

INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

WET ZIEKENHUISVOORZIENINGEN VERGELEKEN

Dr. Y.W. van Kemenade en drs. F. Bisschop

Yvonne van Kemenade is werkzaam bij de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (vRVZ). Daarnaast heeft zij een adviesbureau te Zwijndrecht.

Fred Bisschop is werkzaam bij het College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ). Beide auteurs hebben dit artikel geschreven op persoonlijke titel.

In het voorjaar van 1996 stond de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) volop ter discussie. De laatste paar maanden is het stil rondom de WZV. Momenteel ligt een opvolger van de huidige WZV ter advisering bij de Raad van State. Tijd om even stil te staan bij hoe onze buurlanden, Duitsland en België, de planning en bouw van de ziekenhuiszorg hebben gereguleerd.

In Schema 1 staan enkele verschillen en overeenkomsten in planning- en bouw-

regimes weergegeven. Voor uitgebreidere informatie zie de achtergrondstudie Planning en Bouw in België en Duitsland (vRVZ, Zoetermeer, 96/2).

De reikwijdte van de wettelijke regelingen verschilt tussen de landen. De huidige WZV heeft de grootste reikwijdte (alle intramurale instellingen in de gezondheidszorg in Nederland), gevolgd door de Belgische Ziekenhuiswet (ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en de universitaire ziekenhuizen). Het

Schema 1 Planning- en bouwsystemen vergeleken

	<i>België</i>	<i>Duitsland</i>	<i>Nederland</i>
Wettelijke regeling – Reikwijdte	Ziekenhuiswet ziekenhuizen/psychiatrische/ universiteitsziekenhuizen	KHG ziekenhuizen	WZV intramurale instellingen
– Verbod	aanwezig	afwezig	aanwezig
– Topzorg	minimum kwaliteitseisen	afhankelijk deelstaat	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 – investeringsplannen	– landelijke richtlijnen (normen) – erkenningsnormen – provinciale plannen
Bekostiging investeringen	60% subsidie overheid 40% uit exploitatie	100% subsidie deelstaat	nacalculatie in ziekenhuis- budget

Krankenhaus Finanzierungsgesetz (KHG) in Duitsland heeft alleen betrekking op ziekenhuizen. Een ander verschil in de wettelijke regeling is de aan/afwezigheid van een verbodsartikel.

In België is het net als in Nederland verboden te bouwen zonder vergunning. In Duitsland is deze verbodsbepaling niet aanwezig en mag iedereen bouwen, waardoor er private initiatieven mogelijk zijn. De topzorg is in Duitsland net als in Nederland onderdeel van de overheidsregulering. In België heeft men een aantal jaren geleden het vergunningensysteem voor de topzorg losgelaten en vervangen door minimum kwaliteitseisen. Dit heeft een enorme toename van de capaciteit van topklinische voorzieningen tot gevolg gehad.

Planning en bouw is in de beschouwde landen in de eerste plaats de verantwoordelijkheid 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.

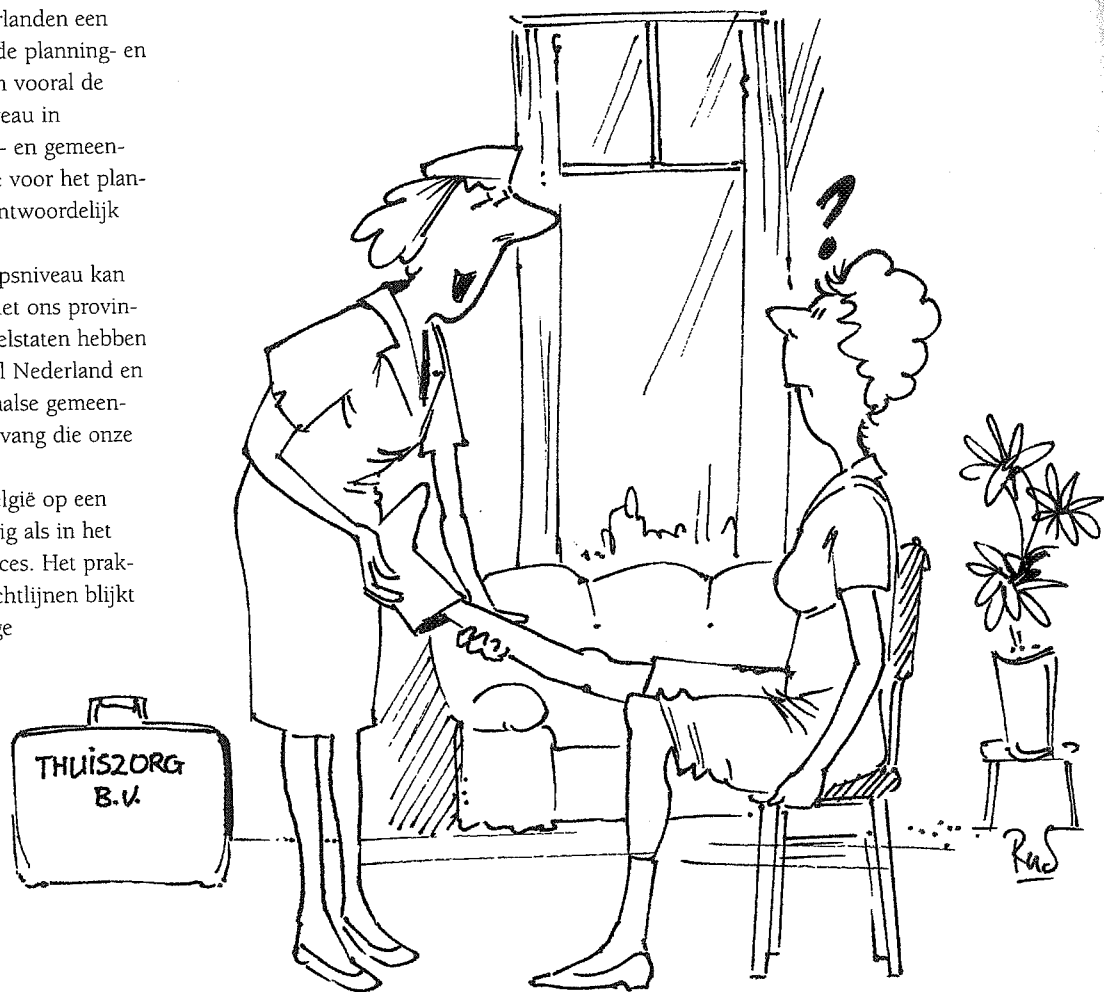
Het behoeftebegrip is in België op een soortgelijke wijze aanwezig als in het Nederlands planningsproces. Het praktisch toepassen van de richtlijnen blijkt in beide landen een lastige zaak. In de nationale Duitse wet, KHG, zijn geen planningscriteria voor ziekenhuisbedden opgenomen.

Het is de verantwoordelijkheid van de deelstaatoverheid dit wel of niet op te nemen en vorm te geven in een wettelijke regeling. Zo zijn er staten die een uitgebreide procedure kennen bij de capaciteitsplanning en staten die er niets of weinig aan doen.

In tegenstelling tot Nederland worden de investeringen in België en Duitsland afzonderlijk bekostigd door middel van een overheidssubsidie (duale financiering genoemd). Dit betekent dat de bekostiging, die via de zorgverzekeraars loopt, zich volledig of grotendeels tot de lopende exploitatie (running costs) beperkt. In Nederland en Duitsland leidt het hebben van een erkenning automatisch tot financiering. In België moet hiervoor een aparte stap worden genomen en moet na het verkrijgen van een erkenning eerst nog een subsidiebesluit worden genomen, voordat de investering wordt gefinancierd.

Zoals in het schema staat aangegeven bestaan de planning- en bouwprocedures in alle drie de landen uit een aantal stappen. In België zijn deze in grote lijnen verge-

lijkaar met de procedures in de WZV. In Duitsland wordt de invulling van het federaal vastgestelde kader (een deelstaat moet een ziekenhuis- en investeringsplan hebben) aan de deelstaten overgelaten. Regelmatig wordt de indruk gewekt dat systemen in verschillende westerse landen zich steeds meer naar elkaar toe bewegen. Zoals uit dit artikel zal blijken is hierover bij de planning en bouw van onder andere ziekenhuizen geen sterke aanwijzing voor 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 outputgerelateerde wijze van bekostiging.



"Onze dynamische markt benadering betekent dat ik u voortaan ook zal baden, verschonen en naar bed brengen!"