

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

Onderstaande toelichting is gebaseerd op verschillende adviezen van het INR in voorgaande dossiers, namelijk:

- De methodologische nota van het INR (dd 6 juni 2014) m.b.t. de aanrekening van investeringsbijdragen in het ESR2010;
- het INR-advies (dd 25 juni 2015) betreffende de aanrekening van de financiering van de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen;
- het INR-advies (dd 13 oktober 2015) inzake een nieuw financieringsmodel voor de ouderenzorg;
- het INR-advies (dd 29 februari 2016) voor de ontwikkeling van het financieringsmodel ziekenhuizen in Franstalig België;
- Het INR-advies (dd 6 september 2016) betreffende bijkomende vragen die aan het INR gesteld werden omtrent A1/A3.

Naast de formele adviesverlening werd op verschillende momenten ook overlegd tussen de beleidsdomeinen WVG, F&B en het INR om huidig voorliggend financieringssysteem uit te werken.

Statistische behandeling bestaande subsidiesystemen vs. voorziene forfaits:

De bestaande subsidiesystemen (VIPA-alternatief en A1/A3) werden **sinds 2014** door het INR als onvoorwaardelijke investeringsbijdragen gecatalogeerd en dienden bijgevolg in één keer te worden aangerekend op het moment dat de betaling verschuldigd werd. Dit is het gevolg van het feit dat de alternatieve financiering in de feiten economisch te herleiden valt tot het in de tijd spreiden van de klassieke investeringssubsidie die in één keer uitbetaald worden. Ondanks de gespreide en voorwaardelijke uitbetaling, ligt het zowel voor de overheid als voor het ziekenhuis al quasi vast welke subsidie voor een bepaalde investering zal ontvangen worden. Het INR oordeelde dan ook dat op het moment de overheid zich voor het eerst engageert, het volledig bedrag aan in de toekomst te betalen kapitaalsubsidie in één keer op de begroting dient te worden aangerekend.

Voor de ziekenhuisfinanciering onder het systeem A1/A3 betekent dit dat een investeringsproject ESR-matig dient aangerekend te worden op het moment dat het eerste provisioneel bedrag wordt betaald. Vertrekkend van voorliggende premisse zou Vlaanderen onder het systeem van de A1/A3 financiering nog een reeks ziekenhuizen ESR-matig moeten aanrekenen aangezien die projecten pas in de periode 2017-2020 worden opgeleverd en er bijgevolg tot nu toe nog geen provisioneel bedrag is toegekend geworden. Deze "bouwkalenderprojecten" betreffen investeringen die vanwege VIPA een principieel akkoord voor de investeringsbetoelaging hadden verkregen en die voorzien werden op de bouwkalender die in het protocolakkoord op de IMC Volksgezondheid van 19 juni 2006 werd afgesloten. De ingebruiknames in de periode 2017-2020 resulteren in een geraamde ESR-matige aanrekening ten belope van 817 miljoen euro aan subsidiabele bouwkost.

Een forfaitaire subsidie - vergelijkbaar met een normale werkingssubsidie - verhelpt bovenstaande problematiek die sinds 2014 was ontstaan, aangezien zowel het uit te betalen bedrag als de periode waarvoor deze uitgekeerd wordt, jaarlijks dient herbevestigd te worden. Het jaarlijks forfait wordt m.a.w. uitbetaald voor onbepaalde duur en kan in principe gewijzigd worden.

Het is deze vorm van ondersteuning die nu gehanteerd zal worden voor de uitbouw van het forfaitair financieringsmodel voor de ziekenhuizen: Dit financieringsmodel is gebaseerd op het "lifecycle" concept waarbij de totale kost van de bouw, herconditionering en het onderhoud van een ziekenhuis

over een periode van 40 jaar in rekening wordt gebracht voor de berekening van een instandhoudingsforfait en een strategisch forfait.

Het bedrag van het forfait, dat in de loop der tijd gewijzigd kan worden, wordt berekend op basis van verschillende criteria onafhankelijk van de werkelijke investeringskosten voor de ziekenhuizen. De toekenning van het forfait is ook voor onbepaalde duur, en staat dus volledig los van het effectieve investerings- en onderhoudsritme van de ziekenhuizen.

Aangezien de tussenkomst niet gebeurt naar aanleiding van een specifieke investering van het ziekenhuis, kan deze tussenkomst statistisch dan ook als een sociale overdracht in natura ten gunste van de huishoudens worden ingedeeld aangezien op deze manier de kost voor de ziekenhuispatiënt kan worden verlaagd.

Wat het strategisch forfait betreft, laten we dit pas opstarten bij ingebruikname van een bepaalde investering. Door het INR werd reeds bevestigd dat dit geen probleem hoeft te vormen. Zie vb. advies woonzorgcentra. "Het feit dat het criterium van een initiële investering wordt gebruikt - om te vermijden dat instellingen die in het verleden hebben genoten van een investeringsbijdrage onmiddellijk recht hebben op het nieuwe forfait - heeft "in principe" geen impact op de statistische behandeling. Er is immers geen directe link met de kost van een gerealiseerde investering of met de financieringswijze van de investering."

De uitrol van het strategische forfait wordt momenteel beperkt tot de resterende bouwkalenderprojecten waardoor het voor deze projecten niet langer nodig is om de investeringskost van deze ziekenhuizen in één keer ESR-matig te begroten. Enkel het bedrag van de jaarlijks uitbetaalde forfaits dient te worden aangerekend. Deze aanrekeningswijze is m.a.w. vergelijkbaar aan de aanrekeningswijze die vóór 2014 van toepassing was voor alternatief gefinancierde investeringsubsidies.

De verdere uitrol van het strategisch forfait wordt gekoppeld aan het ontwerp van zorgstrategisch plan voor de ziekenhuizen dat collega Vandeurzen aan het uitwerken is.

Het instandhoudingsforfait wordt wel onmiddellijk opgestart voor alle ziekenhuizen, waarbij er wel een verrekening gebeurt voor de bedragen die de ziekenhuizen in het vroegere systeem hebben toegekend gekregen. Voor dit instandhoudingsforfait wordt een bijkomend budget van 32 miljoen euro voorzien.

Mogelijke impact van een gebeurlijke consolidatie van de ziekenhuissector

De Raad van Bestuur van het INR heeft in september beslist om de ziekenhuizen niet mee op te nemen in de consolidatie. Het INR was immers van oordeel dat je niet zomaar kan stellen dat alle ziekenhuizen, ook diegene die als "vrije" instelling georganiseerd zijn, niet als van de overheid autonome entiteiten kunnen gecatalogeerd worden. Deze stelling zal verder onderbouwd worden en door het INR met Eurostat besproken worden. Het gaat hier dus over een verschil van mening tussen statistici over de juiste klassering van entiteiten.

In geval van consolidatie vertrekt het INR van de hypothese dat de ziekenhuizen in de sector van de sociale zekerheid zullen worden heringedeeld.

Deze hypothese stemt ook overeen met de *Manual on Government Deficit and Debt (MGDD)* van Eurostat waarin het volgende is opgenomen (voetnoot 28):

Public hospitals may be controlled by different government sub-sector according to institutional arrangements in Members States. However, when a hospital is in majority financed by social contributions to Social Security entities (and not from subsidies from government raising taxes), for practical reasons, it might be included in the S.1314 sub-sector "social security funds".

Naast de indeling is het ook van belang aan te geven dat aanrekeningsregels niet wijzigen indien een gesubsidieerde entiteit al dan niet tot de overheid behoort

Samengevat kan dan ook aangegeven worden dat ook bij een gebeurlijke consolidatie van de ziekenhuizen binnen de sector van de sociale zekerheid, het forfaitair financieringssysteem nog steeds een gespreide aanrekening van de investeringssteun toelaat.

Aanvraag formeel advies voorzien:

Het BVR rond het strategisch- en instandhoudingsforfait zal vanzelfsprekend ook nog voor formeel advies aan het INR worden voorgelegd, alvorens het in werking kan treden.