

### **Hoofdstuk 3: Beoordeling en bijsturing van een masterplan**

Nadat in Fase 1 is nagegaan of het opportuun is om in het ziekenhuis te investeren, wordt in Fase 2 het masterplan of de uitgewerkte investeringsaanvraag zelf op de kwaliteit van het concept beoordeeld. Dit concept moet voortbouwen op de toekomstvisie die in het zorgstrategisch plan wordt aangegeven, en moet in meer detail de manier aangeven waarop het ziekenhuis denkt zijn toekomstvisie te gaan kunnen realiseren. Hierbij moeten onder andere de benodigde infrastructuur, renovatie/herconditionering, afbraak, medische apparatuur en dergelijke worden aangegeven. De beslissing na de beoordeling van het zorgstrategisch plan in Fase 1 geeft ook aan wat de eventuele randvoorwaarden zijn bij de in te dienen investeringsaanvraag.

Het masterplan bevat tenminste de volgende onderdelen:

- een beschrijving van de bestaande infrastructuur naar historisch en architectonisch belang, ouderdom, functionaliteit, gebruikintensiteit, leefbaarheid, energie-efficiëntie
- een beschrijving van de totaliteit van de investeringen die de initiatiefnemer in de komende tien jaren wenst te doen, met omschrijving van de doelgroep, de geplande capaciteit en oppervlakte per onderdeel, de fasering en de voorziene uitvoeringstermijnen met kostenraming
- een globale schets van de bedoelde investeringswerkzaamheden, waarop te zien zijn:
  - de inplanting en zoneringsplannen van terreinen, gebouwen, parkings, enz.
  - de ligging van de verschillende diensten en afdelingen van het ziekenhuis
  - de patiënten-, bezoekers-, personeels- en goederenstromen
- een financieel plan voor de bedoelde investeringen, waarin de invloed van de beoogde investering op de resultatenrekening en de balans aangegeven wordt, en de financiële draagkracht van het ziekenhuis ten aanzien van de investeringslasten aangetoond wordt
- eventueel een opdeling van de bedoelde investeringen in projecten en hun uitvoeringstermijnen met een globale uitvoeringskalender
- documenten die aantonen dat bij de uitwerking van het masterplan overleg geweest is met alle belanghebbenden (de bevoegde administraties, beheerraad, medische raad, personeel, gemeentebestuur, brandweer, omwonenden,...) dat bij voorkeur geleid heeft tot een algemeen akkoord tussen de verschillende partijen.

In Bijlage 4 wordt een gedetailleerd overzicht van de inhoud van een masterplan weergegeven.

Gezien de beslissing over het al dan niet opportuun zijn van de investering reeds genomen is bij de beoordeling van het zorgstrategisch plan, biedt de fase van de beoordeling van het masterplan meer ruimte tot bijsturing van het concept, zodat het optimaal kan aansluiten bij de basisvereisten van een kwalitatief hoogstaand ziekenhuis.

De beoordeling en bijsturing van het masterplan zal uitgevoerd worden met behulp van de wettelijke normen en een set van criteria die hieronder in meer detail worden beschreven. De criteria kunnen onder drie centrale vragen worden gegroepeerd:

Vraag 3: Beantwoordt het masterplan aan de zorgtechnische en bouwtechnische vereisten van een performant ziekenhuis ?

Vraag 4: Is de realisatie van dit masterplan financieel verantwoord ?

**Vraag 3. Beantwoordt het masterplan aan de zorgtechnische en bouwtechnische vereisten van een performant ziekenhuis ?**

Bij de beoordeling van het zorgstrategisch plan werd reeds beoordeeld of het aanvragende ziekenhuis vandaag in staat is kwalitatief hoogstaande zorg te bieden.

Hier wordt meer specifiek onderzocht of het ingediende masterplan beantwoordt aan de in Fase 1 van de VIPA-studie uitgewerkte visie over kwalitatief hoogstaande zorg.

De hierna beschreven criteria moeten de evaluatoren van een masterplan in staat stellen te beoordelen of het concept voldoet aan de zorgtechnische en bouwtechnische eisen van een modern ziekenhuis en het geheel desgevallend de nodige bijsturing te geven.

criterium 3.1	Flexibiliteit van het concept/de gebouwen
criterium 3.2	Functionaliteit van het concept
criterium 3.3	Circulatiestromen van patiënten, bezoekers, personeel, en goederen
criterium 3.4	De wettelijke normen op het gebied van brandveiligheid, arbeidsomstandigheden en milieu
criterium 3.5	Comfort en privacy van de patiënt
criterium 3.6	Informatie- en communicatietechnologie
criterium 3.7	Infrastructuur voor daghospitalisatie

Deze criteria zijn een selectie van de meest belangrijke elementen bij de beoordeling van een masterplan. Dit neemt niet weg dat er veel meer gedetailleerde bouwnormen bestaan voor individuele eenheden of apparatuur, doch deze horen voornamelijk thuis bij de beoordeling van individuele projecten binnen een masterplan (zie Hoofdstuk 4)

<b>Criterium 3.1</b>	<b>Flexibiliteit van het concept/de gebouwen</b>
----------------------	--

Gezien het feit dat een ziekenhuisgebouw vaak tot meer dan 50 jaar meegaat<sup>1</sup> en de medisch-technologische ontwikkelingen zeer snel gaan, moet de flexibiliteit van een concept/gebouw hoog scoren. Er zijn een aantal architectonische aspecten die daarbij belangrijk zijn en die hier vermeld worden. Er is daarbij geen sprake van een echte grenswaarde, maar van voor- en/of nadelen van een concept, die samen moeten leiden tot een totaal oordeel van het concept. Deze beoordeling zal moeten plaatsvinden door experts die daarbij veelvuldig met architecten moeten overleggen over de meest recente en toekomstige ontwikkelingen.

**Definitie**

De ‘*flexibiliteit*’ van een concept/gebouw is de mate waarin een ziekenhuis qua bouwconcept kan meegroeien met de zich snel ontwikkelende zorg.

**Indicatoren van flexibiliteit**

<b>Flexibel</b>		<b>Niet/minder flexibel</b>
Een relatieve laagbouw (maximum 6 bouwlagen)		Een relatieve hoogbouw (meer dan 6 bouwlagen)
Uitbreidingsmogelijkheden buiten het bestaande gebouw (ratio bebouwd/ onbebouwd < 60 %)	<—>	Relatief weinig uitbreidingsmogelijkheden buiten het bestaande gebouw (ratio bebouwd/ onbebouwd >60 %)
Eén gebouw en een campus		Meerdere gebouwen en/of campussen
Een architectonisch concept van het ziekenhuis dat verbouwingen/uitbreidingen gemakkelijk toelaat zonder de dagelijkse gang van zaken te beïnvloeden en zonder veel extra verbouwingkosten (voorbeelden zijn een raster of dendritisch bouwconcept)		Een architectonisch concept van het ziekenhuis waarbij verbouwingen/uitbreidingen niet /moeilijk kunnen worden uitgevoerd zonder de dagelijkse gang van zaken te beïnvloeden en/of veel extra verbouwingkosten opleveren (voorbeelden zijn een lineair of radiocentrisch bouwconcept)

**Interpretatie**

De beoordeling van de flexibiliteit is een complex gebeuren, dat steeds zal moeten gebeuren in combinatie met een aantal andere criteria zoals de ouderdom van de gebouwen, de mogelijkheden om de flexibiliteit te vergroten, de bijkomende investeringskosten om de flexibiliteit te verhogen, etc.

<sup>1</sup> Uit de VIPA vragenlijst aan de ziekenhuizen (September 1996) blijkt dat 7% van de Vlaamse ziekenhuizen ouder zijn dan 50 jaar

<b> criterium 3.2</b>	<b> Functionaliteit van het concept</b>
-----------------------	---

De functionaliteit van het concept is belangrijk voor de kwaliteit van de zorg die wordt aangeboden in het ziekenhuis. In de huidige ziekenhuiswet staat per dienst vermeld wat de functionele normen zijn waaraan de desbetreffende dienst moet voldoen. In de nabije toekomst zal men van de dienst als organisatorische eenheid meer en meer overstappen op functies of programma's. Voor deze programma's zullen nieuwe individuele functionele eisen moeten worden opgesteld.

Vermits geen éénduidige, harde criteria kunnen gedefinieerd worden waarmee het al dan niet functioneel zijn van een concept kunnen beoordeeld, worden in bijgaande tabel een aantal indicatoren benoemd die kunnen helpen bij de beoordeling van de plannen. Deze kunnen bij de evaluatie gebruikt worden als 'checklist'.

**Indicatoren van functionaliteit**

<b>Goede functionaliteit</b>	<b>Matige functionaliteit</b>	<b>Ongunstige functionaliteit</b>
Het operatiekwartier is strategisch verbonden met de spoedgevallendienst (niet van toepassing indien een operatiekwartier op de spoedgevallendienst aanwezig is), de intensieve zorgen, de verpleegafdeling heelkunde	Wijkt licht af van het ideale beeld	Wijkt sterk af van het ideale beeld
De polikliniek is strategisch verbonden met de beeldvormende afdeling, en het labo; de polikliniek is gemakkelijk van buitenaf bereikbaar	idem	idem
De operatiekamers liggen op de bovenste verdieping van de gebouwen (dit levert een hogere energie-efficiëntie op en is goedkoper)	idem	idem
De verpleegafdelingen zijn gegroepeerd per groep van functionele clusters of pathologiën		idem
De keuken is strategisch verbonden de verticale verbindingswegen voor de verpleegeenheden, en de aan- en afvoerwegen voor de voorraad	idem	idem

<b>Goede functionaliteit</b>	<b>Matige functionaliteit</b>	<b>Ongunstige functionaliteit</b>
Bijzondere aandacht wordt besteed aan de inplanting van technische ruimten en kokers. Concentratie en bereikbaarheid langs gangen is nagestreefd i.p.v. verspreiding of bereikbaarheid doorheen afdelingen	idem	idem
Traveematen zijn in de eerste plaats een gevolg van functionele en ergonomische overwegingen eerder dan van bouwtechnische overwegingen	idem	idem

**Interpretatie**

Het concept van een masterplan moet in ieder geval voldoen aan alle wettelijke normen. De score op de criteria voor functionaliteit moeten in zijn totaliteit worden onderzocht. In relatie met andere factoren zoals ouderdom van de gebouwen, investeringskosten en invloed op de werkingskosten is de beoordeling van de functionaliteit een belangrijk element in de afweging van nieuwbouw versus verbouwing van een ziekenhuis.

<b> criterium 3.3</b>	<b> Circulatiestromen van patiënten, bezoekers, en personeel</b>
-----------------------	--

De verkeersstromen van patiënten, bezoekers, personeel, en goederen en diensten moeten zoveel mogelijk gescheiden plaatsvinden. Dit komt de organisatie, rust, en kwaliteit van de aangeboden zorg ten goede.

**Informatiebehoeften**

Overzicht van de circulatiestromen van patiënten, bezoekers, personeel en goederen (gebruik van gangen en liften voor het gehele ziekenhuis).

**Grenswaarden**

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
3.3 Circulatiestromen van patiënten, personeel, goederen (interne circulatie), en bezoekers (externe circulatie)	Er is rekening gehouden met wachttijden (liften etc.) en loopafstanden. Dit heeft geleid tot een afzonderlijk stel circulatieplannen met goed gescheiden circulatiestromen. Het oordeelkundig inplanten van receptie en transportsystemen i.f.v. de circulatiestromen is daarop geënt.	Er kan maar in beperkte mate een scheiding van circulatie-stromen worden aangebracht doordat het architectonische concept dit niet toelaat	Er wordt bij het concept geen rekening gehouden met de scheiding van de circulatiestromen

**Interpretatie**

Er moet naar gestreefd worden de circulatiestromen zoveel mogelijk te scheiden. Als er nog aanpassingen aan het concept kunnen worden gemaakt waardoor dit verbeterd kan worden, moet het masterplan op dit punt worden bijgestuurd.

<b> criterium 3.4</b>	<b> De wettelijke normen op het gebied van brandveiligheid, arbeidsomstandigheden, en milieu</b>
-----------------------	--

Met het toenemende aantal eisen op het gebied van brandveiligheid, arbeidsomstandigheden en milieu is het belangrijk dat er een controle plaatsvindt op de huidige wettelijke vereisten aan een ziekenhuis op dit gebied. Het is de taak van de Vlaamse administratie, om de kennis van de wettelijke vereisten op dit gebied die van toepassing zijn op de ziekenhuizen bij te houden en toe te passen op het masterplan.

#### Definitie

- De brandveiligheidseisen worden beschreven in twee KB's:
  - KB tot vaststelling van de basisnormen voor de preventie van brand en ontploffing waaraan nieuwe gebouwen moeten voldoen
  - KB tot vaststelling van de normen inzake beveiliging tegen brand en paniek waaraan ziekenhuizen moeten voldoen.
- De vereisten voor de arbeidsomstandigheden worden in het ARAB beschreven
- De milieureisten worden in Vlarem II beschreven

<b> Criterium</b>	<b> Goed</b>	<b> Matig</b>	<b> Ongunstig</b>
3.4 De wettelijke normen op het gebied van brandveiligheid, arbeidsomstandigheden, en milieu	Er wordt aan alle wettelijke voorschriften voldaan	Er wordt aan bijna alle wettelijke voorschriften voldaan; daar waar niet voldaan wordt aan de wettelijke vereisten is dit gemakkelijk bij te sturen	Er wordt niet aan alle wettelijke voorschriften voldaan en het is moeilijk om dit bij te sturen

#### Interpretatie

Het ziekenhuis moet een bewijs tonen waarmee kan worden aangetoond dat het masterplan voorziet om aan alle wettelijke eisen te voldoen.

<b>Criteria 3.5</b>	<b>Comfort en privacy van de patiënt</b>
---------------------	--

Uit Fase 1 van de VIPA-studieopdracht blijkt een duidelijke trend naar een hoger verwachtingspatroon van de patiënt over comfort en privacy. Uit de analyse van de trends in de gezondheidszorg blijkt dat ziekenhuizen momenteel de aanvragen voor een privékamer niet aankunnen. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat een groter aantal mensen een aanvullende private verzekering heeft genomen voor hospitalisatie. Dit geldt voornamelijk voor de materniteitsafdelingen. Voor pediatrie is de vraag naar overnachtingsmogelijkheden voor de ouders een belangrijk element.

Ook wordt er vaker gevraagd naar meer comfort in de kamer (sanitair en douche bij de kamer, moderne communicatie-apparatuur, etc). In toekomstige ziekenhuisconcepten zal hier rekening mee moeten worden gehouden.

#### Grenswaarden

<b> criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
3.5 Comfort en privacy van de patiënt	> 20 % Eénpersoons kamers voor observatieafdelingen volwassenen-diensten		< 20 % Eénpersoons kamers voor observatieafdelingen volwassenen-diensten
	> 50 % Eénpersoons kamers voor de materniteit		< 50 % Eénpersoons kamers voor de materniteit
	> 25% rooming-in facilities in pediatrie kamers		< 25% rooming-in facilities in pediatrie kamers
	Alle kamers beschikken over individuele sanitaire voor-zieningen		Een aantal kamers beschikt niet over individuele sanitaire voor-zieningen

<b>Criterium 3.6</b>	<b>Informatie- en communicatietechnologie</b>
----------------------	---

De meer multidisciplinaire aanpak van de zorgprocessen en het feit dat de ziekenhuizen meer en meer deel gaan uitmaken van globale zorgnetwerken met samenwerkingsverbanden tussen de verschillende zorgvormen, leidt tot een sterk toenemend belang van communicatie.

Informatie- en communicatietechnologie zal in het ziekenhuis een belangrijke rol spelen voor informatie-overdracht. Het zal echter ook gebruikt worden voor de communicatie met andere ziekenhuizen, met de huisartsen en eventueel met de ontwikkelingen op het vlak van thuismonitoring. Informatie- en communicatietechnologie worden dan ook een steeds belangrijker onderdeel van de ziekenhuisinfrastructuur en moeten voorzien worden in het concept van het masterplan.

**Informatiebehoeften**

- Het toekomstig informatie- en communicatienetwerk van het aanvragende ziekenhuis

**Grenswaarden**

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
3.6: Informatie- en communicatie-technologie	Het concept voorziet de mogelijkheden van de uitbouw van een aangepast informatie- en communicatie-netwerk. Dit systeem houdt goed rekening met de verwachte ontwikkelingen qua communicatie binnen het ziekenhuis, met andere ziekenhuizen en met de eerste lijn.	Het concept voorziet de mogelijkheden van de uitbouw van een informatie- en communicatie-netwerk. Dit systeem houdt geen rekening met al de elementen passend bij de verwachte ontwikkelingen.	In het concept wordt geen rekening gehouden met het toenemende belang van informatie- en communicatie-technologie.

<b>Criterium 3.7</b>	<b>Infrastructuur voor daghospitalisatie</b>
----------------------	--

In de komende jaren is een belangrijke toename van het aantal dagopnames te verwachten. Daghospitalisatie is in volle ontwikkeling en heeft zijn maximale potentieel nog niet bereikt. Deze groei zal moeten worden opgevangen door voldoende daghospitalisatiecapaciteit. Dit criterium beoogt te beoordelen of het concept voldoende rekening houdt met deze ontwikkelingen.

**Definities**

Een ‘dagopname’ wordt gedefinieerd als de forfaits (maxi, super en A, B, C, D, dialyse en gipskamer niet inbegrepen) volgens Artikel 4 van de overeenkomst ziekenhuizen-ziekenfondsen.

**Informatiebehoeften**

- Het geprojecteerd aantal klassieke opnames (binnen 10 jaar)
- Het aantal voorziene daghospitalisatieplaatsen en de voorziene oppervlakte voor daghospitalisatie

**Grenswaarden**

Een daghospitalisatie wordt in principe 5 dagen per week geëxploiteerd (ca. 250 dagen per jaar), met een bezettingsgraad van rond de 80%. Afhankelijk van het soort ingreep, behandeling of onderzoek kan een dagklinische plaats 1 of 2 patiënten per dag verwerken. Gemiddeld kan gesteld worden dat de verblijfsduur voor 1 dagopname gelijk is aan 0,75 verpleegdagen.

Uit de analyse van de ontwikkelingstendenzen uit fase 1 van deze studieopdracht blijkt dat in de toekomst te verwachten is dat 35-40% van het totaal aantal opnames een dagopname zal zijn; dat wil zeggen 0,6 dagopnames per klassieke opname.

Op basis van de volgende formule kan men, uitgaande van het geprojecteerd aantal klassieke opnames, het aantal te verwachten dagklinische plaatsen berekenen:

$$\text{Aantal dagklinische plaatsen} = (0,6 * \text{klassieke opnames} * 0,75) / (250 * 0,8)$$

Voor een daghospitalisatie wordt 45 m<sup>2</sup> per plaats gerekend. Hierbij is inbegrepen de verblijfsafdeling, de gangen en eventueel een apart onthaal.

Ook moet rekening gehouden worden met een verhoogde behoeften aan parkeergelegenheden bij toename van de daghospitalisatie.

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
3.7: Infrastructuur voor daghospitalisatie	Er worden voldoende dagklinische plaatsen en ruimte weerhouden om in de toekomst 35 à 40% van het totaal aantal opnames in dagklinisch verband te kunnen opvangen.	Er worden dagklinische plaatsen weerhouden, maar onvoldoende om in de toekomst 35 à 40% van het totaal aantal opnames in dagklinisch verband te kunnen opvangen.	Er wordt niet of nauwelijks rekening gehouden met voldoende dagklinische capaciteit.

**Toekomstige aanpassingen**

In de huidige VIPA procedure is daghospitalisatie niet subsidieerbaar. Dit criterium is slechts toepasbaar indien een consistente reconversiepolitiek van klassieke naar daghospitalisatie gevoerd wordt en indien de daghospitalisatie subsidieerbaar gemaakt wordt.

#### **Vraag 4: Is de realisatie van dit masterplan financieel verantwoord?**

Een belangrijk onderdeel van de beoordeling van een masterplan is de financiële evaluatie. Hierbij dienen drie vragen gesteld te worden:

Vraag 4.1: Zijn de investeringskosten redelijk en verantwoord?

Vraag 4.2: Kan het ziekenhuis de investering dragen?

Vraag 4.3: Draagt de investering bij tot een aantoonbare verlaging van de algemene werkingskosten?

#### ***Vraag 4.1: Zijn de investeringskosten redelijk en verantwoord?***

Het uitgangspunt bij de beoordeling van de investeringskosten moet zijn dat de initiatiefnemer bij het uitwerken van het masterplan streeft naar een optimale kwaliteit van zorg tegen een verantwoorde kost. Dat de bouwheer een deel van de financiële middelen uit eigen exploitatie moet genereren, remt mogelijke buitensporige vragen af en moedigt aan tot goed beheer.

Toch is het belangrijk enkele controles in te bouwen om na te gaan of voldoende rekening gehouden wordt met de verwachte evoluties in de zorgverstrekking en of de investeringskosten voldoende te verantwoorden zijn.

Mogelijke criteria om dit te onderzoeken zijn:

Criterium 4.1.1. Oppervlakte per bed

Criterium 4.1.2. Kosten per bed of m<sup>2</sup> (nieuwbouw/verbouwing)

Criterium 4.1.3. Totale kosten van het masterplan versus kosten van nieuwbouw

<b>Criterium 4.1.1</b>	<b>Oppervlakte per bed</b>
------------------------	----------------------------

Het VIPA-decreet voorziet in Artikel 4 van het ‘Besluit tot Vaststelling van de Totale Investeringssubsidie en de Bouwtechnische Normen voor de Verzorgingsinstellingen’ dat de maximale bruto gebouwde oppervlakte die voor een investeringssubsidie in aanmerking komt per bed bedraagt:

- 80 m<sup>2</sup> voor een algemeen ziekenhuis, behalve voor de bedden Sp-Chronisch en enkele nader benoemde medisch-technische diensten
- 120 m<sup>2</sup> voor een universitair ziekenhuis, behalve voor de bedden Sp-Chronisch en enkele nader benoemde medisch-technische diensten

Bij uitbreiding komt enkel de nieuwgebouwde oppervlakte voor subsidiëring in aanmerking die samen met de oppervlakte van het behouden gedeelte van het bestaande gebouw, de maximum bruto m<sup>2</sup> niet overschrijdt.

In de praktijk blijkt echter dat, met de evolutie naar meer technische diensten en een relatief lager belang van het ‘beddenhuis’ in een modern ziekenhuis, aan deze maatstaf vaak moeilijk te voldoen is. In de interviews en de VIPA vragenlijst werd vaak gepleit voor het versoepelen van dit criterium. Anderzijds is het één van de weinige ‘harde’ maatstaven voor de beoordeling van de redelijkheid van een dossier.

Daarom wordt voorgesteld het criterium te behouden.

**Grenswaarden**

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
4.1.1 Oppervlakte per bed			
- Algemeen ziekenhuis	<80 m <sup>2</sup>	80-90 m <sup>2</sup>	>90 m <sup>2</sup>
- Universitair ziekenhuis	<120 m <sup>2</sup>	120-130 m <sup>2</sup>	>130 m <sup>2</sup>

**Toekomstige aanpassingen**

De voorgestelde aanpassingen zijn:

- De daghospitalisatieplaatsen te laten meetellen in de berekening van zowel de oppervlakte als het aantal bedden.
- Het medisch-technisch blok breder te definiëren en niet mee te laten tellen in de berekening van het aantal m<sup>2</sup>, doch wel subsidieerbaar te maken volgens de aantoonbare noodzakelijke behoefte.

<b>Criterium 4.1.2</b>	<b>Kosten per bed of m<sup>2</sup></b>
------------------------	--

Het VIPA-decreet voorziet in Artikel 4 van het 'Besluit tot Vaststelling van de Totale Investeringssubsidie en de Bouwtechnische Normen voor de Verzorgingsinstellingen' dat de maximale investeringssubsidie voor nieuwbouw en verbouwing niet groter mag zijn dan 60% van de in de federale wetgeving voorziene maxima. Deze bedragen zijn gespecificeerd in de VIPA-brochure (p.65).

#### **Grenswaarden**

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
4.1.2 Kosten per bed of m <sup>2</sup> - Nieuwbouw: kosten/bed - Uitbreiding: kosten/m <sup>2</sup> - Verbouwing: kosten/m <sup>2</sup>	Kosten van het masterplan liggen lager dan de op p.65 van de VIPA-brochure beschreven maxima	Kosten van het masterplan liggen tot 10% boven de op p.65 van de VIPA-brochure beschreven maxima	Kosten van het masterplan liggen meer dan 10% boven de op p.65 van de VIPA-brochure beschreven maxima

#### **Interpretatie**

Indien de raming van de voorgestelde investering hoger ligt dan deze bedragen, lijkt een verder onderzoek naar de redelijkheid van de investeringen aangewezen en zal het ziekenhuis mogelijks gevraagd worden om de plannen te herzien.

#### **Toekomstige aanpassingen**

In de toekomst zal een periodieke evaluatie van de werkelijke bouwkosten noodzakelijk zijn en zullen de bouwplafonds in functie daarvan aangepast moeten worden.

<b>Criterium 4.1.3</b>	<b>Totale kosten van het masterplan versus kosten van nieuwbouw</b>
------------------------	---

Er wordt algemeen aangenomen dat renovatie en verbouwing maar tot op zekere hoogte nuttig is. Als de ratio van de investeringskosten/nieuwbouw van een ziekenhuis te hoog is, wordt aangenomen dat nieuwbouw een betere investering zou zijn. Dit moet wel bezien worden in de specifieke situatie van het aanvragende ziekenhuis. Als vuistregel wordt vandaag gebruikt dat de totale kosten van een eventuele verbouwing of renovatie niet meer dan 75% van de kosten van een nieuwbouw mag bedragen.

#### Grenswaarden

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
4.1.3 Totale kosten van het masterplan versus kosten van nieuwbouw	Renovatie/verbouwing bedraagt minder dan 60% van de nieuwbouwwaarde van datzelfde ziekenhuis	Renovatie/verbouwing bedraagt tussen de 60-75% van de nieuwbouwwaarde van datzelfde ziekenhuis	Renovatie/verbouwing bedraagt meer dan 75% van de nieuwbouwwaarde van datzelfde ziekenhuis

#### Belang/interpretatie

Dit criterium geldt alleen voor verbouwings- of renovatieprojecten.

Als de totale kosten van renovatie meer dan 75% bedragen van nieuwbouw, dan kan volgens de VIPA-procedure geen subsidie worden toebedeeld. Wanneer de kost van renovatie relatief lager wordt, wordt de verbouwingsoptie interessanter. Men moet zich echter steeds afvragen of een renovatie wel een goede investering is. Hierbij is een grondige evaluatie van de impact op de exploitatiekosten onontbeerlijk. Zie Vraag 4.2.

Bij de berekeningen dient voldoende rekening te worden gehouden met bijkomende kosten<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> BTW, ereloon studie, ereloon controle opdracht, ereloon projectmanager, kosten verzekeringspolissen, provisie voor wijzigende normen tijdens realisatie, provisie voor uitvoeringsproblemen, provisie voor prijsherziening, provisie voor wijzigend programma van eisen.

#### **Vraag 4.2: Kan het ziekenhuis de investering dragen ?**

In het bedrijfsleven moeten ondernemingen die een lening aangaan om een investering te financieren zich de vraag stellen of ze die investering financieel wel aankunnen. Een lening brengt uiteraard een verplichting tot terugbetaling van interest- en kapitaalslasten met zich mee.

Ziekenhuizen moeten hetzelfde type overwegingen maken. De federale aanpassing in de verpleegdagprijs voor het niet-gesubsidieerde gedeelte van de investering vindt namelijk pas jaren na de eerste betalingen plaats. Dit brengt met zich mee dat het ziekenhuis in de tussenperiode krediet zal moeten aanvragen bij de banken en daardoor een verplichting aangaat tot terugbetaling van interest- en kapitaalslasten.

Ziekenhuizen die zich bij de aanvraag tot subsidie reeds in een zwakke financiële situatie bevinden en nauwelijks of niet hun interest- en kapitaalslasten kunnen betalen, zullen het heel wat moeilijker hebben om hun additionele financiële kosten te verwerken dan ziekenhuizen die nu geen problemen hebben bij het aflossen van schulden. Een eerste belangrijk criterium moet daarom het *huidig* vermogen van het ziekenhuis om haar schulden af te lossen meten.

Dit is zeker het geval omdat toekomstige cash flow stromen, die additionele schulden zouden kunnen terugbetalen, moeilijker te bepalen zijn. Toch blijft het noodzakelijk om ook dit *toekomstig* vermogen tot terugbetaling van interest- en kapitaalslasten zo goed mogelijk te beoordelen aan de hand van een tweede criterium.

<b>Criterium 4.2.1</b>	<b>Dekkingsgraad</b>
------------------------	----------------------

De dekking meet het huidige vermogen van het ziekenhuis om haar interest- en kapitaalslasten te betalen.

Zoals reeds aangegeven, geeft dit criterium reeds een beeld van het huidige financiële beleid. Indien dit niet al te rooskleurig is, kan men er wel van uitgaan dat een additionele financiële last niet zo gemakkelijk zal kunnen gedragen worden. Dit kan echter niet als regel worden beschouwd, omdat de additionele investering precies de cash flow positie van het ziekenhuis theoretisch gevoelig zou kunnen verbeteren.

**Definitie**

Er worden twee dekkingsratios gehanteerd en geëvalueerd voor het laatste beschikbare jaar:

- (i) de *interestdekking*: de verhouding van het bedrijfsresultaat (rubriek III van de resultatenrekeningen) en de financiële opbrengsten (rubriek IV) over de jaarlijkse interestlasten (rubriek V)
- (ii) de *totale dekking*: de verhouding van het bedrijfsresultaat (rubriek III van de resultatenrekeningen) en de financiële opbrengsten (rubriek IV) over de som van de jaarlijkse interestlasten (rubriek V) en kapitaalslasten.

De jaarlijkse kapitaalslasten moeten door het ziekenhuis worden verschaft en vallen niet uit de balans of resultatenrekeningen af te leiden.

**Informatiebehoeften**

- Resultatenrekening (rubrieken III , IV en V)
- Kapitaalslasten door het ziekenhuis te verschaffen
- Financieel model (Bijlage 4)

## Grenswaarden

criterium	Goed	Matig	Ongunstig
4.2.1 Dekking	Totale dekking > 1	Totale dekking < 1 Interestdekking > 1	Interestdekking <1

### Interpretatie

Het uitgangspunt is dat de opbrengsten uit de bedrijfs- en financiële activiteiten van het ziekenhuis ruim voldoende moeten zijn om de financiële interest- en kapitaalskosten te dekken. Als de dekking goed is, dan betekent dit dat het ziekenhuis meer dan voldoende opbrengsten heeft om haar interest- en kapitaalslasten te betalen.

Een totale dekking van 1 geeft aan dat de financiële lasten van het jaar net gedekt worden door de opbrengsten. Toch is een waarde van 1 niet noodzakelijk om aan de financiële verplichtingen te kunnen voldoen omdat niet-kaskosten al uit het bedrijfsresultaat zijn afgetrokken. Het is wel zo dat een waarde van 1 noodzakelijk is om depreciërende activa uiteindelijk te kunnen vervangen.

Een matige dekking betekent dat het ziekenhuis wel voldoende resultaat heeft geboekt om haar interestkosten te dekken, maar niet om haar totale jaarlijkse interest- en kapitaalslasten te dekken. Een interestdekking onder de 1 betekent dat het resultaat zelfs de interestlasten niet kan dekken. Ook hier is het mogelijk dat de cash flow van het jaar dat wel kan.

**criterium 4.2.2** **Geprojecteerde dekkingsgraad**

Zoals hierboven aangegeven is het niet voldoende om de huidige rentedekking na te gaan. Een projectie van de mate waarin toekomstige *cash flows* de additionele financieringskosten van de projecten van een masterplan kunnen dekken, is noodzakelijk.

 **Definitie**

De ‘*geprojecteerde dekking*’ wordt gedefinieerd als de verhouding tussen de projectie van toekomstige jaarlijkse cash flows onder het scenario waarin de investering plaatsvindt enerzijds en de toekomstige jaarlijkse kapitaalslasten anderzijds. Cash flow wordt hier gedefinieerd als het boekhoudkundig resultaat plus niet-kaskosten min niet-kasopbrengsten. In de definitie van cash flow zijn derhalve de interestlasten reeds afgetrokken. De kapitaalslasten die door de cash flow moeten gedekt worden, houden zowel de nog lopende als de nieuwe kapitaalslasten in die de nieuwe investeringen met zich meebrengen.

De verhouding wordt genomen voor een periode tot de ingebruikname van de infrastructuur op kruissnelheid is gekomen (met een minimum van 1 jaar na de ingebruikname van de infrastructuur van het laatste project uit het masterplan). Dit gebeurt wanneer de volledig uitwerking van de investeringen op de normale werking (en dus op de werkingskosten) van het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. Vanaf dan is geen verandering meer te verwachten in niveau van werkingskosten dat door de investeringen is teweeg gebracht.

 **Informatievereisten**

- Goed gefundeerde cash flow projecties
- Projecties van schulden
- Financieel model (Bijlage 4)

 **Grenswaarden**

<b> Criterium</b>	<b> Goed</b>	<b> Matig</b>	<b> Ongunstig</b>
4.2.2 Geprojecteerde dekkingsgraad	Jaarlijks steeds groter dan 1.2	Jaarlijks groter dan 1 maar kleiner dan 1.2 voor sommige jaren	Voor sommige jaren kleiner dan 1

 **Interpretatie**

Als de geprojecteerde dekking goed is, dan betekent dit dat de geprojecteerde cash flow ruim de kapitaalslasten kan betalen. De redenen waarom de grenswaarde hoger is dan 1 zijn tweevoudig. Ten eerste, omdat het enkel om projecties gaat en er een bepaalde buffer is ingebouwd voor minder goede jaren. Ten tweede, omdat een gerealiseerde waarde van 1 wel voldoende is om met de cash flow de kapitaalslasten te betalen maar niet voldoende is om bijvoorbeeld niet-subsidieerbare activa te vervangen. Cash flow kan uiteraard nog andere bestemmingen hebben dan de aflossing van schulden. Zelfs indien de geprojecteerde dekking matig of goed is, blijft het daarom erg belangrijk om ook na te gaan of de toekomstige rentabiliteits-, solvabiliteits- en liquiditeitspositie van het ziekenhuis niet gevoelig is verzwakt.

Bij een matige geprojecteerde dekking is de geprojecteerde cash flow net voldoende om de kapitaalslasten te betalen. De kans is dan ook groot dat tijdens een bepaald jaar deze cash flow te laag zal zijn om de financiële lasten te dragen. De kans is immers klein dat de geprojecteerde cash flow ieder jaar ook zal worden gerealiseerd. Daarenboven is het waarschijnlijk dat de financiële situatie van het ziekenhuis zal verzwakken indien vrijwel alle cash flow wordt toegewijd aan schuldaflissing.

Een ongunstige geprojecteerde dekking betekent dat de geprojecteerde cash flow tijdens een bepaald jaar niet voldoende is om de kapitaalslasten te betalen. De geplande leningen kunnen zelfs met de *geprojecteerde* cash flow niet worden terugbetaald, laat staan dat de gerealiseerde cash flows dit zouden kunnen.

**Vraag 4.3: Draagt de investering bij tot een aantoonbare verlaging van de algemene werkingskosten ?**

<b>Criterium 4.3</b>	<b>Verwachte efficiëntieverbetering door het niet-gesubsidieerde gedeelte van de investering</b>
----------------------	--

**Inleiding/doelstelling**

Een belangrijk element van de visie over het gezondheidsaanbod, is dat investeringen gebeuren aan een verantwoorde kost. Dit betekent dat, zelfs indien een verbetering in bijvoorbeeld de kwaliteit van het aanbod kan worden verwezenlijkt door een bepaalde investering, deze kwaliteitsverbetering op een kosten-efficiënte manier plaatsvindt. Zeker voor het aandeel van de investeringen dat het ziekenhuis zelf draagt (de 40%), zou het ziekenhuis minstens moeten kunnen aantonen dat de verlaging van de algemene werkingskosten zal plaatsvinden die groter is dan de door het ziekenhuis gedragen investerings- en financieringskosten.

**Definitie**

De ‘*verwachte efficiëntieverbetering door het niet-gesubsidieerde gedeelte van de investering*’ wordt in de vorm van een ratio uitgedrukt om investeringen van verschillende grootte met mekaar te kunnen vergelijken. De ratio bestaat uit de actuele waarde van de geprojecteerde verlaging in algemene werkingskosten over de actuele waarde van de geprojecteerde investeringskosten.

De projectie moet gebeuren voor hetzelfde aantal jaren als bepaald in criterium 4.2.2., dus tot de ingebruikname van de nieuwe infrastructuur op kruissnelheid is gekomen (met een minimum van 1 jaar na ingebruikname van de infrastructuur van het laatste project uit het masterplan). Dit gebeurt in het jaar waarin het effect van deze investeringen op het niveau van de werkingskosten is uitgewerkt. In de berekening van de actuele waarde van de verlaging in de werkingskosten kunnen de verlaagde werkingskosten (vergeleken met het niveau voor de investering) vanaf dat jaar dan ook beschouwd worden als een *perpetuïteit*.

De discontovoet die gehanteerd wordt, is gelijk aan de huidige interestvoet die door de bank kan worden verleend voor de duur van de lening en moet door het ziekenhuis worden verschaft.

Voor grote masterplannen dienen deze berekeningen te gebeuren per project. De uiteindelijke berekeningen van de efficiëntieverbetering zullen moeten worden uitgevoerd met behulp van het financieel model weergegeven in Bijlage 4, dat een integraal onderdeel van het masterplan zal moeten uitmaken.

**Informatiebehoeften**

- Financieel plan dat deel uitmaakt van het masterplan
- Projectie van verlaging van algemene werkingskosten te wijten aan de investering
- Projectie van toekomstige investeringskosten
- Interestvoet voor duur van lening
- Financieel model (Bijlage 4)

**Grenswaarden**

De investering wordt als volgt geëvalueerd:

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
4.3 Verwachte efficiëntieverbetering van het niet-gesubsidieerde gedeelte van de investering	> 1	tussen 0 en 1	< 0

**Interpretatie**

Een goede efficiëntieverbetering betekent dat de verlaging in de algemene werkingskosten groter is dan de investerings- en interestkosten van het niet-gesubsidieerde deel van de investering. Deze

efficiëntieverbetering kan zelfs 'zeer goed' genoemd worden wanneer de kostenverlaging de volledige kost (gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde deel) van de investering dekt.

Een matige efficiëntieverbetering betekent dat de investering de algemene werkingskosten wel verlaagt, maar dat dit niet opweegt tegen de kosten van het niet-gesubsidieerde deel van de investering. Een ziekenhuis scoort ongunstig wanneer de investering leidt tot hogere kosten.

#### **Hoofdstuk 4: Beoordeling en bijsturing van projectplannen (Fase 3)**

In Fase 3 van de voorgestelde VIPA-procedure worden de individuele projecten binnen een goedgekeurd masterplan verder uitgewerkt, beoordeeld en gerealiseerd in drie stappen:

- de definitieve beslissing tot subsidiëring
- de gunningsprocedure
- de vereffening

Bij de beoordeling van de projectplannen worden ongeveer dezelfde vragen gesteld als bij de beoordeling van de masterplannen, doch hier wordt in meer detail op een aantal aspecten ingegaan. Waar in de fase van de masterplannen globaal naar het concept van het nieuwe ziekenhuis gekeken werd, wordt hier specifiek naar de verschillende projecten en projectfasen gekeken. Aspecten zoals materialenkeuze, keuze van apparaten, specifieke architectonische of bouwkundige elementen komen hier aan bod. Ook wordt hier onderzocht wat subsidieerbaar is.

De vragen voor de beoordeling van projectplannen zijn :

Vraag 5: Beantwoordt het project aan de zorgtechnische vereisten van kwalitatief hoogstaande zorg ?

Vraag 6: Beantwoordt het project aan de stedenbouwkundige, bouwtechnische en veiligheidsvereisten ?

Vraag 7: Is de realisatie van dit project financieel verantwoord ?

**Vraag 5 : Beantwoordt het project aan de zorgtechnische vereisten van kwalitatief hoogstaande zorg ?**

Bij de beoordeling van de individuele projecten binnen een masterplan, wordt specifiek onderzocht of het project aan de zorgtechnische vereisten van kwalitatief hoogstaande zorg voldoet.

Hierbij worden de verschillende elementen rond kwaliteit en functionaliteit, die reeds in de masterplannen aan bod kwamen, terug nagekeken, doch in meer detail.

Daarnaast wordt specifiek gekeken naar:

- De kwaliteit van de aan te schaffen medische uitrusting en apparatuur (indien subsidieerbaar).
- Specifieke functionaliteitseisen en normen voor het betreffende project (b.v. inrichting van een dienst intensieve zorgen).
- De mogelijkheid om de verbouwingen uit te voeren zonder te veel de ziekenhuiswerking te storen.

Bij deze beoordeling hebben de inspecteurs van de Vlaamse administratie een belangrijke ondersteunende rol.

**Vraag 6: Beantwoordt het project aan de stedenbouwkundige, bouwtechnische en veiligheidsvereisten?**

De verschillende vereisten op het gebied van de bouw worden op een standaard wijze door de verschillende betrokken instanties gecontroleerd. Dit zijn wettelijke bouwnormen waaraan moet worden voldaan voordat met de bouw kan worden aangevangen. De verschillende bouweisen en de instanties die deze bouweisen beoordelen, worden weergegeven in onderstaande tabel:

<b>Instantie</b>	<b>Normen/eisen</b>	<b>Resultaat van de test</b>
Brandweer	Brandveiligheid	Brandveiligheidsattest
AROM	Stedenbouwkundige eisen (hebben voornamelijk betrekking op het bouwvolume)	Stedenbouwkundig attest
AROM	Bouwnormen (hebben betrekking op het soort bouw)	Bouwvergunning
AOGGI <sup>3</sup>	Type bestekken (materiaalkeuzen en specifieke bouwvereisten)	Goedkeuring lastenboek (projectplan)
AOGGI	NBN (technische bouwnormen)	Goedkeuring projectplan

In de projectfase worden alle gedetailleerde gegevens vermeld in een lastenboek waarop de verschillende aannemers kunnen bieden. Bij de projectfase beoordelen de ambtenaren van AOGGI de lastenboeken van de verschillende projecten. Hiervoor worden de KB's en MB's betreffende overheidsopdrachten gevolgd die hiervoor bestaan. Begin 1997 komen er nieuwe versies van deze KB's en MB's uit, die bij het opstellen en beoordelen van het lastenboek moeten worden gebruikt. Naast het juridisch nakijken van de dossiers levert AOGGI een actieve bijdrage tot het realiseren van het project en adviseren de inspecteurs de ziekenhuizen over o.a. materiaalkeuzen, apparaten en te gebruiken technieken.

---

<sup>3</sup> Administratie Overheidsopdrachten, Gebouwen en Gesubsidieerde Infrastructuur

### **Vraag 7: Is de realisatie van dit project financieel verantwoord ?**

In het stadium van de beoordeling van de projectplannen wordt het subsidieerbare bedrag definitief bepaald. Hiervoor worden dezelfde criteria gehanteerd als beschreven onder Vraag 4 voor de beoordeling van een masterplan.

Eénmaal het subsidieerbare bedrag gekend is, kan het financieel plan van het project in meer detail geëvalueerd worden op haalbaarheid.

Voor de bepaling van wat subsidieerbaar is, wordt verwezen naar de algemene bepalingen in de VIPA-brochure. In de werkgroep is naar voren gebracht dat de financiering van de daghospitaalinfrastructuur en eerste uitrusting, en de bekabeling voor informatica binnen het ziekenhuis ook subsidieerbaar zou gemaakt moeten worden.

Om de financiële aanvaardbaarheid van individuele projecten te beoordelen, worden vrijwel dezelfde criteria gehanteerd die werden voorgesteld ter evaluatie van het masterplan in het algemeen. Sommige criteria ter evaluatie van de financiële haalbaarheid van masterplannen hebben betrekking tot het ziekenhuis in het algemeen en dienen daarom niet meer te worden beantwoord. De financiële dekking is daar een goed voorbeeld van. Een ongunstige financiële dekking is een negatief signaal over het vermogen van het ziekenhuis om additionele financiële lasten te dragen.

Zoals bij de evaluatie van masterplannen, zullen de netto actuele opbrengsten van de projecten moeten worden uitgevoerd met behulp van het financieel model (Bijlage 4). Waar gefundeerde vuistregels volstaan als input voor de evaluatie van masterplannen in het algemeen, moet de kostenverdeling bij projecten gefundeerd worden met concrete en nauwkeurige gegevens.

De evaluatie van *individuele* projecten is niet wenselijk indien het rendement van een bepaald project duidelijk afhangt van de verwezenlijking van één of meerdere andere projecten. In dit geval dienen de samenhangende projecten gezamenlijk te worden geëvalueerd. Het bestaan van onmiskenbare synergieën tussen de realisaties van verschillende projecten moet door de initiatiefnemer duidelijk worden aangetoond.

# BIJLAGEN

- Bijlage 1:**      **Inhoudstabel van een masterplan**
- Bijlage 2:**      **Evaluatieformulieren voor de beoordeling van masterplannen**
- Bijlage 3:**      **Methode voor de berekening van het verantwoord aantal bedden**
- Bijlage 4:**      **Financieel model**

## **Bijlage 1: Inhoudstabel van een zorgstrategisch plan en een masterplan**

### **Inhoud van een masterplan**

Het masterplan van een ziekenhuis is een globale en beschrijvende schets met kostenraming van de door de initiatiefnemer geplande infrastructuur, met de uitvoeringstermijnen en een financieel plan. Het masterplan is de verdere uitwerking van het zorgstrategisch plan en moet aansluiten bij de ontwikkelingen en ambities die in het medisch-strategisch plan werden beschreven. Het masterplan bevat ten minste de volgende onderdelen:

#### **1. Uitgangspunten**

- Een beschrijving van de bestaande infrastructuur naar historisch en architectonisch belang, ouderdom, functionaliteit, gebruiksintensiteit, leefbaarheid, energie-efficiëntie, sterkten/zwakten
- Uitgangspunten en basisfilosofie voor het masterplan
- Documenten die aantonen dat bij de uitwerking van het masterplan overleg geweest is met alle belanghebbenden (beheerraad, medische raad, personeel, gemeentebestuur, brandweer, omwonenden, ...) dat idealiter geleid heeft tot een algemeen akkoord tussen de verschillende partijen.

#### **2. Architectonische voorstelling van het concept**

- Een beschrijving van de totaliteit van de investeringen die de initiatiefnemer in de komende tien jaren wenst te doen, met omschrijving van de doelgroep, de geplande capaciteit en oppervlakte per onderdeel
- Een globale schets van de investeringswerkzaamheden, waarop te zien zijn:
  - de inplanting en zoneringsplannen van terreinen, gebouwen, parkings, enz.
  - de ligging van de verschillende diensten en afdelingen van het ziekenhuis en de onderlinge samenhang van de diensten
  - de patiënten-, bezoekers-, personeels- en goederenstromen
- De fasering en de voorziene uitvoeringstermijnen
- De kostenraming

#### **3. Financieel plan**

- Een financieel plan voor de bedoelde investeringen inclusief prognose van de cash flow, waarin de invloed van de beoogde investering op de werkingskosten aangegeven wordt, en de financiële draagkracht van het ziekenhuis ten aanzien van de investeringslasten aangetoond wordt.

**Bijlage 2: Evaluatieformulieren voor de beoordeling van masterplannen**

**Fase 2 :Het masterplan**

- Vraag 3: Beantwoordt het masterplan aan de zorgtechnische en bouwtechnische vereisten van een performant ziekenhuis?
- Vraag 4: Is de realisatie van dit masterplan financieel verantwoord?

## Beoordeling en bijsturing van een masterplan

### Vraag 3      Beantwoordt het masterplan aan de zorgtechnische en bouwtechnische vereisten van een performant ziekenhuis?

criterium 3.1:   Flexibiliteit van het concept/de gebouwen

Flexibel		Niet/minder flexibel
Een relatieve laagbouw (maximum 6 bouwlagen)		Een relatieve hoogbouw (meer dan 6 bouwlagen)
Uitbreidingsmogelijkheden buiten het bestaande gebouw (ratio bebouwd/ onbebouwd < 60 %)	<—>	Relatief weinig uitbreidingsmogelijkheden buiten het bestaande gebouw (ratio bebouwd/ onbebouwd >60 %)
Eén gebouw en een campus		Meerdere gebouwen en/of campussen
Een architectonisch concept van het ziekenhuis dat verbouwingen/uitbreidingen gemakkelijk toelaat zonder de dagelijkse gang van zaken te beïnvloeden en zonder veel extra verbouwingkosten (voorbeelden zijn een raster of dendritisch bouwconcept)		Een architectonisch concept van het ziekenhuis waarbij verbouwingen/uitbreidingen niet /moeilijk kunnen worden uitgevoerd zonder de dagelijkse gang van zaken te beïnvloeden en/of veel extra verbouwingkosten opleveren (voorbeelden zijn een lineair of radiocentrisch bouwconcept)

Criterion 3.2: Functionaliteit van het concept

Goede functionaliteit	Matige functionaliteit	Ongunstige functionaliteit
Het operatiekwartier is strategisch verbonden met de spoedgevallendienst (niet van toepassing indien een operatiekwartier op de spoedgevallendienst aanwezig is), de intensieve zorgen, de verpleegafdeling heelkunde	Wijkt licht af van het ideale beeld	Wijkt sterk af van het ideale beeld
De polikliniek is strategisch verbonden met de beeldvormende afdeling, en het labo; de polikliniek is gemakkelijk van buitenaf bereikbaar	idem	idem
De operatiekamers liggen op de bovenste verdieping van de gebouwen (dit levert een hogere energie-efficiëntie op en is goedkoper)	idem	idem
De verpleegafdelingen zijn gegroepeerd per groep van functionele clusters of pathologieën	idem	idem
De keuken is strategisch verbonden met de verticale verbindingswegen voor de verpleegeenheden, en de aan- en afvoerwegen voor de voorraad	idem	idem
Bijzondere aandacht wordt besteed aan de inplanting van technische ruimten en kokers. Concentratie en bereikbaarheid langs gangen is nagestreefd i.p.v. verspreiding of bereikbaarheid doorheen afdelingen	idem	idem
Traveematen zijn in de eerste plaats een gevolg van functionele en ergonomische overwegingen eerder dan van bouwtechnische overwegingen	idem	idem

Criterion	Goed	Matig	Ongunstig
3.3 Circulatiestromen van patiënten, personeel goederen (interne circulatie), en bezoekers (externe circulatie)	Er is rekening gehouden met wachttijden (liften etc.) en loopafstanden. Dit heeft geleid tot een afzonderlijk stel circulatieplannen met goed gescheiden circulatiestromen. Het oordeelkundig inplanten van receptie en transportsystemen i.f.v. de circulatiestromen is daarop geënt.	Er kan maar in beperkte mate een scheiding van circulatiestromen worden aangebracht doordat het architectonische concept dit niet toelaat	Er wordt bij het concept geen rekening gehouden met de scheiding van de circulatiestromen
3.4 De wettelijke normen op het gebied van brandveiligheid, arbeidsomstandigheden, en milieu	Er wordt aan alle wettelijke voorschriften voldaan	Er wordt aan bijna alle wettelijke voorschriften voldaan; daar waar niet voldaan wordt aan de wettelijke vereisten is dit gemakkelijk bij te sturen	Er wordt niet aan alle wettelijke voorschriften voldaan en het is moeilijk om dit bij te sturen

Criterion	Goed	Matig	Ongunstig
3.5 Comfort en privacy van de patiënt	> 20% Eénpersoonskamers voor observatieafdelingen en volwassenendiensten		< 20 % Eénpersoonskamers voor observatieafdelingen en volwassenendiensten
	>50% Eénpersoonskamers voor de materniteit		< 50 % Eénpersoonskamers voor de materniteit
	>25% rooming-in mogelijkheden in pediatrische kamers		< 25% rooming-in faciliteiten in pediatrische kamers
	Alle kamers beschikken over individuele sanitaire voorzieningen		Een aantal kamers beschikt niet over individuele sanitaire voorzieningen

Criterium	Goed	Matig	Ongunstig
3.6: Informatie- en communicatietechnologie	Het concept voorziet de mogelijkheden van de uitbouw van een aangepast informatie- en communicatienetwerk. Dit systeem houdt goed rekening met de verwachte ontwikkelingen qua communicatie binnen het ziekenhuis, met andere ziekenhuizen en met de eerste lijn.	Het concept voorziet de mogelijkheden van de uitbouw van een aangepast informatie- en communicatienetwerk. Dit systeem houdt geen rekening met al de elementen passend bij de verwachte ontwikkelingen.	In het concept wordt geen rekening gehouden met het toenemende belang van informatie- en communicatietechnologie.
3.7: Infrastructuur voor daghospitalisatie	Er worden voldoende dagklinische plaatsen en ruimte weerhouden om in de toekomst 25 à 40% van het totaal aantal opnames in dagklinisch verband te kunnen opvangen.	Er worden dagklinische plaatsen en ruimte weerhouden, maar onvoldoende om in de toekomst 35 à 40% van het totaal aantal opnames in dagklinisch verband te kunnen opvangen.	Er wordt niet of nauwelijks rekening gehouden met voldoende dagklinische capaciteit.

## Vraag 4 Is de realisatie van dit masterplan financieel verantwoord?

### Vraag 4.1 Zijn de investeringskosten redelijk en verantwoord?

criterium	Goed	Matig	Ongunstig
4.1.1 Oppervlakte per bed - Algemeen ziekenhuis - Universitair ziekenhuis	<80 m <sup>2</sup> <120 m <sup>2</sup>	80-90 m <sup>2</sup> 120-130 m <sup>2</sup>	>90 m <sup>2</sup> >130 m <sup>2</sup>
4.1.2 Kosten per bed of m <sup>2</sup> - Nieuwbouw: kosten/bed - Uitbreiding: kosten/m <sup>2</sup> - Verbouwing: kosten/m <sup>2</sup>	Kosten van het masterplan liggen lager dan de op p.65 van de VIPA brochure beschreven maxima	Kosten van het masterplan liggen tot 10% boven de op p.65 van de VIPA brochure beschreven maxima	Kosten van het masterplan liggen meer dan 10% boven de op p.65 van de VIPA brochure beschreven maxima
4.1.3 Totale kosten van het masterplan versus kosten van nieuwbouw	Renovatie/verbouwing bedraagt minder dan 60% van de nieuwbouwwaarde van datzelfde ziekenhuis	Renovatie/verbouwing bedraagt tussen de 60-75% van de nieuwbouwwaarde van datzelfde ziekenhuis	Renovatie/verbouwing bedraagt meer dan 75% van de nieuwbouwwaarde van datzelfde ziekenhuis

**Vraag 4.2 Kan het ziekenhuis de investering dragen?**

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
4.2.1 Dekking	totale dekking > 1	totale dekking < 1 interestdekking > 1	interestdekking < 1
4.2.2 Geprojecteerde dekkingsgraad	jaarlijks steeds groter dan 1.2	jaarlijks groter dan 1 maar kleiner dan 1.2 voor sommige jaren	voor sommige jaren kleiner dan 1

**Vraag 4.3 Draagt de investering bij tot een aantoonbare verlaging van de algemene werkingskosten?**

<b>Criterium</b>	<b>Goed</b>	<b>Matig</b>	<b>Ongunstig</b>
4.3 Verwachte efficiëntieverbetering van het niet-gesubsidieerde gedeelte van de investering	> 1	tussen 0 en 1	< 0

### **Bijlage 3: Methode voor de berekening van het verantwoord aantal bedden**

#### **Huidig verantwoord aantal bedden en toekomstig verantwoord aantal bedden**

Met huidig verantwoord aantal bedden wordt bedoeld het totaal aantal erkende bedden gecorrigeerd voor de PAL/NAL en de minimale bezettingsgraad om aan de wettelijke normen te voldoen.

Met toekomstig verantwoord aantal bedden wordt bedoeld het aantal gerechtvaardigde bedden naar de toekomst toe, rekening houdend met de impact van de belangrijkste ontwikkelingstendenzen beschreven in fase 1 van de VIPA-studieopdracht. Hierin wordt globaal voor Vlaanderen over de volgende 10 jaar een ongeveer constant aantal klassieke opnames en een daling van het aantal verpleegdagen met 15% verwacht.

De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn de verdere substitutie naar daghospitalisatie en andere zorgvormen en de verdere verkorting van de gemiddelde verblijfsduur.

Het is de bedoeling dat het aanvragende ziekenhuis rekening houdt in het medisch strategisch plan en het masterplan met het huidig en het toekomstig verantwoord aantal bedden.

Het verantwoord aantal bedden wordt als volgt berekend:

- Huidig verantwoord aantal bedden:

$$(VD - PAL \text{ of } NAL) / (365 \times BG)$$

- Toekomstig verantwoord aantal bedden:

$$(VD - PAL \text{ of } NAL) / (365 \times BG) \times (1-f)$$

VD = aantal gerealiseerde verpleegdagen gedurende het dienstjaar x

BG = minimale bezettingsgraad voor het dienstjaar x van het aanvragende ziekenhuis berekend in functie van de minimale gemiddelde bezettingsgraden volgens de wettelijke normen per dienst (groep der volwassenen diensten: 80%; pediatriedienst (E): 70%; dienst voor intensieve neonatale zorg (N): 75%; materniteit (M): 70%; groep der psychiatrische diensten: 80%).

Voor de berekening van dit percentage worden de minimale gemiddelde bezettingsgraden van de verschillende diensten proportioneel in rekening genomen volgens de verhouding van het aantal bedden van de bedoelde groep van diensten ten opzichte van het totaal aantal bedden van het ziekenhuis.

f = dalingscoëfficiënt van het aantal verpleegdagen in de toekomst (in fase 1 van de VIPA studieopdracht is dit vastgesteld op -15%)

Deze berekening kan voor 3 opeenvolgende jaren gedaan worden om een gemiddelde te bekomen.

## Inleiding

Ten einde de financiële evaluatie van de VIPA-dossiers zowel voor de aanvragende ziekenhuizen als de evaluerende instanties te vereenvoudigen en standaardiseren, werd in het kader van de VIPA-studieopdracht een financieel model uitgewerkt, waarmee de relevante indicatoren en projecties betreffende het masterplan op een éénvormige manier kunnen berekend worden.

Het financieel model zal door de VIPA projectleiders op aanvraag ter beschikking gesteld worden van de ziekenhuizen, samen met de andere benodigde informatie voor de uitwerking van het zorgstrategisch plan en masterplan.

Het model bestaat uit een aantal Microsoft Excel 5.0 rekenbladen, die op de volgende pagina's zijn weergegeven. De witte ruimtes moeten door het ziekenhuis worden ingevuld. De donkere ruimtes van de rekenbladen moeten niet (en kunnen ook niet) worden ingevuld. Op de donkere ruimtes komt immers de verwerking van de gegevens van de ziekenhuizen, waaronder tenslotte de waarde van de verschillende criteria. Deze kunnen steeds helemaal onderaan de verschillende rekenbladen worden afgelezen.

Ter verduidelijking worden de verschillende rekenbladen beschreven.

### A.      Rekenblad 1: Performantie en dekking

Op dit rekenblad dient het ziekenhuis de balans en de resultatenrekening van de laatste drie jaren in te vullen alsook de waarde van de jaarlijkse kapitaalsaflossingen. Onderaan het rekenblad verschijnen dan de waarden voor de criteria van financiële performantie die gebaseerd zijn op deze rekeningen, namelijk de *gemiddelde winst van het boekjaar op eigen vermogen (2.3.1.a rentabiliteit op eigen vermogen)*, de *verhouding van het eigen vermogen op totaal vermogen (2.3.2. solvabiliteit)*, de *acid ratio (2.3.3. liquiditeit)* en de *interest- en totale dekking (4.2.1 dekkingsgraad)*.

### B.      Rekenblad 2: Geprojecteerde dekking

Op dit rekenblad dient het ziekenhuis het business plan in te vullen, op basis waarvan het *criterium 4.2.2. geprojecteerde dekkingsgraad* wordt berekend. De gegevens moeten gefundeerd worden met de nodige bijkomende berekeningen ter verduidelijking. Als regel geldt dat alle veranderingen over de jaren moeten worden uitgelegd. Bij het invoeren van de data mag geen rekening gehouden worden met verwachte inflatie.

Een paar gegevens worden hier nog toegelicht:

- Laatste jaar beschikbare rekeningen: verwijst naar het laatste jaar waarvoor de resultatenrekening beschikbaar is. De gegevens hiervan worden in geaggregeerde vorm in de eerste kolom hier weer ingevoerd.
- Laatste jaar business plan: verwijst naar het jaar waarin de ingebruikname van de infrastructuur op kruissnelheid is gekomen, met een minimum van 1 jaar na de ingebruikname van de infrastructuur van het laatste project van het masterplan.
- De ingevoerde gegevens van rubriek 4 van de opbrengsten *Niet elders geboekte opbrengsten* en van rubriek 6 van de kosten *Niet elders geboekte kosten* dienen in

detail te worden uitgelegd. Deze bestaan uit kosten en opbrengsten die niet eerder vermeld zijn en ook niet onder overige bedrijfsopbrengsten (74) en overige bedrijfskosten (64) van de resultatenrekening vallen. Andere bedrijfskosten van de kosten dienen in detail te worden uitgelegd.

- Zowel rubriek 1 *Vorraden en leveringen*, als rubriek 2 *Diensten en bijkomende rekeningen* van de kosten stemmen overeen met de minimumindeling van het algemeen rekeningstelsel van ziekenhuizen (MARZ).
- In rubriek 3 *Bezoldigingen personeel* dienen alle kosten, dus ook de sociale lasten, van het personeel te worden berekend.
- De afschrijvingen worden opgesplitst in afschrijvingen op bestaande investeringen en afschrijvingen op investeringen in het masterplan.

C. Rekenblad 3: Aannames business plan

Dit supplementair rekenblad is voorzien om een aantal aannames van rekenblad 2 te helpen verduidelijken. Het gaat hier om het verpleegdagprijsbudget, de supplementen voor de kamers en de forfaits voor daghospitalisatie van het R.I.Z.I.V. en de personeelskosten. Vele gegevens uit rekenblad 3 (zoals bijvoorbeeld de 'bijkomende financiering' in de verpleegdagprijs) dienen daarbij nog in meer detail uitgelegd te worden.

D. Rekenblad 4: Efficiëntieverbetering

Met de gegevens van dit rekenblad wordt de waarde van de *verwachte efficiëntieverbetering door het niet-gesubsidieerde gedeelte van de investering* (Criterium 4.3.) berekend.

De discontovoet is de huidige interestvoet die door de bank kan worden verleend voor de duur van de lening ter financiering van de investering.

De ingevoerde gegevens van rubriek 5 *Niet elders vermelde bedrijfskosten* (die dus niet onder code 64 van de resultatenrekening vallen) moeten in detail worden uitgelegd.

De gegevens over kostenverlaging drukken altijd de verlaging in kosten uit per rubriek vergeleken met het laatste jaar van de bestaande beschikbare jaarrekeningen. Een kostenverhoging wordt met een negatief getal uitgedrukt.