoord of in autofinanciering) worden vanaf dan beschouwd als een aanvraag voor een strategisch forfait.

2. BUDGETTAIRE WEERSLAG EN ADVIEZEN

2.1 Budgettaire weerslag

Globaal bekomen we dan op basis van nog niet verder vanaf 2017 aan de gezondheidsindex aangepaste prijzen aan volgende forfaits inclusief forfaitaire intrestvergoeding voor de ziekenhuizen op kruissnelheid:

	instandhoudingsforfait op kruissnelheid	strategisch forfait op kruissnelheid	totaal
UZ	37.831.892	93.385.700	131.217.593
AZ	140.109.225	352.664.992	492.774.217
PZ	35.097.171	95.960.759	131.057.930
CZ	5.257.316	15.262.149	20.519.465
totaal	218.295.606	557.273.600	775.569.205

UZ: universitaire ziekenhuizen

AZ: algemene ziekenhuizen

PZ: psychiatrische ziekenhuizen

CZ: categorale ziekenhuizen

Het instandhoudingsforfait op kruissnelheid bevat ook het budget van de bestaande toestelfinanciering (NMR, PET en radiotherapie) dat voorwerp uitmaakt van het reeds goedgekeurde Besluit van de Vlaamse Regering 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 voormelde uitrusting en apparatuur betreft.

Bij de berekening voor het strategisch forfait werd voorlopig gerekend met een vermindering van het aantal bedden met 10%, zowel voor de sector van de algemene, universitaire als voor de psychiatrische ziekenhuizen. Dit kadert in de verkorting van de verblijfsduren en de uitbouw van alternatieven voor een ziekenhuisopname, bijvoorbeeld de verschuiving van klassieke naar daghospitalisatie in de algemene ziekenhuizen en de uitbouw van "artikel 107" in de psychiatrische ziekenhuizen.

In het kader van de bevoegdheidsoverdracht van de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur (A1-A3 van het BFM) werd bij begrotingsaanpassing VIPA 2017 een budget voorzien van 105.874k euro voor het instandhoudingsforfait exclusief toestelfinanciering en 33.805k euro voorzien voor de opstart van het strategisch forfait. De budgettaire weerslag van het instandhoudingsforfait voor 2017 wordt nu berekend op 106.797k euro, het verschil van 923.000 euro zal worden opgevangen binnen de voor de klassieke financiering beschikbare kredieten van het VIPA.

2.2 Adviezen

2.2.1. Het advies van de Inspectie van Financiën werd verleend 21 november 2016.

De Inspectie van Financiën verleent gunstig advies wat betreft het instandhoudingsforfait met dien verstande dat de gehanteerde parameters en prijzen verder onderzocht worden en desgevallend kunnen worden bijgestuurd.

De ter bepaling van de forfaits gehanteerde parameters en prijzen zullen inderdaad verder onderzocht en desgevallend bijgestuurd worden. Het forfaitair karakter van de jaarlijkse subsidiëring maakt het ook mogelijk aanpassingen aan deze parameters en prijzen aan te brengen.

De Inspectie van Financiën verleent ongunstig advies voor de omzetting van de huidige bouwkalenderprojecten in het nieuw voorgestelde conceptuele kader omdat het beoogde esr-effect in de huidige stand van zaken niet verzekerd is en de financieringskost nadelig zou kunnen zijn ten opzichte van het status quo.

Om aan de opmerking over het beoogde esr-effect tegemoet te komen is de voorgestelde regelgeving ook voor advies aan het Instituut voor de Nationale Rekeningen bezorgd.

De financieringskost van het status quo en het uitgewerkte strategisch forfait zijn onmogelijk te vergelijken, aangezien het ene tijdelijke uitgaven betreffen en het andere voor onbepaalde duur wordt uitbetaald. Het status quo voorziet enkel de rechtstreekse financiering van de huidige investeringen, waar het ziekenhuis binnen het strategisch forfait ook geresponsabiliseerd wordt om werken inzake herconditionering en toekomstige strategische investeringen op te vangen.

2.2.2. Het gunstig begrotingsakkoord werd bekomen op 31 januari 2017, op voorwaarde dat:

-er een onderzoek wordt opgestart om de gehanteerde parameters en prijzen (o.a. kost bed, dialyse, kosten verschillend volgens type ziekenhuis) grondig te evalueren en de gevolgen voor beide forfaits voor te leggen aan de Vlaamse Regering;

-het instandhoudingsforfait en het strategisch forfait voor de bouwkalenderprojecten wordt opgevangen binnen de beschikbare kredieten.

Aan de voorwaarden van het begrotingsakkoord wordt tegemoetgekomen.

3. ESR-TOETS

Op 18 november 2016 is advies gevraagd aan het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR) met betrekking tot de aanrekening in de overheidsrekeningen van dit voorstel.

Het nieuwe financieringsmechanisme verkreeg een gunstig advies op 16 januari 2017. De basisveronderstelling die tot dit gunstig advies leidt is het toekennen van forfaits voor onbepaalde duur. Aangezien er een jaarlijkse subsidie wordt toegekend voor onbepaalde duur ontstaat geen onvoorwaardelijke vordering voor de betrokken voorzieningen, cfr. het verstrekte advies:

Investeringsbijdragen in geld worden geregistreerd op het moment dat de betaling verschuldigd is (ESR 4.162). Als een algemene regel geldt dat wanneer een betalingsverplichting bestaat en wanneer de bedragen zeker zijn, de investeringsbijdrage geregistreerd dient te worden wanneer de verplichting ontstaat, ongeacht van het betalingsschema. In de praktijk ontstaat een dergelijke verplichting wanneer een onvoorwaardelijke vordering ontstaat voor de begunstigde en het bedrag met zekerheid vaststaat.

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 voorwaardelijkheid 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).

De esr-weerslag van de ontworpen forfaits is dus gelijk aan de budgettaire weerslag zoals bepaald in hoofdstuk 2.

Het advies van het Instituut voor de Nationale Rekeningen geeft verder aan dat een reële intrestsubsiëring inderdaad combineerbaar is met de jaarlijkse forfaitaire subsidiëring.

Tenslotte wordt ook verduidelijkt dat het verlenen van overheidsgaranties aan entiteiten die tevens (in)direct gefinancierd worden door overheden niet als esr-neutraal wordt aanzien.

Er kunnen dus door VIPA geen waarborgen meer verleend worden aan entiteiten die tevens in sterke mate door de overheid gefinancierd worden.

4. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP DE LOKALE BESTUREN

Dit voorstel heeft tot doel om de continuïteit van de investeringen in de ziekenhuissector (incl. de openbare ziekenhuizen) mogelijk te maken, binnen de budgettaire mogelijkheden van de Vlaamse overheid.

5. WEERSLAG VAN HET VOORSTEL OP HET PERSONEELSBESTAND EN DE PERSONEELSBUDGETTEN

Er is geen directe weerslag op het personeelsbestand van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

6. KWALITEIT VAN DE REGELGEVING

Reguleringsimpactanalyse

In overleg met de sector werd gekozen voor een tweeledig, forfaitair financieringssysteem.

Het nieuw financieringsconcept werd o.m. op basis van dat overleg met de sector uitgewerkt.

Wetgevingstechnisch en taalkundig advies

Het ontwerp van besluit werd aangepast aan advies nr. 2016/491.

7. ADVIES SOCIAAL-ECONOMISCHE RAAD VAN VLAANDEREN (SERV)

De SERV heeft advies uitgebracht op 9 mei 2017.

Voor de SERV moeten de forfaits vastgelegd worden op basis van een realistische en transparante inschatting van de kostprijs voor de bouw en de inrichting van de ziekenhuizen.

Bij ontstentenis van een actuele studie aangaande de investeringskostprijzen binnen de Belgische ziekenhuiscontext wordt er in overleg met de sector teruggevallen op 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. De beleidskeuze om voorlopig dat MB als basis te hanteren, weerspiegelt zich bijgevolg ook in de gehanteerde parameters waaraan de financiering wordt opgehangen. In het onderzoek dat

uitgeschreven zal worden om de gebruikte parameters te evalueren zal er ook een toetsing gebeuren van de forfaits.

8. ADVIES STRATEGISCHE ADVIESRAAD VOOR HET VLAAMSE WELZIJNS-, GEZONDHEIDS- EN GEZINSBELEID (SAR WGG)

De SAR WGG wijst er in zijn advies van 12 mei 2017 op dat het gebrek aan overheidswaargborg in combinatie met de eerste uitbetaling van de forfaits vanaf ingebruikname zal leiden tot een groter financieel risico voor de ziekenhuizen en aldus tot hogere intrestvoeten.

Om de consequenties verbonden aan de nieuwe financieringsmethodiek verder goed in kaart te brengen, zal de impact op het vlak van het mogelijks verhogen van de financiële last voor de ziekenhuizen goed gemonitord worden. Tevens zal het uit te voeren onderzoek met betrekking tot de parameters deze problematiek verder moeten uitdiepen. Op te merken is dat de betaling van een (provisieel) bedrag via het BFM eveneens pas gebeurde na de ingebruikname. Voor de bouwkalenderprojecten zal de eerste betaling van het strategisch forfait in principe een jaar vroeger gebeuren in vergelijking met de start van de uitbetaling van een (provisieel) bedrag via het BFM vanaf het eerste jaar van afschrijving.

De SAR WGG vraagt wanneer het onderzoek zal afgelopen zijn en hoe de Vlaamse Regering een eventuele oproep tot wijziging zal aanpakken. Het onderzoek zal vóór het einde van deze legislatuur tot resultaat moeten leiden. Net zoals bij de uittekening van voorliggend financieringsconcept zal de sector betrokken worden bij de formulering tot opdrachtomschrijving.

De bepaling m.b.t. de dringende of onafwendbare investeringen zal vanuit budgettair oogpunt strikt worden gehanteerd. Ontegensprekelijk is het aangewezen om een kader daarvoor vast te leggen. Het is echter niet vanzelfsprekend om daartoe vooruit te lopen op de problematieken die zich dienaangaande zullen stellen in afwachting van de totstandkoming van de zorgstrategische planning.

Voor de infrastructuur van de psychiatrische verzorgingstehuizen zal een specifieke regeling worden uitgewerkt.

9. PRINCIPIËLE GOEDKEURING

Nadat het ontwerp van besluit op 3 februari 2017 een eerste maal principieel werd goedgekeurd door de Vlaamse Regering (VR PV 2017/4 – punt 0023; VR2017 0302 DOC. 0094/1BIS-2BIS-3), heeft de Raad van State daarover op 15 maart 2017 advies 60.973/3 uitgebracht.

In dat advies besteedde de Raad ruime aandacht aan de overeenstemming van het ontwerpbesluit met de Europese staatssteunregels. Om in overeenstemming te zijn met 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 – en bijgevolg om vrijgesteld te zijn van aanmelding bij de Europese Commissie – zou(den) de regeling(en) waarbij een onderneming met een dienst van algemeen economisch belang wordt belast waarvoor door de overheid compensatie wordt verleend, de volgende vermeldingen moeten bevatten: de inhoud en de duur van de openbaredienstverplichtingen; een beschrijving van het compensatiemechanisme en de parameters voor berekening, monitoring en herziening van de compensatie; regelingen om eventuele overcompensatie te vermijden en terug te vorderen; een expliciete verwijzing naar het Besluit 2012/21/EU. Volgens de Raad (advies, opmerkingen. 6.1 e.v.) was het onduidelijk welke openbaredienstverplichtingen aan de ziekenhuizen worden opgelegd, was de duur van de

openbaredienstverplichtingen niet geëxpliciteerd, moesten de parameters voor de berekening van de compensatie worden verduidelijkt, waren de parameters voor de monitoring en de herziening van de compensatie vrijwel onbestaand, was niet voorzien in een mechanisme om eventuele overcompensatie terug te vorderen, ontbrak een verwijzing naar het voormelde besluit van de Commissie en werd niet de verplichting opgelegd om het nodige bewijsmateriaal ter beschikking van de Europese Commissie te houden.

Als gevolg van dat advies werden meerdere bepalingen van het ontwerpbesluit grondig herwerkt. In artikel 2 van voorliggend ontwerp wordt thans verwezen naar het Besluit 2012/21/EU en worden de openbaredienstverplichtingen die aan de ziekenhuizen worden opgelegd, beschreven. In bijlage 3 bij voorliggend ontwerpbesluit wordt de berekening van de infrastructuurforfaits verduidelijkt. Volgens artikel 6, derde lid, artikel 7, tweede lid, artikel 9, derde lid, artikel 10, tweede lid, en artikel 14, vierde lid, kan de Vlaamse Regering de bedragen van de parameters wijzigen en kan zij het percentage van de intrestvergoeding aanpassen in functie van de evolutie van het algemeen rentepeil. De jaarlijkse subsidiebedragen zullen worden aangepast in functie van de wijziging van het aantal bedden, plaatsen of eenheden (artikel 7, vierde lid, en artikel 11, derde lid, van het ontwerp). De andere bepalingen waarbij wordt tegemoetgekomen aan Besluit 2012/21/EU liggen vervat in hoofdstuk 4 van het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Daarin wordt bepaald dat, wat de duur van de openbaredienstverplichtingen betreft, minstens elke tien jaar een grondige controle van het ziekenhuis wordt uitgevoerd waarbij nagegaan wordt of het ziekenhuis nog steeds voldoet aan alle voorwaarden voor het vervullen van de openbaredienstverplichtingen waarmee het is belast. Die controle zal uitmonden in een uitdrukkelijk standpunt van de overheid. Als de voorwaarden niet zijn nageleefd en de erkenning wordt ingetrokken, is er geen sprake meer van een belasting met een dienst van algemeen economisch belang in de zin van Besluit 2012/21/EU, mogen de investeringssubsidies niet verder worden uitgekeerd en moet een afrekening gebeuren met betrekking tot de ontvangen subsidies. Als integendeel het ziekenhuis aan de voorwaarden beantwoordt, blijft het ziekenhuis verder belast met de dienst van algemeen economisch belang voor een nieuwe periode van maximaal tien jaar. Wat de monitoring en de herziening van de compensatie betreft, worden de ziekenhuizen verplicht om een gescheiden boekhouding te voeren die het mogelijk maakt om jaarlijks na te gaan of de compensatie van de dienst van algemeen economisch belang al dan niet hoger is dan de netto-kosten (inkomsten minus kosten) voor de uitvoering van de dienst.

Daarnaast wees de Raad erop dat aan het ontwerpbesluit een aantal correcties en verduidelijkingen moesten worden aangebracht. Aldus moesten de onderdelen die in aanmerking worden genomen voor de berekening van het strategisch forfait en het instandhoudingsforfait en de eraan verbonden bedragen worden verduidelijkt. Dit gebeurt thans in bijlage 3 bij het ontwerp. Verder werd onder meer het referentiepunt voor de indexering van de bedragen van de parameters in het ontwerpbesluit ingeschreven en werd onder meer toelichting verstrekt bij de hoogte van de gehanteerde intrestvergoedingen.

Het grondig aangepaste ontwerpbesluit werd op 2 juni 2017 een tweede maal principieel goedgekeurd door de Vlaamse Regering (VR PV 2017/21 – punt 0032; VR 2017 0206 DOC. 0543/1BIS-2BIS-3BIS), waarbij de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd gelast een tweede advies van de Raad van State in te winnen.

10. ADVIES RAAD VAN STATE

Op 10 juli 2017 heeft de Raad van State advies 61.651/3 uitgebracht over het ontwerp van besluit. Aan dat advies is gevolg gegeven als volgt:

- conform opmerking 9 van het advies wordt het SERV-advies mee vermeld in de aanhef van het ontwerpbesluit.

- het advies van het raadgevend comité bij het agentschap Zorg en Gezondheid (opmerking 7 van het advies) kon niet worden ingewonnen omdat dat comité nog niet operationeel is. Over het ontwerpbesluit werd wel het advies ingewonnen van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) en van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) waarin ook vertegenwoordigers van voorzieningen en van gebruikers en onafhankelijke deskundigen zetelen.

- volgens opmerking 5.1 van het advies moet in artikel 2, derde lid, van het ontwerpbesluit ook worden verduidelijkt dat de openbaredienstverplichting niet alleen slaat op het naleven van bepaalde kwaliteitsnormen, maar dat ermee in de eerste plaats een betaalbare gezondheidszorg wordt beoogd die voor iedereen toegankelijk is. Het derde lid van artikel 2 wordt aangevuld met het tekstvoorstel dat de Raad van State daarover heeft geformuleerd.

- volgens opmerkingen 5.2.1 en 5.2.2 van het advies (zie ook opmerking 12 van advies 61.652/3 van 10 juli 2017 bij het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen), zou er voortdurend moeten worden opgevolgd of voldaan is aan de voorwaarden van het besluit 2012/21/EU van de Commissie van 20 december 2011, waarbij niet alleen moet worden nagegaan of de ziekenhuizen nog steeds voldoen aan de voorwaarden met betrekking tot de openbaredienstverplichtingen, maar ook of de vervulling van de openbaredienstverplichtingen nog steeds hetzelfde niveau van compensatie vereist. En ook al is een zekere mate van prefinanciering en reserveopbouw met het oog op toekomstige nieuwe investeringen – waardoor investeringsprojecten die al volledig afgeschreven zijn blijvend in aanmerking zouden komen voor het volledige bedrag van het strategisch forfait -, toch valt niet uit te sluiten dat de voortgezette toekenning van investeringssubsidies voor één project uit het goedgekeurde masterplan, wordt benut voor de financiering van andere projecten binnen dat masterplan. Er zou dan moeten worden voorzien in een verrekenmechanisme zodat het gedeelte van het nieuwe project dat geprefinancierd wordt met (een deel van) het strategisch forfait dat verder wordt toegekend na de afschrijvingsperiode van het oude project, niet een tweede keer wordt gefinancierd via het strategisch forfait voor het nieuwe project.

Die opmerkingen betreffen veeleer artikel 29 en 30 van het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen.

Voormeld artikel 29 heeft precies tot doel de periode waarmee het ziekenhuis met een openbaredienstverplichting wordt belast in de duur te beperken tot maximaal tien jaar zoals bepaald in het besluit 2012/21/EU. Tijdens die periode wordt geëvalueerd of het ziekenhuis aan de voorwaarden betreffende openbaredienstverplichtingen blijft voldoen. Alleen als aan de voorwaarden voldaan is, kan het ziekenhuis verder met de openbaredienstverplichting belast blijven en opnieuw voor een periode van maximaal tien jaar. Als het ziekenhuis niet langer met een openbaredienstverplichting wordt belast, zal er een afrekening plaatsvinden en zullen de investeringssubsidies die niet voor die openbaredienstverplichting zijn aangewend, worden teruggevorderd.

Een regelmatig toezicht waarbij wordt nagaan of er geen overcompensatie is ten aanzien van de openbaredienstverplichting, gebeurt minstens om de drie jaar bij het toezicht op de boekhouding van het ziekenhuis. Dit is geregeld in artikel 30 van voormeld ontwerp van procedurebesluit. In artikel 31 van dat procedurebesluit wordt voorzien in een regeling voor de terugvordering van overcompensatie, wanneer die uit het toezicht op de boekhouding, bedoeld in artikel 30 van dat besluit, blijkt of wanneer die blijkt uit de afrekening, bedoeld in artikel 29, tweede lid, van dat besluit. Volgens artikel 31 dient daarbij rekening gehouden te worden met de bepalingen zoals opgenomen in artikel 13 van de 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', waardoor aan de vereisten zoals gesteld door de Raad van State wordt tegemoetgekomen.

- opmerking 10 van het advies stelt terecht dat voor de toepassing van artikel 13, tweede lid, van het ontwerpbesluit nog procedureregels moeten worden opgesteld die afwijken van de bepalingen die vervat liggen in het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering houdende de procedureregels voor de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen. Het tweede lid wordt aangevuld met een zin waarin wordt bepaald welke bepalingen van laat genoemd besluit niet van toepassing zijn omdat ze niet verzoenbaar zijn met een situatie waarin de investeringswerkzaamheden al gestart zijn vooraleer het betreffende masterplan is goedgekeurd en het akkoord strategisch forfait is verleend.

- volgens opmerking 11 van het advies is het niet nodig dat de bepalingen met betrekking tot het strategisch forfait terugwerken tot op 1 januari 2017, zoals bepaald in artikel 20 van het ontwerpbesluit. Ook al is terugwerkende kracht daarvoor strikt genomen niet vereist, toch brengt ze aan geen enkel ziekenhuis nadeel toe. Daarom wordt de datum van inwerkingtreding gehandhaafd.

Afgezien van bovenvermelde aanpassingen als gevolg van het advies van de Raad van State werden aan het ontwerpbesluit en de bijlagen nog de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 12, eerste lid, moeten voor de berekening van het instandhoudingsforfait voor het UZ Gent, de bedragen vermeld in het vierde lid van dat artikel worden afgetrokken. Vandaar dat de woorden "of vierde (lid)" worden toegevoegd.

- in de bijlagen:

In de bijlagen 1 en 2, waarin de bedragen per parameter zijn opgenomen, werden ten opzichte van de tweede principiële goedkeuring enkele wijzigingen aangebracht.

In bijlage 1: wat het strategisch forfait voor Universitaire Ziekenhuizen betreft werd volgende aanpassing aangebracht:

- NIC (extra per bed): technische aanpassing: het bedrag was foutief berekend

In bijlage 2: wat het instandhoudingsforfait betreft werden volgende bedragen van parameters gewijzigd:

- Dialyse: in plaats van een bedrag per post dialyse toe te kennen, wordt een bedrag per centrum toegekend. Het aantal posten nierdialyse bleek een te variabele factor wat het instandhoudingsforfait betreft, en was sterk toegenomen ten opzichte van de eerdere raming. De erkende centra dialyse zijn gelimiteerd en vormen dus een betere parameter. In de berekening van het toe te kennen bedrag per centrum werd budgetneutraliteit ten opzichte van de eerdere raming nagestreefd;
- IZ (extra per bed) voor de Universitaire Ziekenhuizen: technische correctie: het volledig bedrag bed IZ stond hier in plaats van het extra bedrag per bed;
- NIC (extra per bed) voor de Universitaire Ziekenhuizen: technische correctie: het volledig bedrag bed NIC stond hier in plaats van het extra bedrag per bed.

11. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist haar definitieve goedkeuring te hechten aan het bijgaande ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering betreffende de subsidiëring van infrastructuur van ziekenhuizen en de bijlagen.

Jo VANDEURZEN
Vlaamse minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin

