

Planning en bouw in België en Duitsland

Achtergrondstudie

Dr. Y.W. van Kemenade (RVZ)

Drs. F. Bisschop (CvZ)

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Cijfers vergelijkenderwijs	5
1.3	Inhoud studie	7
2.	Planning en bouw in België	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Financiering en bekostiging gezondheidszorg	9
2.3	Planning en bouw	11
3.	Planning en bouw in Duitsland	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Financiering en bekostiging gezondheidszorg	15
3.3	Planning en bouw	18
3.4	Reformgesetz: januari 1996	21
4.	Planning en bouw vergeleken	24
4.1	Inleiding	24
4.2	Karakteristieken van het planning- en bouwsysteem	24
4.3	Conclusies	27

1.1 Inleiding

In een tijd waarin veel aandacht uit gaat naar deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen wordt er opvallend weinig gekeken naar de wijze waarop andere landen op dit terrein bezig zijn. Bij het ontwikkelen van plannen voor de herziening van ons planning- en bouwregime zou het nuttig kunnen zijn om te kijken of ervaringen in het buitenland zijn opgedaan met het systeem zoals dat het ministerie van VWS thans voor ogen staat.

In het najaar 1995 is door de Raad advies uitgebracht over de herziening van de WZV (95/WZV). Deze achtergrondstudie, waar wordt ingegaan op de planning en bouwregimes in België en Duitsland, kan worden beschouwd als een aanvulling hierop. België en Duitsland zijn gekozen omdat dit de ons omringende landen zijn en de verzekeringssystemen enigszins vergelijkbaar zijn met de Nederlandse.

1.2 Cijfers vergelijkenderwijs

De uitgaven van gezondheidszorg als % BNP liggen in de 3 landen niet zo ver uit elkaar: Nederland 8,7%, gevolgd door Duitsland met 8,6% en België met 8,3% (1993).

Geografisch gezien is Duitsland vele malen groter dan Nederland en België. Dat Duitsland bijna tienmaal zo groot is als Nederland en België is van belang bij het verschil in de inhoud en strekking van de nationale wetgeving van planning en bouw.

Verder heeft Duitsland vijf keer zoveel inwoners in absolute aantallen als Nederland en achtmaal zoveel als België. De verdeling van de absolute aantallen algemene en academische ziekenhuizen (1991-1992) is als volgt: België heeft 60% meer ziekenhuizen dan Nederland, Duitsland twintigmaal zoveel dan Nederland, het totaal aantal bedden in absolute aantallen is in Duitsland tienmaal zoveel als in Nederland en België (zie tabel 1).

Tabel 1: Enkele kerncijfers

	België	Duitsland	Nederland
uitgaven gezondheidszorg als % van het BNP (1993)	8.3%	8.6%	8.7%
oppervlakte in km ²	30.520	356.840	41.160
aantal inwoners	9.845.000	78.5000.000	15.019.000
aantal ziekenhuizen	192	2.112	113
aantal bedden	55.493	578.621	50.427

Deze absolute cijfers zeggen in eerste instantie niet zoveel. Om meer inzicht te krijgen in de betekenis hiervan moeten zij aan elkaar worden gerelateerd. Zo is de gemiddelde adherentie van een ziekenhuis in Nederland het grootst met 132.900 inwoners per ziekenhuis, gevolgd door België met 51.276 en Duitsland met 37.168. Ook heeft Nederland het grootste aantal bedden per ziekenhuis (446 bedden) vergeleken met 289 bedden in België en 274 bedden in Duitsland. Het beddenpromillage (het aantal bedden per 1.000 inwoners) is in Duitsland het grootst met 7,4 bedden per 1.000 inwoners, gevolgd door België met 5,6 en Nederland met 3,4.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat Nederland gemiddeld aanzienlijk grotere ziekenhuizen heeft in vergelijking met België en Duitsland.

Verder bedraagt de straal tot het ziekenhuis in Nederland gemiddeld 10,7 km², in Duitsland 7,3 km² en in België 7,1 km² (tabel 2). Om aan deze gegevens conclusies te kunnen verbinden is een aantal andere gegevens noodzakelijk, zoals taakverdelingen tussen ziekenhuizen, wat wordt onder ziekenhuiszorg verstaan, aanwezigheid topklinische zorg, e.d.

Tabel 2: Enkele gegevens over de spreiding van ziekenhuizen

	België	Duitsland	Nederland
gemeten adherentie per ziekenhuis	51.276	37.168	132.900
gemiddeld aantal bedden/per ziekenhuis	289	274	446
aantal bedden per 1.000 inwoners	5.6	7.4	3.4
gemiddelde straal tot ziekenhuis (km)	7.1	7.3	10.7

De uitgaven van de ziekenhuiszorg in de drie landen zijn niet geheel vergelijkbaar, omdat de componenten die onder de titel ziekenhuiszorg bekostigd worden in de drie landen niet hetzelfde zijn. Bij een vergelijking van cijfers moet erop worden gelet of een aantal aspecten expliciet in de cijfers is meegenomen. Indien specialisten in dienstverband werkzaam zijn, zoals in Duitsland, zullen de specialistenhonoraria in de uitgaven van het ziekenhuis zijn meegenomen, dit in tegenstelling tot de landen waar de specialisten over het algemeen vrij gevestigd zijn (België, Nederland). De functie en taakstelling van een ziekenhuis vertoont grote verschillen. In Duitsland hebben de ziekenhuizen bijvoorbeeld geen poliklinische faciliteiten. De specialisten hebben private praktijken die onderdeel zijn van de eerstelijns gezondheidszorg. Deze andere vormgeving van de zorg heeft direct invloed op de uitgaven van de ziekenhuiszorg. Ook de wijze waarop een vergoeding van de kapitaallasten wordt verkregen is van belang; in Duitsland en België krijgen de ziekenhuizen hiervoor een subsidie van de overheid. Deze bedragen worden daardoor geheel of gedeeltelijk buiten de uitgaven van de ziekenhuizen gehouden. In Nederland maken de kapitaallasten onderdeel uit van de ziekenhuisbudgetten en dus van de uitgaven van de ziekenhuissector. Niet traceerbaar is of alleen de publieke ziekenhuizen of ook bijvoorbeeld de 14% private ziekenhuizen in Duitsland in de uitgaven van de ziekenhuiszorg in dit land zijn meegenomen.

De totale uitgaven van de zorg in ziekenhuizen in België en Duitsland zijn niet bekend, omdat deze indeling in deze landen niet gebruikelijk is.

Een vergelijking van de totale uitgaven van de intramurale zorg als percentage van de totale uitgaven van de gezondheidszorg is niet verhelderend (zie tabel 3). De intramurale zorg bestaat namelijk uit langdurige zorg en ziekenhuiszorg die geleverd wordt in de ziekenhuizen en andere intramurale instellingen. De totale uitgaven van de intramurale zorg in Nederland bedraagt 54% van de totale uitgaven van de gezondheidszorg, dit in vergelijking met België en Duitsland waar deze bedragen liggen op respectievelijk 35% en 37%. In België en Duitsland is de care-sector veel minder ontwikkeld dan in Nederland en valt de meerderheid van de care-voorzieningen niet onder de gezondheidszorg. Het aandeel van de ziekenhuisbedden in het totaal aantal bedden is in Nederland het kleinst (36%) hetgeen betekent dat 64% niet-ziekenhuisbedden zijn. Deze verhoudingen zijn in België en Duitsland omgedraaid.

Een vergelijking van uitgavencijfers van ziekenhuiszorg wordt bemoeilijkt door de verschillende functies van ziekenhuizen in de drie landen, de betekenis van de cijfers (inclusief, exclusief care-voorzieningen) en de verschillen in de care-sector.

Tabel 3: Uitgaven gezondheidszorg, ziekenhuizen en het aantal bedden voor 1993

variabelen	Nederland	België	Duitsland
------------	-----------	--------	-----------

totale uitgaven ziekenhuizen/ totale uitgaven gezondheidszorg (%)	32.4	n/a	n/a
totale uitgaven ziekenhuizen/ totale uitgaven ziekenhuiszorg(%)	59.5	n/a	n/a
totale uitgaven intramurale zorg/ totale uitgaven gezondheidszorg(%)	54.4	35.2	37.2
ziekenhuis bedden, aantal per 1.000 inwoners	4.1	4.8	7.2
ziekenhuis bedden/totaal aantal bedden	36.0	62.1	70.7 (1992)

De gepresenteerde cijfers geven inzicht in de omvang van de uitgaven van de gezondheidszorg, ziekenhuizen en het aantal bedden, maar zijn niet geheel met elkaar te vergelijken.

Dit moet in het achterhoofd worden gehouden bij de vergelijking die wordt gemaakt tussen systemen, zoals bijvoorbeeld de vergelijking tussen planning- en bouwregimes.

1.3 Inhoud studie

In de hoofdstukken 2 en 3 zal respectievelijk worden ingegaan op de planning en bouw in België en Duitsland. De opbouw van de hoofdstukken is als volgt. Om een vergelijkbaar inzicht te krijgen in het planning- en bouwbeleid is ervoor gekozen dit beleid te bespreken aan de hand van dezelfde aspecten.

De hoofdstukken starten met een beschrijving van de financiering van de gezondheidszorg in het betreffende land, gevolgd door de bekostiging van de ziekenhuizen.

Vervolgens wordt de planning en bouw in België en Duitsland beschreven aan de hand van de volgende aspecten:

- wettelijke regeling
- planning- en bouwprocedures
- bekostiging investeringen
- topklinische zorg

In hoofdstuk 3 zal ook worden ingaan op de hervormingen die per januari 1996 in Duitsland zijn ingevoerd met betrekking tot de ziekenhuisfinanciering. Met deze hervormingen is in Duitsland een nieuwe discussie op gang gekomen, die voor Nederlandse ontwikkelingen interessant kan zijn. In hoofdstuk 4 wordt een vergelijking gemaakt tussen de planning en bouw in België, Duitsland en Nederland. Deze vergelijking concentreert zich rondom een aantal essentiële aspecten: invloed partijen, behoeftebegrip, duale bekostiging, topzorg, financiële begrenzingen en planning en bouwregimes.

2.1 Inleiding

België is verdeeld in 3 Gewesten en 4 Gemeenschappen die ieder andere verantwoordelijkheden en bevoegdheden hebben. De Gewesten hebben voornamelijk de bevoegdheden op de economische aangelegenheden (huisvesting, ruimtelijke ordening) en de Gemeenschappen op de persoonlijke aangelegenheden (onderwijs, cultuur, welzijn en gezondheid).

De bevoegdheden op gemeenschapsniveau zijn bij staats Hervormingen van 1990 sterk begrensd. Zij hebben in de naam van de wet volledige bevoegdheid, met uitzondering van: de basiswetgeving, de financiering en de sociale zekerheid. Deze drie zaken worden federaal geregeld. De ziekteverzekering is ook federaal gebleven. De exploitatiekosten, de organisatiewetgeving, de infrastructuur en de erkenningsnormen hebben allen met deze uitzonderingen te maken en worden dus federaal geregeld. In de wet wordt dus gepretendeerd dat de Gemeenschappen meer bevoegdheden krijgen, maar in de praktijk blijkt dit door de vele uitzonderingen die op federaal niveau worden bepaald, niets in te houden.

De nationale overheid (ministerie van sociale zaken) draagt zorg voor de inhoud van het verplichte verstrekkingenpakket, voor de hoogte van de premies en voor de overeenkomsten tussen zorgverleners en ziekenfondsen. Verder speelt de nationale overheid een centrale rol in de kostenbeheersing van de gezondheidszorg, door onder andere het vaststellen van de ziekenhuisbudgetten, de hoogte van de tarieven en een budget voor de totale gezondheidszorguitgaven. De overheid van de desbetreffende gemeenschap is verantwoordelijk voor de planning en (gedeeltelijk) voor de financiering van ziekenhuisinvesteringen, voor de gezondheidszorgvoorlichting en voor de preventieve gezondheidszorg.

2.2 Financiering en bekostiging gezondheidszorg

België heeft sinds 1945 een verplichte ziektekostenverzekering; nagenoeg de gehele bevolking (99%) is hierbij verzekerd. De gezondheidszorg wordt gefinancierd uit een combinatie van verzekeringspremies (54,5%), belastingen (32%) en eigen betalingen (13,5%).

De verzekeringspremies worden betaald door werknemers (3,55% van hun loon zonder maximumgrens) en werkgevers (3,80%). De weduwen, wezen, invaliden en oud-gepensioneerden met lage inkomens (ook wel de WIGW-groep met voorkeursregeling genoemd) zijn vrijgesteld van contributies.

Wat betreft de dekking van de ziektekosten kan er een onderscheid worden gemaakt in: het *algemene stelsel*, dat zowel grote¹ als kleine² risico's dekt voor werknemers, ambtenaren, gepensioneerden, invaliden en hun afhankelijken (85% van de bevolking) en het *stelsel voor de zelfstandigen* (eigen bazen), dat alleen grote risico's dekt (15% van de bevolking). Ongeveer 70% van de zelfstandigen verzekert zich vrijwillig bij een ziekenfonds, ter dekking van de kleine risico's. Verblijfskosten voor langdurige zorg zitten niet in het basispakket, evenmin het ziekenvervoer per ambulance.

Financiering Belgische gezondheidszorg

De verplichte ziektekostenverzekering wordt uitgevoerd door vijf historisch-ideologisch gekleurde ziekenfondsen (Landenbonden). Elke Landenbond is samengesteld uit federaties die per streek de eigenlijke ziekenfondsen groeperen. De voornaamste verantwoordelijkheid van de Landenbonden is het beheren van de nationale ziektekostenverzekeringprogramma's. De ziekenfondsen krijgen hun inkomsten van en worden gecontroleerd door het Rijks Instituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het RIZIV is samengesteld uit vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers, zorgaanbieders, ziekenfondsen en de overheid. Naast de verplichte ziektekostenverzekering bieden de ziekenfondsen ook vrijwillige aanvullende verzekeringen aan. Het aandeel van de particuliere verzekeraars op de markt is klein, minder dan 2%.

Het ruime aanbod van openbare (32% van de bedden) en particuliere (68% van de bedden) ziekenhuizen is ongelijk verdeeld over het land. Ziekenhuizen worden prospectief gebudgetteerd en zijn gebonden aan een ligdagenquotum.

In België is de huisarts geen poortwachter en er is een hoge artsendichtheid. De vrij gevestigde specialisten, werkzaam in een privépraktijk, behoren in België tot de eerstelijnsgezondheidszorg. Er zijn amper wachtlijsten vanwege de grote

ziekenhuis- en artsendichtheid.

In België worden voor bijna alle voorzieningen eigen bijdragen geheven. Dit houdt in dat er voor huisartsen-, paramedische, specialisten-, en tandheelkundige hulp, voor geneesmiddelen, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en voor ouderenzorg een bepaald percentage of een forfaitair bedrag door de patiënt moet worden betaald. Voor de ziekenhuiszorg, intramurale geestelijke gezondheidszorg en de intramurale voorzieningen in de ouderenzorg hebben de eigen bijdragen betrekking op de verblijfskosten die zelf betaald dienen te worden. De verpleeg-, verzorgings- en behandelingskosten zijn bijdragevrij voor de ziekenhuiszorg en de ouderenzorg; een inkomensafhankelijke eigen bijdrage wordt geheven voor de behandelkosten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg. De eigen bijdragen kunnen aanvullend worden verzekerd, maar hier wordt weinig gebruik van gemaakt. Alleen eigen bijdragen bij de ziekenhuiskosten worden door de meeste Belgen aanvullend verzekerd.

De hoogte van de verpleegdagarieven wordt door de federale minister van Volksgezondheid³ per ziekenhuis bepaald. Deze hangt af van de kosten van het ziekenhuis en een genormeerd aantal verpleegdagen. Dit genormeerde aantal verpleegdagen wordt bepaald door uit te gaan van genormeerde bezettingsgraden voor de verschillende categorieën bedden. Indien de bezetting hoger is dan het genormeerde aantal verpleegdagen, krijgt men voor dit teveel aan verpleegdagen slechts de variabele kosten uitbetaald. Voor het meerdere boven de 100% wordt geen enkele vergoeding gegeven. Indien de bezetting lager is dan de norm krijgt men de vaste kosten wel volledig vergoed, maar worden de variabele kosten vergoed op basis van de feitelijke bezetting.

De bekostiging op basis van de verpleegdagprijs vindt voor 3/4 plaats door sociale verzekeringsgelden en 1/4 wordt bekostigd uit de begroting van de federale overheid. De ziekenhuizen innen de verpleegdagarieven bij het ziekenfonds waar de patiënt is aangesloten.

De inkomsten van het ziekenhuis bestaan uit:

1. de verpleegdagarieven. Deze worden dus per instelling vastgesteld door het federale ministerie voor gezondheidszorg;
2. de honoraria van de medische diensten. De specialisten werkzaam in een ziekenhuis zijn vrij ondernemer maar moeten, omdat zij werkzaam zijn in het ziekenhuis en gebruik maken van de infrastructuur van het ziekenhuis, een deel van hun honorarium (circa 40%) afstaan aan het ziekenhuis. Over de hoogte van het aandeel dat de specialisten moeten afstaan wordt jaarlijks met de directie van het ziekenhuis onderhandeld;
3. vergoedingen/subsidies voor bouw (30 jaar afschrijving) en apparatuur (5 jaar afschrijving). In de regel wordt 60% van de investeringen (nadat de planning en erkenning is afgegeven) door de Gemeenschap als subsidie aan het ziekenhuis gegeven vanuit een daarvoor gevormd fonds. De overige 40% moet door de instelling zelf worden opgebracht. Dit betekent dat de rente en afschrijvingskosten door de inkomsten van het ziekenhuis gedekt moeten worden. Het verpleegdagtarief wordt echter niet voor deze kosten aangepast.

Bekostiging Belgische ziekenhuizen

De specialisten zijn alleen gebudgetteerd op federaal niveau. Een spanning is ontstaan tussen de gemeenschap en de RIZIV, omdat de RIZIV ook verpleegdagarieven vergoed aan niet-erkende diensten en de verrichtingen van specialisten worden vergoed ongeacht waar ze worden verricht.

2.3 Planning en bouw

Planning en bouw zijn in België geregeld in de *Ziekenhuiswet*. Deze wet heeft betrekking op algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen.

Artikel 26 van deze wet bepaalt dat het in principe *verboden* is te bouwen. Onder bouwen wordt hier verstaan, zowel uitbreiding, instandhouding als bestemmingswijziging. Het overtreden van dit verbod kan leiden tot sancties die in de wet zelf zijn geregeld (maximaal drie maanden gevangenisstraf). In de praktijk wordt dit verbodsartikel niet strikt opgevolgd, ziekenhuizen proberen ook zonder erkenning iets op te zetten en vervolgens worden de normen versoepeld zodat het ziekenhuis alsnog een erkenning krijgt.

Een ontheffing van het bouwverbod is mogelijk wanneer het ziekenhuis past binnen de zogenaamde programmatie-criteria. Als een project voldoet aan de programmatie-criteria krijgt men een vergunning. Deze programmatie-criteria zijn te vergelijken met de Nederlandse planningsrichtlijnen (bijvoorbeeld aantal bedden per 1.000 inwoners). Zo worden voor de relevante diensten tezamen 2,9 bedden per 1.000 inwoners toegestaan. De bedden voor geriatrie zijn gekoppeld aan de bevolking ouder dan 65 jaar, terwijl de bedden op de kraamdiensten gekoppeld zijn aan het aantal geboorten.

Voordat een bouwproject mag starten zijn nog een exploitatievergunning, een toetsing aan erkenningsnormen en een subsidiatoekenning nodig. Hierop wordt in de beschrijving van het bouwbeleid teruggekomen.

Wettelijke regeling

De inrichting van de hierboven beschreven wetgeving en de hier beschreven uitwerking in de vorm van programmatie-criteria is een zaak van de federale overheid. De toepassing van de wet is een zaak van de gemeenschapsoverheid. Voor de ziekenhuizen worden de programmatie-criteria toegepast op ziekenhuisregio's die uit een aantal gemeenten bestaan, voor de psychiatrische ziekenhuizen worden de benodigde capaciteiten per provincie berekend.

Planning en bouw kent drie sturingsmechanismen:

- planningsvergunning
- exploitatievergunning
- erkenningsnormen.

Planning- en bouwprocedures

Planningsvergunning

De planningsnormen worden federaal vastgesteld (deze zijn vanaf 1970 niet meer veranderd). Behoeftenormen worden vastgesteld van functie-bedden. Aan een aantal functies zijn kengetallen toegekend, zoals bijvoorbeeld de D-bedden voor interne geneeskunde. Per functie of eigenlijk per dienst wordt het aantal bedden per 1000 inwoners gepland per ziekenhuisregio. De gemeenschap gaat aan het werk met deze planningsnormen en toetst de aanvragen hieraan.

Exploitatievergunning

In de jaren tachtig was er sprake van een overcapaciteit aan bedden, er waren meer bedden via bouwprojecten gerealiseerd dan in overeenstemming was met de normen. Het hebben van een planningsvergunning was voor 1982 niet gekoppeld aan een exploitatievergunning en dus ook niet aan de financiering. Indien met bouwen was begonnen omdat men een planningserkenning had, kon het gebeuren dat de bouw moest worden stopgezet, omdat men geen exploitatievergunning kreeg.

Na 1982 zijn de planningsvergunning en de exploitatievergunning geïntegreerd. Bij de afgifte van een planningsvergunning wordt tevens gekeken of dit aan het moratorium voldoet, dus of inderdaad andere bedden worden ingeleverd (en de erkenning elders kan worden ingeleverd). Door het bestaan van dit moratorium zijn ziekenhuizen bedden gaan verhandelen op een 'zwarte markt'. Wil een ziekenhuis een aanvraag indienen voor bijvoorbeeld 30 bedden voor interne geneeskunde, dan dient deze te bewijzen dat elders 30 bedden worden gesloten. Hiervoor worden vaak contracten afgesloten met andere ziekenhuizen, die hun bedden te koop kunnen aanbieden. Indien een ziekenhuis zijn bedden verkoopt, wordt de erkenning voor deze bedden ook ingetrokken. De exploitatievergunning is te vergelijken met de erkenningsbeschikking in Nederland: een toelating tot het systeem van de collectieve financiering.

Dit fenomeen van een dergelijke 'zwarte markt' voor erkende bedden dat in de praktijk is ontstaan, kan worden beschouwd als een vorm van capaciteitssanerend. Er werd een stimuleringsbeleid gevoerd voor de afbouw van beddenaanpak. Bij sluiting of het stopzetten van bouw had men recht op een vergoeding. Het ziekenhuis dat bedden inlevert kan overigens een financiële tegemoetkoming krijgen in de uit de sluiting voortvloeiende kosten. Dat het voor sommige ziekenhuizen aantrekkelijk kan zijn om bedden te verkopen, heeft te maken met de gehanteerde budgetsystematiek die bij een te lage bezettingsgraad slechts een zeer beperkte kostendekking geeft. Deze zwarte handel in erkende bedden lijkt overigens niet te leiden tot een evenwichtiger capaciteitsverdeling. Het aantal ziekenhuisbedden in de regio Gent, dat reeds relatief hoog is, lijkt bijvoorbeeld nog verder toe te nemen ten koste van regio's met relatief weinig

bedden. Verder kan nog worden opgemerkt dat, naast het kopen en verkopen van bedden, ook omzetting van bedden in een aantal nieuwe categorieën, zoals revalidatiebedden, mogelijk is.

Erkenningsnormen

Als derde criterium moet een ziekenhuis dat een bouwproject wil realiseren na het hebben van een plannings- en exploitatievergunning voldoen aan de federaal vastgestelde erkenningsnormen. Dit zijn normen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Gedacht moet bijvoorbeeld worden aan bepaalde kwalificaties van het personeel wat aanwezig dient te zijn, bouwvoorschriften e.d. Deze erkenningsnormen zijn een voorwaarde om als zodanig te mogen functioneren. Voldoet men aan het derde criterium, de erkenningsnormen, dan mag men overgaan tot de financiering van de kosten via de verpleegdagtarieven.

Als op federaal niveau de erkenningsnormen worden gewijzigd, dienen de Gemeenschappen dat zo uit te voeren. Dit betekent dat er meer aanvragen zullen komen en de Gemeenschappen deze aanvragen in behandeling dienen te nemen en afhankelijk van de hoogte van hun jaarlijkse budget voor investeringen deze datzelfde jaar of de jaren erop dienen te vergoeden.

De gemeenschappen kunnen deze aanvragen wel spreiden in de tijd maar dienen ze wel toe te passen, want de instellingen moeten aan de nieuw gestelde eisen voldoen.

Het toekennen van subsidiebesluiten is de verantwoordelijkheid van de gemeenschapsoverheid en wordt uitgevoerd door een fonds, het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). Zij keuren bouwplannen, stellen investeringssubsidies vast en bepalen een prioriteitsvolgorde van de ingediende initiatieven. Instellingen die willen bouwen of verbouwen moeten hun project indienen, voorzien van tekeningen, investeringsramingen en dergelijke. Ook moet een zogenaamd masterplan bijgevoegd worden, waaruit blijkt wat het ziekenhuis de komende 10 jaar aan zijn huisvestingsbeleid denkt te moeten doen.

Wanneer het initiatief voldoet aan de te stellen bouwkundige criteria en uiteraard reeds in een eerder stadium aan de programmacriteria is getoetst, kan de hoogte van de toe te kennen subsidie worden bepaald. De omvang van de toe te kennen subsidiebedragen is niet afgeleid van de werkelijke omvang van het project, maar van een normatieve oppervlakte (bijvoorbeeld 80 m² voor een algemeen ziekenhuisbed, 120 m² voor een bed in een academisch ziekenhuis en 67 m² voor een bed in een psychiatrisch ziekenhuis). Indien het tot realisatie van een project komt, wordt een subsidie in termijnen uitbetaald, rekening houdende met de voortgang van de bouw. In beginsel bedraagt de subsidie bij verbouwingen 60% van de goedgekeurde investeringsraming, bij uitbreidingswerken bedraagt deze 75%. Dat voor een deel van de investeringskosten een subsidie wordt verleend, betekent uiteraard dat er nog 25-40% van het investeringsbedrag overblijft, dat op een andere wijze gefinancierd dient te worden. De rente- en afschrijvingskosten die voortvloeien uit het niet gesubsidieerde investeringsdeel worden hierbij geacht in de verpleeggelden opgenomen te zijn (geen aanpassing van verpleegdagprijs). Wel wordt de financiering van deze middelen vergemakkelijkt, doordat het VIPA voor het niet te subsidiëren gedeelte van het investeringsbedrag als waarborgfonds optreedt.

Bekostiging investeringen

De controle op de bouw en de naleving van de erkenningsnormen wordt gedaan door de inspectie, die onderdeel uitmaakt van het Vlaamse ministerie.

Het aantal aanvragen waarvoor een investeringssubsidie verleend kan worden, overtreft de beschikbare middelen, zodat het aanbrengen van een fasering noodzakelijk is. Ten behoeve van dit proces wordt er elk trimester een begrotingsschijf beschikbaar gesteld, waarbij voor de invulling tevens een aantal prioriteitscriteria zijn gesteld. Deze criteria zijn:

1. brandveilig maken van bestaande voorzieningen;
2. aanpassen aan de erkenningsnormen (kwaliteitseisen);
3. aanpassen aan de hedendaagse eisen inzake comfort en materiële zorg-omkadering;
4. uitbreiding van capaciteit vanwege functionele en exploitatie redenen;
5. voor nieuwbouw geeft men prioriteit aan dagverzorgings- en dienstencentra;
6. het bouwen van nieuwe rusthuizen.

In de praktijk worden deze criteria met enig beleid gehanteerd. Dit is nodig om bijvoorbeeld te voorkomen dat een project voor bijvoorbeeld het laagste prioriteitscriterium niet aan bod kan komen door het aanbod van projecten die volgens bovengenoemde criteria urgenter zijn. In de praktijk wordt er derhalve voor gezorgd dat er een redelijke mix van projecten tot stand kan komen.

De Belgische Ziekenhuiswet biedt de mogelijkheid om een restrictief beleid te voeren ten aanzien van topklinische zorg (zware diensten). In de praktijk is men van het hanteren van deze restrictie afgestapt. De gedachte was dat het aantal zware diensten ook op andere wijze te beperken zou zijn. Zo heeft men *kwaliteitseisen* geformuleerd ten aanzien van omvang, aanwezige specialismen, minimum produktieniveau en dergelijke. Gezien het feit dat een groot aantal instellingen niet aan deze criteria voldeden, verwachtte men dat er vanzelf een soort koude sanering zou ontstaan. In plaats daarvan hebben echter vrijwel alle ziekenhuizen zich ingespannen om alsnog aan de gestelde kwaliteitseisen te voldoen, dan wel nieuwe functies op het niveau van deze eisen te gaan uitvoeren. De resultaten van dit beleid spreken voor zich. België heeft momenteel bijvoorbeeld de grootste dichtheid van de hartcatheterisatie. Vrijwel alle instellingen begonnen met deze functie. Na 2-3 jaar werd pas getoetst of aan de minimale normen was voldaan. Er werden derhalve ook teveel verrichtingen in deze zware diensten uitgevoerd in vergelijking tot datgene dat overeenkwam met de behoefte.

Door deze wildgroei werd er een moratorium ingesteld voor de zwaar medische diensten. Dit betekent dat er thans geen nieuwe hartcatheterisatiekamers meer bij mogen komen.

Momenteel wordt er weer nagedacht over het invoeren van een planningsvergunning voor de zware medische diensten. De zware diensten worden gefinancierd uit de tarieven van het RIZIV, waarin voor een aantal diensten afschrijvingskosten zijn verdisconteerd. De financiering vormt dus geen belemmering.

Topklinische zorg

3.1 Inleiding

Duitsland is een federale staat, met 16 deelstaten. De verantwoordelijkheden voor de planning en bouw van ziekenhuizen liggen op diverse politieke niveaus. De federale regering stelt een wettelijk kader, "Krankenhauserfinanzierungsgesetz", waarbinnen de planning en de bouw moeten plaatsvinden.

Kenmerkend voor de betrokkenheid van het (nationale) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bij de deelstaten is dat een wettelijk kader centraal wordt vastgesteld en dat binnen dit kader een aanzienlijke decentralisatie van macht en verantwoordelijkheid aan deelstaten, ziekenfondsen, artsenverenigingen en andere organisaties plaatsvindt. Zelfbestuur is een belangrijk principe in de Duitse gezondheidszorg. De deelstaten, lokale overheden, ziekenfondsen, artsenverenigingen en andere organisaties bezitten een aanzienlijke autonomie binnen het nationaal wettelijke kader.

Ieder overheidsniveau heeft eigen verantwoordelijkheden:

- de federale overheid is verantwoordelijk voor het maken van wetten, voor algemeen beleid en voor de rechtspraak over het ziektekostenverzekeringssysteem: onder andere de regeling van de Gesetzliche Krankenversicherung;
- de overheid op deelstaatniveau is verantwoordelijk voor het goedkeuren van federale wetten (door hun representatie in het Upper-House/ Hoger-Huis); voor de lokale supervisie van de ziekenfondsen en artsenorganisaties; voor het managen van deelstaten-owned ziekenhuizen; voor ziekenhuisplanning (iedere deelstaat heeft een plan voor beheersing van capaciteit in publieke en private ziekenhuizen) en voor de regeling van standaarden van medische opleidingen en daarbij, indirect, de inschrijving/toelating van medische studenten.

Deze verdeling van verantwoordelijkheden gaat niet zonder spanningen gepaard. Zo kunnen er meningsverschillen bestaan tussen federale overheid en de deelstaten over algemeen beleid of over ziekenhuisuitgaven, waarbij de federale overheid de richting van de ziekenfondsen uitgaat en de deelstaten een groot aandeel hebben in het aanbod van ziekenhuiszorg.

De Duitse gezondheidszorg is momenteel volop in beweging. Een aantal jaren wordt getracht de uitgaven van onder andere artsen, ziekenhuizen en geneesmiddelen te beheersen. De beheersing van de uitgaven van de ziekenhuiszorg is tot op heden niet gelukt. Per januari 1996 is een eerste stap gezet voor de invoering van ziekenhuisfinanciering op basis van Diagnostic Related Groups (DRG's), waarvan naar verwachting een kostenbeheersende werking zal uitgaan. In paragraaf 3.4. zal worden ingegaan op deze recente hervormingsvoorstellen in Duitsland.

3.2 Financiering en bekostiging gezondheidszorg

Het sociale zekerheidssysteem dateert uit 1883. Tussen de 85 tot 90% van de bevolking is verplicht verzekerd bij de sociale ziektekostenverzekering (werknemers onder de loongrens en zelfstandigen), die worden georganiseerd door 1200 zorgverzekeraars (ziekenfondsen, Gesetzliche Krankenversicherung, GKV). De GKV omvat ruim 1300, in principe autonome, ziekenfondsen (waarvan 80% bedrijfsziekenfondsen). In Duitsland spreekt men ook wel van de "Gegliederte Krankenversicherung", hetgeen inhoudt dat er verschillende soorten ziekenfondsen zijn:

- de Allgemeine Ortskrankenkassen (gemeentelijk en regionale ziekenfondsen)
- de Ersatzkassen (witte boorden)
- de Innungskrankenkassen (handwerkers)
- de Betriebskrankenkassen (bedrijfsziekenfondsen)
- de Bundesknappschaft (mijnwerkers)
- de Landwirtschaftlichen Krankenkassen (boeren)
- de Seekrankenkassen (zeevarenden).

Financiering Duitse gezondheidszorg

De premieheffing van de ziekenfondsen is inkomensafhankelijk, de werkgever en de werknemer betalen ieder 50%. De

premies verschillen echter tussen ziekenfondsen, terwijl de pakketten praktisch gelijk zijn. Ieder ziekenfonds mag zijn eigen premie bepalen (er worden alleen voorwaarden aan de reservevorming gesteld). De gemiddelde premie is op dit moment 13,4%, met een variatie tussen 8,5% en 16,8%. De oorzaak van de premieverschillen zit hem voornamelijk in de opbouw van het verzekerdenbestand en de daarmee ongelijke risicoverdeling (ongelijke concurrentie). Er bestaat alleen een kostenverevening voor de uitgaven van de bejaardenverzekering (krankenversicherung der Rentner). In 1994 is de normuitkering ingevoerd voor de ziekenfondsen. De verdeelsleutels bestaan uit: leeftijd, geslacht, inkomen van de verzekerde en het aantal familieleden. De invoering van de normuitkering heeft geleid tot een nivellering van de premieverschillen. Een essentiële voorwaarde bij invoering van de normuitkering is de keuzevrijheid van verzekerde tussen ziekenfondsen, die in 1996 wordt ingevoerd. Ieder ziekenfonds moet voor iedere verzekerde openstaan, zij hebben een acceptatieplicht. Of de verzekerdenmigratie zal gaan plaatsvinden moeten nog worden afgewacht.

Zelfstandigen en personen met een inkomen boven de gestelde grens kunnen zich particulier verzekeren. Particuliere verzekeringen kennen een nominale premie die geheel risicoafhankelijk is. Er zijn ongeveer 40 private verzekeraars. De ziekenfondsen hebben geen mogelijkheid een additionele verzekering aan te bieden. Wel kunnen zelfstandigen en personen met een inkomen boven de gestelde loongrens zich vrijwillig verzekeren bij een ziekenfonds. Familieleden (indien geen eigen inkomen) zijn meeverzekerd.

Het verzekerde pakket wijkt niet veel af van het ziekenfondspakket in Nederland. Een verstrekking die in Duitsland onder het pakket valt, maar die wij in Nederland niet kennen, is het kuren.

De prijzen en tarieven, die in rekening worden gebracht, komen tot stand door onderhandelingen tussen de regionale organisaties van ziekenfondsen met de organisaties van de aanbieders van de zorg. Binnen een deelstaat kunnen dus voor gelijke verstrekking verschillende tarieven in rekening worden gebracht, afhankelijk van de contracten die zijn afgesloten tussen aanbieders en ziekenfondsen. Het aanbod kent in Duitsland nog een duidelijke verzuiling, waardoor het aanbod in verschillende netwerken (zuilen) wordt aangeboden.

Er is een vrije vestiging voor artsen en tandartsen. Zij zijn wel verplicht zich aan te sluiten bij de artsenvereniging (Kassenärztliche Vereinigung), een publiekrechtelijke organisatie, die garant staat voor de kwaliteit van de zorg en ook zorg draagt voor de tariefsonderhandelingen en de honorering van de artsen. De ziekenfondsen betalen de artsenvereniging, die op hun beurt de artsen betalen. Ook bij ziekenhuizen is er sprake van tariefsonderhandelingen (prijs verpleegdag) tussen de ziekenfondsen en het ziekenhuis. Indien geen tarief tot stand komt, bepalen uiteindelijk de Bundesländer de tarieven.

In 1991-1992 is een aantal maatregelen getroffen om de kostenexplosies, die zich in de gezondheidszorg hadden voorgedaan, te beheersen. De kosten van onder andere de artsen en de ziekenhuizen mochten gedurende de jaren 1993-1995 niet harder stijgen dan de lonen van de verzekerden.

De ziekenhuizen zijn in Duitsland klinisch gericht. De specialisten zijn werkzaam in private extramurale praktijken, waar poliklinische verrichtingen worden gedaan. 90% van de specialisten in de ziekenhuizen werkt in loondienst.

Het onderscheid tussen huisartsen en specialisten is in Duitsland niet duidelijk aanwezig. Er zijn bijvoorbeeld momenteel oogartsen die als huisarts werkzaam zijn. De 24-uurs bereikbaarheid wordt door de specialisten onderling geregeld, hetgeen tot gevolg heeft dat bijvoorbeeld een oogarts weekenddiensten draait. Veel diagnostiek en onderzoek wordt extramuraal gedaan, de specialist in het ziekenhuis verwijst naar de extramurale specialist. De patiënt kan direct naar een specialist of een ziekenhuis, zonder tussenkomst van de huisarts. Men wil de positie van de huisarts versterken en hem meer poortwachter maken van de specialistische en intramurale zorg, door bij een verwijzing van de huisarts naar specialistische zorg de verzekerde een bonus te geven in de vorm van een reductie op de verzekeringspremie. De huisartsen en de specialisten vallen in Duitsland op dit moment onder hetzelfde budget.

De vrije vestiging van artsen wil men aan banden leggen door per deelstaat een capaciteitsplanning te verplichten. Deze capaciteitsplanning wordt opgesteld door overleg tussen Krankenkassen en de artsenverenigingen.

Bekostiging Duitse ziekenhuizen

De ziekenhuizen worden duaal gefinancierd: ziekenhuisbudget via de ziekenfondsen en kapitaallasten door de overheid. De ziekenhuizen worden prospectief gebudgetteerd, hierover wordt jaarlijks onderhandeld tussen lokale ziektekostenverzekeraars en individuele ziekenhuizen. In deze onderhandelingen worden de forfaitaire "Pflegesätze" bepaald die alle

kosten moeten dekken van een ziekenhuisdag van de betrokken patiënt (medische prestaties en hotelkosten) evenals enkele specifieke vergoedingen voor bijzondere prestaties.

De deelstaten financieren de kapitaallasten van de ziekenhuizen (5bn DM). De kapitaallasten worden gefinancierd op basis van bed-gerelateerde vastgestelde bedragen (ongeveer 3000 DM per bed per jaar) en door middel van de staatsfinanciering van erkende instellingen, verbouwingen en ontwikkelingen. Dit systeem van duale financiering is in 1972 geïntroduceerd en wordt als inefficiënt gezien met betrekking tot het vaststellen van de kosten per case.

Een deel van de ziekenhuizen is eigendom van de overheid (47% van de ziekenhuizen), een deel is in handen van non-profit organisaties (38.3% van de ziekenhuizen) en worden bijvoorbeeld georganiseerd (en gefinancierd) door de kerk of het Rode Kruis en een deel is eigendom van for-profit private ondernemingen (14.7%) en worden gerund als commerciële organisaties. De private ziekenhuizen zijn over het algemeen kleiner (maximaal 100 bedden) dan de publieke ziekenhuizen en richten zich naast de algemene verrichtingen veelal op speciale behandelingen. Omgerekend naar het aantal bedden bevindt 3.8% van de bedden zich in private ziekenhuizen, 62.3% in publieke ziekenhuizen en 33.9% bevindt zich in non-profit ziekenhuizen. In de federale wetgeving staat vermeld dat er een mix van private, publieke en non-profit ziekenhuizen binnen een deelstaat aanwezig moet zijn. De verhoudingen variëren echter tussen de deelstaten.

Met betrekking tot *artsen* werd het uitgavenniveau gefixeerd op 1992. De conversiefactor van 1992 werd als uitgangspunt genomen. De eerste twee kwartalen van het jaar konden artsen hierover onderhandelen en werd duidelijk wat betaald zou worden voor iedere verrichting. Als de uitgaven hoger waren dan begroot, werd de conversiefactor in het derde en vierde kwartaal verlaagd. Voor de ambulante en preventieve zorg werd een hoger budget toegewezen.

Ter bescherming tegen mogelijke acties van de artsen werd dit recht beperkt bij wet. Artsen en tandartsen hebben een legale monopolie met betrekking tot het aanbod van ambulante medische zorg, in ruil voor een overeenkomst te voorzien in adequate zorg. In de nieuwe wet wordt, als de artsen en de tandartsen staken, het recht op zorgaanbod overgeplaatst naar de ziekenfondsen, die hun eigen faciliteiten hebben of contracten met andere artsen kunnen afsluiten. Iedere arts die betrokken raakt bij een staking moet 6 jaar wachten om te kunnen praktiseren binnen het wettelijke ziekenfondssysteem.

3.3 Planning en bouw

In Duitsland is de nationale wetgeving vrij algemeen van karakter, de deelstaten zijn vrij autonoom in het bepalen van hun eigen ziekenhuisbeleid, waardoor er tussen de deelstaten zeer grote verschillen bestaan.

De "*Krankenhauserfinanzierungsgesetz*" (KHG) beoogt "het waarborgen van de economische zekerstelling van ziekenhuizen, een op de behoefte afgestemde verzorging van de bevolking met adequaat en zelfstandig functionerende ziekenhuizen en bij te dragen aan aanvaardbare verpleegtarieven". Aan het toekennen van subsidies mogen geen voorwaarden worden verbonden anders dan met betrekking tot de planning en de economische bedrijfsvoering.

De wet heeft alleen betrekking op ziekenhuizen. De wet is niet van toepassing op de ziekenhuizen van de Bund, politieziekenhuizen en gevangenisziekenhuizen.

Er is *geen* sprake van een *verbodssysteem*, er mag worden gebouwd met private gelden, zonder dat de deelstaat hier toestemming voor geeft. Bouwen met private gelden heeft als voordeel dat men niet aan wettelijke procedures is gebonden, onafhankelijk is van de deelstaat-overheid en men flexibel is in het nemen van eigen beslissingen. Het aandeel private ziekenhuizen bedraagt ongeveer 14% van de totale capaciteit.

Wettelijke regeling

De ziekenhuizen en ziekenfondsen zijn volgens de wet verplicht de minister en de deelstaat alle gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn om de samenstelling en de ontwikkeling van het verpleegtarief te kunnen beoordelen. De wet machtigt de minister een totaalstatistiek te maken en te publiceren, waarbij de wet de onderwerpen aangeeft.

De nationale wet (KHG) geeft de algemene kaders aan waarbinnen de deelstaten hun eigen beleid kunnen vormgeven. De nationale wet draagt de deelstaten op ziekenhuisplannen en investeringsprogramma's op te stellen. Indien een

ziekenhuis ook een wezenlijke betekenis heeft voor een andere deelstaat dient de planning door de betrokken deelstaten op elkaar te worden afgestemd. De wet draagt de deelstaat op 'het nadere wettelijk te regelen'. Verder wordt in de nationale wet gesteld dat bij de uitvoering van de wet de deelstaten nauw dienen samen te werken met betrokkenen (het betrokken ziekenhuis dient te worden gehoord). Bij de planning en het opstellen van het investeringsprogramma dient overeenstemming met de direct betrokkenen te worden nagestreefd.

Planning- en bouwprocedures

Investeringssubsidie

Ziekenhuizen hebben aanspraak op subsidie voor zover en voor zolang zij in het ziekenhuisplan en het investeringsprogramma zijn opgenomen. Over opname beslist de deelstaat. Er bestaat geen aanspraak op opname in het plan/programma. In geval van keuzemogelijkheden dient de deelstaat rekening te houden met het algemeen belang en de verscheidenheid aan ziekenhuizen in de deelstaat en te kiezen voor dat ziekenhuis dat het beste aan de te stellen eisen voldoet. Subsidies kunnen onder andere worden verleend voor de bouw van een ziekenhuis inclusief apparatuur en inventaris en de vervanging van apparatuur met een levensduur van meer dan 3 jaar.

Voorts wordt op verzoek subsidie verleend voor:

- het gebruik van apparatuur
- aanloopkosten, interne verbouwing, evenals voor aankoop, ontsluiting, huur en pacht van grond,
- rente van leningen die voor opname in het plan zijn gesloten ter financiering van subsidiabele investeringen
- resterende afschrijvingen op apparatuur bij het inwerking treden van de wet
- ter bevordering van sluiting van ziekenhuizen
- ter ombouw van ziekenhuizen in verpleeghuizen/afdelingen
(per 1-1-1989 ingevoerd).

De deelstaten subsidiëren de vervanging van apparatuur/inventaris (incl. de normale uitbreiding/vernieuwing) en klein onderhoud in de vorm van een vast bedrag per jaar. In de wet wordt verder bepaald dat de hoogte van de subsidie de kosten moet dekken.

Deelstaatniveau

De 'Krankenhäuserfinanzierungsgesetz' draagt de deelstaten op uitvoeringswetgeving tot stand te brengen op het gebied van procedures van planning, investeringen en bouw. Een aantal deelstaten heeft zich beperkt tot het strikt noodzakelijke, andere deelstaten hebben de mogelijkheid aangegrepen nadere ver uitgewerkte procedures vast te stellen op basis waarvan bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisbedden en investeringen worden verdeeld.

In Hamburg is de planning bijvoorbeeld gebaseerd op berekeningen van behoefte van morbiditeitscijfers, adherentie en verwachtingen (gerealiseerde en geplande bedden). Ook de betrokkenheid van verschillende partijen hierbij verschilt. Er bestaan deelstaten waarbij ziekenhuisplannen en beoordelingscriteria worden opgesteld door een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van ziekenfondsen, ziekenhuizen en het parlement.

De capaciteit van intramurale gezondheidszorg in aantallen instellingen en aantallen bedden is een zaak van de deelstaat-overheid, die geacht wordt een ziekenhuisplanning op te stellen. De deelstaat-overheid is tevens verantwoordelijk voor de noodzakelijke investeringen in ziekenhuizen. In de algemene ziekenhuizen bestaat een groot overschot aan bedden (10-15%). Indien een aanvraag door de betreffende deelstaat wordt gehonoreerd (in het ziekenhuisplan valt) betekent dit automatisch dat er een contracteerplicht bestaat en dus wordt gefinancierd door de ziekenfondsen.

Momenteel is er in de Duitse ziekenhuizen sprake van een duale financiering. Investeringen in bouw en apparatuur (10%) worden bekostigd door de deelstaten, indien dat in hun capaciteitsplan past en de exploitatiekosten (90%) worden bekostigd via de Krankenkassen. De Krankenkassen bekostigen dus 90% van de uitgaven van een ziekenhuis, zonder enige invloed te kunnen uitoefenen op bijvoorbeeld het aantal bedden. De deelstaten maken over het algemeen geheel autonoom ziekenhuisplannen, zonder enige invloed van de verzekeraars daarbij. Dit werkt vooral inefficiëntie en overcapaciteit in de hand. Er is geen enkele relatie aanwezig met de werkelijke werkvloer en gevoelde behoefte in een deelstaat. Het ziekenhuisbeleid heeft een sterk politiek karakter in de deelstaten. Zo hebben bijvoorbeeld veel

ziekenhuizen topklinische zorg, omdat dat politiek hoog scoort. En in het huidige systeem geldt "a bed built, is a bed filled".

Ook de politieke interesse om capaciteit te reduceren, is niet aanwezig bij de deelstaten, omdat dit bij de bevolking vaak gevoelig ligt.

Bekostiging investeringen

De financiering volgt de Krankenhausplanung van de deelstaten. Een deelstaat maakt een capaciteitsplan voor zijn gebied en bepaalt welke vragen worden gehonoreerd. De hoogte van de bouw en investeringen per jaar is geheel afhankelijk van de prioritering en politiek van een deelstaat. Deelstaten bepalen autonoom hun beleid hierin. Er zijn geen nationale normen voor beddenaantallen e.d. Deze worden per deelstaat zelf bepaald.

Als de private for-profit ziekenhuizen ziekenfondspatiënten behandelen zijn zij onderdeel van dezelfde financierings- en bekostigingsregels als de andere ziekenhuizen. Zij moeten ziekenfondspatiënten behandelen als zij in het ziekenhuisplan willen worden opgenomen en als zij financiering voor hun kapitaal willen krijgen. Een belangrijke bron van inkomsten voor private ziekenhuizen komt van de particulier verzekerde patiënten. Particulier en ziekenfondsverzekerden hebben gelijke toegang tot de ziekenhuizen die in het ziekenhuisplan zijn opgenomen. Sommige ziekenhuizen verlenen geen zorg aan ziekenfondspatiënten maar alleen aan particuliere patiënten. Zij krijgen dan ook geen overheidsfinanciering van de kapitaallasten.

De kuuroorden vallen niet onder de capaciteitsplanning van de deelstaten. De bouw- en investeringskosten worden als zodanig niet apart gesubsidieerd door de deelstaten, maar via de exploitatie-tarieven.

In de KHG staat vermeld dat: '...ter zekerstelling van een economische inzet dienen de ziekenhuizen bij de aanschaf en benutting van zware apparatuur (vergunning art. 18 WZV) rekening te houden met de regionale situatie (behoefte en aanwezige aanbod) en de relatie met de eerste lijn. Instemming van de artsenorganisaties en van ziekenfondsen is hierbij vereist. Deze wijze van financiering van investeringen (subsidie van de deelstaat) leidt ertoe dat er in de tarieven die aan de ziekenfondsen in rekening worden gebracht geen kosten voor afschrijving en rente zijn opgenomen...'

Topklinische zorg

Voor de aanschaf van dure behandelingsapparatuur (boven de 500.000 DM) is op deelstaat-niveau de Grossgeräteausschuss. Een commissie die bestaat uit vertegenwoordigers van artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen plus een vertegenwoordiger van de deelstaat. De commissie beslist, binnen de nationale richtlijnen (KHG), over de aanschaf en plaatsing van dure apparatuur. Wanneer de commissie niet tot overeenstemming komt, is de uiteindelijke beslissing aan de vertegenwoordiger van de deelstaat. Deze situatie komt in de praktijk veel voor en leidt er vaak toe dat apparatuur wordt geplaatst in een centraal gelegen grote kliniek. Ook blijkt in de praktijk dat ziekenhuizen apparatuur aanschaffen buiten de planning om en de kosten ervan in de verpleegdagprijs doorberekenen.

Voor ziekenhuizen gebeurt de honorering van artsen op een fee-for-service basis. Voor verblijf in het ziekenhuis wordt een verpleegdagprijs in rekening gebracht die is overeengekomen tussen ziekenhuis en ziekenfonds. Voor bijzondere verrichtingen, zoals bijvoorbeeld een hart-longtransplantatie, wordt een toeslag op de verpleegdagprijs gezet. De toepassing van medische behandelingen blijft een beslissing van de individuele arts. Er vindt geen discussie plaats over de behandelingsprioriteiten. In sommige centra, waar high-tech geneeskunde plaatsvindt, bijvoorbeeld harttransplantaties, worden grenzen gehanteerd op basis van het risico van de ingreep en de levensverwachting, hetgeen geen starre grenzen zijn. Men is over het algemeen van mening dat wat medisch mogelijk is, ook gedaan moet worden. Een tekort aan financiële middelen kan dan ook geen argument zijn iemand niet te behandelen.

3.4 Reformgesetz: januari 1996

In Duitsland worden momenteel discussies gevoerd over het overgaan van een duale financiering naar een monistische financieringsstructuur. De bouwkosten wil men in de DRG-tarieven onderbrengen. Omdat deze verschuiving niet mag leiden tot premieverhoging wordt vastgehouden aan een financiële tegemoetkoming/compensatie van de deelstaten. De

instandhoudingsinvesteringen blijven in ieder geval voor drie jaar de verantwoordelijkheid van de betreffende deelstaten. Het idee bestaat dit onder te brengen in de onderhandelingen tussen de ziekenfondsen en de ziekenhuizen en door te berekenen in de tarieven van het ziekenhuis.

Andere wijze van ziekenhuisfinanciering per 1-1-1996

In de nieuwe "Bundespflegesatzverordnung" wordt van de ziekenhuizen vereist dat zij werken als profit centra. Dat wil zeggen de Krankenkassen zullen voor iedere vastgestelde behandeling een vast bedrag betalen, ongeacht de reële kosten. Ziekenhuizen die niet in staat zijn de kosten laag te houden, zullen met verlies draaien, terwijl efficiënte ziekenhuizen winst kunnen maken. Verliesmakers zullen moeten herstructureren of sluiten; winstmakende ziekenhuizen mogen investeren, hun diensten verbeteren, reserves vormen en meer klanten aantrekken.

De vergoedingen zullen uit een viertal categorieën bestaan:

1. Diagnostic related groups
 - vergoeding voor een volledige behandeling van een klant. Vastgesteld voor alle ziekenhuizen binnen een bepaalde deelstaat. Extra betalingen kunnen toegekend worden voor patiënten met een ongewoon lang verblijf in het ziekenhuis.
2. Speciale betalingen
 - vergoedingen voor een operatie. Deze zijn conform vastgesteld voor alle ziekenhuizen binnen een bepaalde deelstaat.
3. Afdelingsbetaling
 - vergoeding per patiënt per dag voor alle medische en verpleegkundige activiteiten. Deze tarieven zijn overeengekomen tussen de Krankenkasse en het individuele ziekenhuis. Deze tarieven kunnen niet worden berekend voor patiënten onder de DRG, tenzij zij een ongewoon lang ziekenhuisverblijf hebben. Voor patiënten waarvoor een vergoeding wordt ontvangen voor een operatie (cat.2) kan 20% van het dagtarief in rekening worden gebracht.
4. Basistarief
 - vergoeding per patiënt per dag voor alle niet-medische activiteiten (accommodatie, maaltijden e.d.). Deze tarieven zijn overeengekomen tussen de Krankenkasse en het individuele ziekenhuis.

Op federaal niveau wordt een lijst opgesteld van DRG's en operaties waaraan puntwaarden worden toegekend. Deze puntwaarden geeft de relatieve waarde weer van de activiteiten zonder geldelijke vergoedingsbedragen. Punten worden toegekend voor personeel, uitrusting en niet-medische kosten. De lijst bestaat uit 40 DRG's en 160 operaties. Dit is goed voor 25% van de ziekenhuiskosten en de minister wil dit de komende jaren langzaam uitbreiden. De andere 75% van de kosten worden voorlopig volledig betaald.

Op deelstaatniveau wordt over de waarde van een punt onderhandeld tussen de publieke en private Krankenkasse en de ziekenhuisfederatie. Ook wordt over "care-contracten" (welk ziekenhuis welke diensten moet leveren) op dit niveau onderhandeld. De ziekenhuizen en hun lokale Krankenkasse kunnen onderhandelen over een aantal uitzonderingen op het deelstaatniveau-contract en kunnen vaste vergoedingsbedragen vaststellen voor extra DRG's of operaties. In de praktijk wordt weinig van dit niveau verwacht.

Alle ziekenhuizen moeten een "care-contract" hebben met hun Krankenkasse en deelstaat, waarin de diensten staan beschreven die zij aanbieden met een minimum kwaliteit/standaard van zorg. Per 1-1-1996 wordt een deel van het ziekenhuisbudget bekostigd op basis van DRG's: vergoeding voor een volledige behandeling van een klant. De vergoedingen voor de DRG's worden vastgesteld voor alle ziekenhuizen binnen een bepaalde deelstaat. Extra betalingen zijn mogelijk voor patiënten met een ongewoon lang verblijf in het ziekenhuis. Door invoering van de nieuwe financiering op basis van DRG's vervalt de aanspraak op kostendekking van de ziekenhuizen! Er ontstaat daarmee een conflict tussen de kostendekking en de zekerheidsstelling, zoals in de ziekenhuiswet genoemd.

Hoofdstuk 4 Planning en bouw vergeleken

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt tot slot een aantal aspecten vergeleken van de beschreven planning- en bouwsystemen met het Nederlandse systeem. Voordat we echter op het planning- en bouwbeleid van de desbetreffende landen ingaan kunnen we vaststellen dat, hoewel verschillend qua uitwerking, zowel Duitsland als België net als Nederland een gezondheidszorgstelsel kent dat primair gebaseerd is op een sociale verzekering.

4.2 Karakteristieken van het planning- en bouwstelsel

De beschreven planning- en bouwsystemen in Duitsland en België zijn in onderstaand schema samengevat.

Schema 1: Planning- en bouwsystemen vergeleken

	België	Duitsland	Nederland
Wettelijke regeling - Reikwijdte - Verbod? - Topzorg	Ziekenhuiswet ziekenhuizen/ psychiatrische-/ universiteitsziekenhuizen aanwezig minimum kwaliteitseisen	KHG ziekenhuizen afwezig afhankelijk deelstaat	WZV intramurale instellingen aanwezig aanwezig
Verantwoordelijkheid	Nationale en gemeenschaps overheid	Deelstaat overheid	Nationale overheid
Behoeftenormen	aanwezig	afhankelijk per deelstaat	aanwezig
Bekostiging ziekenhuizen	Duaal	Duaal	Monistisch
Procedure planning en bouw	- planningsvergunning - exploitatievergunning - erkenningsnormen - subsidiebesluit	- ziekenhuisplannen - investerings- plannen	- landelijke richt- lijnen (normen) - erkennings- normen - provinciale plannen
Bekostiging investerings	60% subsidie overheid 40% uit exploitatie	100% subsidie deelstaat	nacalculatie in ziekenhuisbu- dget

De huidige WZV heeft betrekking op alle intramurale instellingen in de gezondheidszorg in Nederland. In België is de reikwijdte van de Ziekenhuiswet beperkt tot de ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en de universitaire ziekenhuizen. Ook de KHG in Duitsland heeft alleen betrekking op ziekenhuizen, zij het dat voor andere sectoren een soortgelijke rol door de deelstaat wordt vervuld. Een verschil met de ziekenhuissector is dat de investeringskosten zijn opgenomen in een plan en niet volledig door de overheid worden bekostigd.

De Belgische Ziekenhuiswet bevat net als de WZV een verbodsbepaling, hetgeen betekent dat het verboden is te bouwen zonder vergunning. In Duitsland is deze verbodsbepaling niet aanwezig.

Wettelijke regeling

Niet alleen Nederland maar ook België en Duitsland kennen een aparte in de planningswetgeving verankerde regeling voor topzorg waarbij een vergunningensysteem uitgangspunt is. In België is dit systeem in de praktijk losgelaten door nog slechts minimum kwaliteitseisen te stellen. De gevolgen hiervan zijn, in weerwil van de verwachting dat ook op deze wijze een beheersing mogelijk was, een enorme toename van de capaciteit van topklinische voorzieningen. In Duitsland wordt in de KHG alleen gesteld dat bij de topzorg rekening dient te worden gehouden met zorgaanbod in de omgeving, de regionale situatie en dat instemming van artsorganisaties en ziekenfondsen vereist is. De deelstaatoverheid kan de invulling van het topzorgbeleid bepalen.

Topzorg

Planning en bouw is in de beschouwde landen in de eerste plaats een zaak van de overheid. De verzekeraars hebben in onze buurlanden een zeer beperkte invloed op de planning- en bouwbeslissingen. Het zijn vooral de overheden op deelstaatniveau in Duitsland en op nationaal- en gemeenschapsniveau in België die voor het planning- en bouwbeleid verantwoordelijk zijn.

Deelstaat- en gemeenschapsniveau kan niet worden vergeleken met ons provinciale niveau. Sommige deelstaten hebben meer inwoners dan geheel Nederland en ook de Vlaamse en de Waalse gemeenschappen hebben een omvang die onze provincies te boven gaat. De organisaties die de sociale verzekering uitvoeren hebben echter slechts een beperkte invloed op het planning- en bouwproces.

Verantwoordelijkheid

Eén van de belangrijkste schakels in ons planningsproces is het behoeftebegrip. De richtlijnen ex artikel 3 WZV geven hier een vertaling van. Ook in België blijken soortgelijke criteria met een min of meer vergelijkbare rol aanwezig. Net als in Nederland blijkt ook daar het strikt toepassen van richtlijnen voor de politiek lastiger dan het formuleren ervan. In Duitsland zijn geen planningscriteria voor het aantal ziekenhuisbedden voorhanden. Deelstaten zijn op zich vrij in de opstelling van de gezondheidszorgplannen binnen het raamwerk van de federale wetgeving. Op deelstaatniveau is men echter niet zozeer in de totale kosten van de gezondheidszorg geïnteresseerd als wel in het voorzieningenniveau in de deelstaat zelf. Ook vanuit de wetgeving vloeit geen beleid voort om capaciteit te beperken.

Behoeftbegrip

Samenhangend met de specifieke verantwoordelijkheden van de desbetreffende overheden worden in België en Duitsland de investeringen afzonderlijk bekostigd (door middel van een overheidssubsidie). Dit betekent dat de bekostiging, die via de zorgverzekeraars loopt, zich volledig of grotendeels tot de lopende exploitatie (running costs) beperkt.

Ook in het regeerakkoord van het Kabinet Kok was een passage opgenomen die ertoe strekte dat investeringskosten vanuit de rijksbegroting zouden worden gefinancierd, waardoor een vergelijkbare duale financiering zou ontstaan. Op deze wijze zou er meer overeenkomst ontstaan tussen de tariefstructuur in ons land en onze beide buurlanden. Dit idee is echter thans verlaten en heeft plaats gemaakt voor de onder meer in de nota "De prijs die zorg verdient" aangekondigde vast-variabel systematiek.

Duale bekostiging

Net als in Nederland een erkenning in het kader van de WZV automatisch leidt tot financiering via het ziekenhuisbudget (WTG), leidt ook in Duitsland het hebben van een erkenning (opname in investeringsplan) automatisch tot financiering (subsidie deelstaat). In België moet na het verkrijgen van een erkenning een apart subsidiebesluit worden genomen, voordat de investering wordt gefinancierd. Indien het aantal aanvragen voor investeringssubsidies de beschikbare middelen overtreft, wordt gewerkt met prioriteitscriteria.

Planning en financiering

In België bestaan de planning- en bouwprocedures uit een viertal stappen, vergelijkbaar met de planning- en bouwprocedures van de WZV. In Duitsland is het kader voor deze procedures bij federale wet geregeld en wordt de invulling daarvan aan de deelstaten overgelaten. De federale wet stelt dat er in iedere deelstaat een ziekenhuis- en investeringsplan aanwezig moet zijn. Hoe deze plannen worden opgesteld en hoe aanspraak gemaakt kan worden voor opname op deze plannen varieert per deelstaat.

Planning- en bouwprocedures

De financiële begrenzings aan planning- en bouwactiviteiten in Nederland vloeien voort uit de daarvoor gestelde kaders, die uit het allesomvattende FOZ-kader zijn afgeleid. In de beschouwde landen is het systematisch in kaart brengen van de totale kosten van de sector en een daaruit afgeleid kostenbeheersingsbeleid niet geconstateerd. Dat wil niet zeggen dat de kostenontwikkeling niet als een probleem wordt gezien, maar de diverse betrokkenen zoals de federale en deelstaat of gemeenschapsoverheden en de ziekenfondsen zijn voornamelijk geconcentreerd op de door henzelf direct te dragen kosten.

Financiële begrenzings

De huidige Wet ziekenhuisvoorzieningen gaat uit van een samenhang tussen planningsbeslissingen en bouwbeslissingen. Dit is mogelijk door bij het nemen van bouwbeslissingen de planmatige situatie in de beschouwing te betrekken. Dit kan alleen als de beslisser voor zowel het planning- als het bouwaspect dezelfde is. België en Duitsland zijn beide voorbeelden van federale staten met een bepaalde verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de verschillende overheidsniveaus. Deze scheiding uit zich in Duitsland vooral in een ontbreken van een verantwoordelijkheid bij de deelstaat voor het totale kostenniveau van de zorg. Tegelijkertijd is de hoeveelheid geld, die voor planning en bouw beschikbaar is, van staat tot staat verschillend, omdat de welvaartsniveaus van de verschillende deelstaten variëren. In België worden de planningsrichtlijnen op federaal niveau opgesteld en gehanteerd, terwijl de eruit voortvloeiende bouwbeslissingen en de financiering ervan op gemeenschapsniveau plaatsvindt.

Planning en bouw in één versus in gescheiden regimes

Uit de beschrijving is gebleken dat in België net als in Nederland sprake is van een gesloten systeem. Slechts voor de topklinische zorg is het systeem tot op zekere hoogte opengegooid zoals hierboven beschreven is. Resultaat hiervan was een verhoging van de capaciteit en van het aantal verrichtingen. In Duitsland is echter sprake van een meer pluriform aanbod van voorzieningen. Een beleid gebaseerd op beheersing van de totale kosten van de ziekenhuissector ontbreekt echter en zou in deze constellatie ook niet gevoerd kunnen worden. Hoe private instellingen in de Duitse situatie een redelijk marktaandeel en een gezonde basis kunnen verwerven zou via een nadere studie in kaart gebracht kunnen worden. Mogelijk zijn de ziekenhuistarieven op een zodanig niveau vastgesteld, dat hierbinnen nog een zekere financiële marge te creëren is.

Open versus gesloten systeem

4.3 Conclusies

Uit de in hoofdstuk 1 weergegeven cijfers is gebleken dat de totale kosten van intramurale zorg tussen de landen niet geheel vergelijkbaar is. Verder bestaat de indruk dat de verhouding tussen cure en care-voorzieningen in Nederland een geheel andere is dan in de beide buurlanden en dat hierdoor het zorgaanbod breder is opgezet. In de betrokken landen vindt zo goed als geen onderlinge afstemming in het gezondheidszorgbeleid plaats. Hoewel regelmatig de indruk wordt gewekt dat systemen in verschillende westerse landen zich steeds meer naar elkaar toe bewegen, is in de hier gepresenteerde vergelijking van de planning- en bouwsystemen geen sterke aanwijzing in die richting gevonden. Wel zou dit het geval kunnen zijn voor de prijsvorming. Zo is in Duitsland een start gemaakt met de invoering van een DRG-systeem. Ook in Nederland en België worden pogingen ondernomen om te komen tot een meer output gerelateerde wijze van

bekostiging.

1. Onder andere: alle verzorging van de zgn. 'sociale ziekten' zoals geestesziekten, tbc, kanker, kinderverlamming e.d.; ziekenhuisverzorging; operaties (boven bepaalde prijs); speciale verstrekkingen zoals radio-diagnose, laboratoriumonderzoeken, bepaalde specialistenbehandelingen van inwendige geneeskunde en bestralingen en revalidatie en herscholing.
2. Onder andere: bezoeken en raadplegen van dokters; zorg van vroedvrouwen, verpleegpersoneel en paramedische helpers; tandverzorging en kleine heilkundige ingrepen.
3. In zijn ziekenhuisbeleid laat de minister zich bijstaan door een Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag

Uitgave: 1996
ISBN: 90-5732-002-9

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f 15,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 96/02*

© voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening