

Regels en doelmatigheid ziekenhuisbouw in Nederland

Drs. E. L. Vrijland

1.	Inleiding	CS1000- 3
2.	Vergunningsprocedure	CS1000- 4
2.1.	De verklaring	CS1000- 4
2.2.	Het programma van eisen	CS1000- 5
2.3.	Het schetsontwerp	CS1000- 5
2.4.	Het bestekplan, de vergunning en de aanbesteding	CS1000- 5
3.	De bouwplanbeoordeling	CS1000- 6
4.	Onderhandeling en besluitvorming	CS1000- 8
5.	Bouwbegeleiding en eindafrekening	CS1000-10
6.	Risico's van budgetoverschrijdingen	CS1000-11
7.	Nieuw overheidsbeleid	CS1000-11
8.	Resum	CS1000-12

1. Inleiding

In Nederland wordt jaarlijks circa 2 miljard gulden geïnvesteed in de bouw c.q. verbouw van intramurale gezondheidszorgvoorzieningen. Hiervan wordt een kleine 1 miljard gulden besteed aan de bouw van ziekenhuizen.

De investerings- of stichtingskosten van de vervanging van een compleet ziekenhuis bedragen enkele honderden miljoenen voor een klein algemeen ziekenhuis, tot ruim anderhalf miljard gulden voor een groot academisch ziekenhuis.

De financiering van de bouw komt, net als de exploitatie van het ziekenhuis, via doorberekening in de verpleegtarieven, ten laste van de collectieve middelen. Dit in de vorm van sociale lasten en particuliere verzekeringspremies.

Het financiële bouw kader voor de gezondheidszorg wordt jaarlijks door de Rijksoverheid vastgesteld. Eens in de twee jaar worden bouwprojecten op basis van een globale opgave voor een bepaald jaar door de Rijksoverheid geprioriteerd.

Het bouwen of verbouwen van een ziekenhuis gebeurt altijd op initiatief van de eigenaar, doorgaans een particuliere stichting, maar vergt een vergunning van de Rijksoverheid. Dit is geregeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De WZV bepaalt welke zorgfaciliteiten, waaronder ziekenhuizen, in welke mate (capaciteit) en op welke plaats mogen worden aangeboden. De voornaamste criteria waaraan bouwprojecten moeten voldoen zijn noodzaak (kwaliteit, spreiding en toegankelijkheid van zorg, bouwkundige en technische staat van de bestaande gebouwen) en soberheid en doelmatigheid van het voorgenomen bouwinitiatief.

Grote, complexe en tijdrovende bouwplannen lopen per definitie een hoog risico van overschrijding van het investeringsbudget. Dankzij een strakke (en doorgaans tijdrovende) regelgeving wordt de kans op budgetoverschrijdingen geminimaliseerd.

De Rijksoverheid heeft de beoordeling van bouwprojecten ten behoeve van de intramurale gezondheidszorg op noodzaak en doelmatigheid uitbesteed aan het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Dit College heeft sinds 1 januari 2000 de status van een onafhankelijk zelfstandig bestuursorgaan. De negen leden worden door de minister benoemd.

Het College wordt bijgestaan door een bureau met circa 120 medewerkers met onder meer bouwkundige, juridische, medische en financieel-economische kennis en ervaring. Jaarlijks worden gemiddeld circa 25 grotere ziekenhuis bouwprojecten beoordeeld.

2. Vergunningsprocedure

Het proces dat uiteindelijk leidt tot een vergunning kent vijf fasen. In principe wordt iedere fase wordt afgesloten met een goedkeuringsdocument:

1. De verklaring (van behoefte).
2. Het programma van eisen.
3. Het schetsontwerp.
4. Het besteksplan.
5. De vergunning.

2.1. De verklaring

In de fase voorafgaande aan de verklaring wordt het bouwplan op hoofdlijnen ontwikkeld. Aangetoond moet worden dat de voorgenomen bouw om redenen van bouwkundige en/of functionele aspecten noodzakelijk is en dat het voorgenomen bouwplan op hoofdlijnen past binnen de planningskaders en voldoet aan de eisen van doelmatigheid en soberheid.

Na een positieve beoordeling wordt de „verklaring” afgegeven. In dit goedkeuringsdocument staat onder meer beschreven dat er op grond van de genoemde criteria behoefte is aan het voorgestelde bouwproject en waarin de kaders (capaciteit, oppervlakte en investeringen) waarbinnen het bouwproject mag worden uitgewerkt.

Het moment van daadwerkelijk besteden van de investeringsbedragen komt veelal pas jaren later. Niet zelden wordt het gerealiseerde bouwproject (bij grotere projecten) pas circa tien jaar na het aanvragen van de verklaring opgeleverd. Daarom worden de investeringsbedragen in de volgende goedkeuringsfasen successievelijk geactualiseerd. Dit vindt plaats aan de hand van de zogenaamde gezondheidszorgindex, een gewogen gemiddelde van vier openbare bouwindices.

Afhankelijk van de complexiteit van het bouwproces – vervangende nieuwbouw van een ziekenhuis is altijd in hoge mate complex – wordt de initiatiefnemer uitgenodigd een functioneel programma van eisen in te dienen. Bij een minder complex project wordt het de

initiatiefnemer toegestaan meteen het schetsontwerp ter goedkeuring aan te bieden.

2.2. Het programma van eisen

In de tweede fase wordt (dus optioneel) het functioneel programma van eisen uitgewerkt. Binnen de in de verklaring vastgestelde kaders wordt per hoofdfunctiegroep¹ de ruimtebehoefte nader onderbouwd en gepreciseerd. Er worden keuzen gemaakt ten aanzien van de relatie tussen de hoofdfunctiegroepen en de daarmee samenhangende logistiek van patiënten, bezoekers, personeel en goederen. Ook de eisen ten aanzien van de technische infrastructuur (bijvoorbeeld de HVAC-installaties en de ICT-voorzieningen) worden vastgelegd. Veelal wordt het programma van eisen ingediend samen met een structuurplan of een vlekkenplan. Dit is geen wettelijk vereiste, maar kan de toegankelijkheid voor beoordeling van het programma van eisen vergroten.

2.3. Het schetsontwerp

In de derde fase wordt op basis van het goedgekeurde programma van eisen het schetsontwerp uitgewerkt. Nog steeds binnen de vastgestelde ruimtelijke en financiële kaders, en rekening houdend met alle overige bouweisen op het gebied van veiligheid, arbo, welstand, et cetera, worden keuzen gemaakt ten aanzien van de lay out, het aantal bouwlagen, de interne en externe flexibiliteit, de materialen en de technische infrastructuur. In deze fase moet ook duidelijkheid zijn ontstaan omtrent de grond- en startkosten met inbegrip van bijvoorbeeld interimvoorzieningen en sloop.

2.4. Het besteksplan, de vergunning en de aanbesteding

Afhankelijk van het niveau van indiening en van de resultaten van de beoordeling van het schetsontwerp wordt bepaald of meteen een vergunning kan worden verleend, of dat de bestedingsgerede stukken nog moeten worden onderworpen aan een nadere beoordeling en goedkeuring. Aan de vergunning kunnen voorschriften worden verbonden.

Is uiteindelijk de vergunning verleend, dan kan de initiatiefnemer in beginsel overgaan tot een openbare aanbesteding. Indien de aanbestedingsresultaten de investeringsraming overschrijden is de initiatiefnemer volgens algemeen gebruik gehouden om in overleg met de

1 De 7 hoofdgroepen zijn: patiëntenhuisvesting; medische zorg/onderzoek; medische zorg/behandeling; medische ondersteuning; beheer en opleiding; civiele en technische diensten; personeelsvoorzieningen.

laagste inschrijver te zoeken naar bezuinigingsmogelijkheden. Indien eventuele bezuinigingen zouden leiden tot onaanvaardbaar verlies van functionaliteit en kwaliteit kan in sommige gevallen worden overgegaan tot een beperkte bijstelling van de financiële kaders, zo nodig met een aanpassing van de aan het begin van het vergunningstraject verleende „verklaring”.

3. De bouwplanbeoordeling

Een ziekenhuis wordt geacht tenminste 40 jaar mee te gaan. De bouwkosten worden dan ook over die gehele periode afgeschreven. Voor de instandhouding, en om aan ontwikkelingen in de zorgverlening tegemoet te kunnen komen, mag een ziekenhuis instandhoudingsinvesteringen doen die in totaal ongeveer 50% van de kosten van vervangende nieuwbouw mogen bedragen. Een grotere renovatie vindt daartoe doorgaans halverwege de afschrijvingsperiode plaats. De bouwkosten van deze renovatie mogen in 20 jaar worden afgeschreven. Wettelijk is vastgelegd dat er in de eerste tien jaar na oplevering, behoudens op grond van calamiteiten of planmatig goedgekeurde uitbreiding, geen investeringen mogen worden gedaan.

De behoefte, gedefinieerd in de Wet ziekenhuisvoorzieningen, is het primaire criterium voor de beoordeling van individuele bouwinitiatieven. Een initiatiefnemer moet aantonen dat er behoefte is aan (uitbreiding van) een ziekenhuisvoorziening en dat op een doelmatige wijze voorzien wordt in deze behoefte. Deze doelmatigheid heeft niet alleen betrekking op het kostenaspect (investeringen) en de bouwkundige opzet van een ziekenhuisvoorziening, maar ook op de bereikbaarheid en toegankelijkheid van deze voorziening.

Tot een aantal jaren geleden vormde de provinciale planvorming ex WZV het voornaamste instrumentarium voor de invulling van het behoeftecriterium. Provincies stelden, samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, een provinciaal plan op waarin het aspect spreiding expliciet werd meegenomen. Via de inspraakprocedure werd daarbij ook ruimte gegeven aan de zienswijze van de patiënten/consumenten. De huidige ziekenhuiszorg is, mede door de provinciale planvorming ex WZV in de jaren tachtig en negentig, relatief evenwichtig gespreid. Het instrument van de provinciale planvorming is, waar nu alleen nog maar aanpassing en vervanging van bestaande voorzieningen aan de orde is, terzijde gelegd.

De voornaamste criteria waaraan bouwplannen worden getoetst zijn vastgelegd in de Wet ziekenhuisvoorzieningen zelf (o.m. behoefte, spreiding en omvang), en in regelingen of documenten krachtens deze Wet, zoals de jaarlijks geactualiseerde Bouwkostennota en de regelmatig geactualiseerde Bouwmaatstaven. Voor een aantal, meest bovenregionale, functies bestaat, vanwege specifieke aspecten of vereisten ten aanzien van kosten of specifieke deskundigheid, een separaat vergunningsstelsel, naast het vergunningsstelsel voor de benodigde bouw. Dit is geregeld in de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV).

Het bruto ruimtelijke kader voor een nieuw te bouwen ziekenhuis laat zich berekenen door de normatieve capaciteit, (nu nog) uitgedrukt in aantal bedden, te vermenigvuldigen met 95 m². Het normatieve aantal bedden is 2,8 per 1.000 adherente inwoners. In de klinische adherentie van een ziekenhuis komt de omvang van de door dat ziekenhuis te verzorgen bevolking tot uiting. De adherentie wordt berekend uit het percentage opnamen in dat ziekenhuis van het totaal aantal opnamen uit de gemeenten in het verzorgingsgebied.

Het berekende bruto oppervlak kan worden uitgebreid op grond van de in het functiepakket van het ziekenhuis opgenomen bijzondere functies (als bijvoorbeeld hartchirurgie, een brandwondencentrum, opleidingen tot arts of medisch specialist, etc). Dit uiteraard voorzover er sprake is van vergunningen of erkenningen.

Het financiële kader laat zich vervolgens berekenen door het vastgestelde oppervlak in vierkante meters te vermenigvuldigen met een in de Bouwkostennota genoemd bedrag. De Bouwkostennota wordt jaarlijks door het Bouwcollege geactualiseerd en door de Minister vastgesteld. De actualisatie vindt plaats op basis van onderzoek naar de kostenontwikkeling bij de bouw van intramurale zorgvoorzieningen. De maximale aanvaardbare investeringskosten voor de sector ziekenhuizen bedragen dit jaar ruim 4.500 gulden/m² bruto vloeroppervlak.

Dit principiële kader wordt verruimd door als aanvaardbaar te achten grond- en startkosten. Deze kosten zijn projectspecifiek en worden op hun eigen merites beoordeeld. Losse inventaris inclusief de ruimtelijke aankleding, alsmede kosten voor de aanschaf van medische apparatuur zijn niet in dit kader inbegrepen.

4. Onderhandeling en besluitvorming

Iedere fase kent zijn specifieke interpretatie en strijdpunten in de onderhandelingen tussen aanvrager en beoordelaar.

De verklaring is in het proces dat tot realisatie van een bouwvoornemen moet leiden het belangrijkste document. Is er voor een project eenmaal een verklaring afgegeven, dan is het proces in feite onomkeerbaar geworden. Substantiële planwijzigingen vanwege de initiatiefnemer of beleidsmatige heroverwegingen door de overheid kunnen hooguit leiden tot uitstel, vrijwel nooit tot afstel.

In deze fase moet allereerst duidelijkheid worden verkregen, en moeten eventueel geschillen worden beslecht, over de *zorgvisie* van het ziekenhuis. De zorgvisie moet gerelateerd zijn aan de functie van het ziekenhuis in de regio en moet als basis dienen voor de beoogde infrastructuur en voor het aantonen van de bouwkundige *noodzaak*. Vervolgens moet voor de opbouw van de ruimtelijke en financiële kaders hetzelfde worden bereikt ten aanzien van de adherentie, de boekwaarde, de al dan niet bijzondere functies in aard en omvang, de verdeling van functies over eventuele locaties en de mate van samenwerking met andere instellingen, voorzover die bouwkundige consequenties kunnen hebben.

Aan de verklaring, het dwingend uitgangsdokument voor de volgende fasen, kunnen voorschriften worden verbonden die in acht genomen moeten worden bij de verdere uitwerking van het eventuele programma van eisen en het schetsontwerp.

In de programma van eisen fase hoeven niet vaak grote hobbels te worden genomen. Het is immers een extensie van de aanvraag voor een verklaring. Leidt de beoordeling tot de conclusie dat het programma niet binnen de beleidslijnen van de eigen zorgvisie of die van de overheid of de in de verklaring vastgestelde kaders valt dan staan er drie wegen open: het aanpassen van het programma, het aanpassen van de verklaring of het verbinden van voorschriften aan de goedkeuring die in acht moeten worden genomen bij de uitwerking van het schetsontwerp.

In de schetsontwerp fase, veelal geruime tijd na de afgifte van de goedkeuringsdocumenten tot zover, wordt een plan nogal eens getroffen door voortschrijdend inzicht, bijgestelde criteria van planmatige en/of bouwkundige aard, voorschriften volgens andere re-

gelgeving en/of inspraakprocedures. Niet zelden dreigen dan de ruimtelijke kaders te worden overschreden. Deze hebben echter geen tolerantie, zodat ofwel oplossingen moeten worden gevonden om de overschrijdingen terug te dringen, ofwel een aanpassing van de verklaring moet worden gevraagd. Deze laatste route kan sterk vertragend werken. Derhalve wordt in overleg met de initiatiefnemer gezocht naar bezuinigingsmogelijkheden door een verdere optimalisatie van de functionaliteit.

Op deze plek zij opgemerkt dat het ziekenhuis beleidsmatig wordt aangemoedigd met zijn werkelijke beddenscapaciteit op basis van de 2,8‰ norm, met behoud van het goedgekeurde ruimtelijke kader, in de richting van 2,0‰ te gaan, om op die manier ruimte vrij te spelen voor zorgvernieuwing en substitutie van klinische zorg door dagverpleging en poliklinische zorg.

De belangrijkste beoordelingscriteria zijn vastgelegd in de bouwmaatstaven. De bouwmaatstaven fungeren niet alleen als toetsingskader, maar ook als handleiding voor de ontwerper en de (eind)gebruiker. Ziekenhuizen moeten, gegeven de afschrijvingsperiode, gedurende langere tijd efficiënt en doelmatig moeten kunnen blijven functioneren, waarbij de ontwikkelingen in de zorg, bijvoorbeeld van medisch technische aard, met zo min mogelijk kosten voor de aanpassing van de infrastructuur moeten kunnen worden doorgevoerd. Daarom wordt een permanente actualisatie van deze maatstaven nagestreefd.

Zij het op een meer gedetailleerd niveau geldt voor het beoordelingsproces en de besluitvorming aangaande het besteksplan, de bestedingsgerede stukken hetzelfde als in de schetsontwerpfase. De genoemde bedragen in de uiteindelijke vergunning gelden als een maximaal aanvaardbaar budget.

Uit analyse blijkt dat tegenvallende aanbestedingsresultaten niet alleen het gevolg zijn van de marktsituatie maar ook van ontwerp-technische aspecten. Is het zeker dat het een markteffect betreft dan hoeft daar in principe de instelling met zijn adviseurs niet te worden gestraft, maar kunnen de kaders naar redelijkheid worden gecorrigeerd. Dit kan alleen als noch via de „historische gegevens” (bouw-kostennota), noch via de gezondheidszorgindex dit effect kan worden ondervangen.

Zijn de tegenvallende resultaten het gevolg van het ontwerp, dan zal dit onder de loep moeten worden genomen. Zoals eerder gezegd zullen er bezuinigingen moeten worden doorgevoerd, of zullen de kaders via een op aanvraag aangepaste verklaring moeten worden bijgesteld. Hetzelfde geldt voor meerwerk van principiële aard.

5. Bouwbegeleiding en eindafrekening

Tijdens de bouw wordt er vanwege de Rijksoverheid toezicht uitgeoefend op de naleving van de vergunningvoorwaarden in de vorm van marginale bouwbegeleiding. Dit is een administratief proces. Uitgaande van de in de vergunning gestelde voorwaarden dient een initiatiefnemer via het indienen van kwartaaloverzichten, met daarbij behorende bouwverslagen, en meer- en minderwerkstaten informatie te verstrekken over de door hem aangevane verplichtingen. Meerwerk van technische aard kan na „uitputting” van de daartoe gereserveerde kostenpost slechts worden gehonoreerd als dit budgetneutraal kan worden gerealiseerd. Meerwerk dient gecompenseerd te worden door minderwerk. Meerwerk, technisch of principieel (ten gevolge van functionele wijziging in de goedgekeurde bestekken), dat niet is afgedekt door minderwerk en dat leidt tot een budgetoverschrijding, vereist een nadere toets op doelmatigheid, gevolgd door een eventuele beschikking.

Na oplevering (en ingebruikname) vindt tenslotte vanwege de Rijksoverheid een beoordeling van de eindafrekening plaats. Hiertoe produceert de initiatiefnemer een gespecificeerd eindkostenoverzicht volgens een van tevoren aangegeven model, waarbij per rubriek de werkelijk gemaakte kosten zijn weergegeven. In het geval het ontwerp gedurende de bouw wijzigingen heeft ondergaan dienen de revisietekeningen mee te worden gestuurd. Dit eindkostenoverzicht moet vergezeld gaan van een accountantsverklaring. De accountant dient te verklaren dat de ten laste van het initiatief gebrachte kosten conform het in de vergunning opgenomen totale investeringsbudget zijn verantwoord. Ook moet hij verklaren dat daarnaast voor het betreffende bouwinitiatief geen kosten voor werkzaamheden waarvoor de vergunning niet is afgegeven ten laste van de gewone exploitatie zijn gebracht.

6. Risico's van budgetoverschrijdingen

Het hiervoor beschreven wettelijk voorgeschreven vergunningtraject wordt zo intensief en strikt doorlopen dat het risico van overschrijding is geminimaliseerd.

Overigens zal het, gegeven de bekostigingssystematiek, duidelijk zijn dat alle financiële risico's uiteindelijk worden gedragen door de gemeenschap. Een ziekenhuis is geen onderneming die een overschrijding van de bouwkosten kan afwentelen op winst of vermogen. De kosten van overschrijdingen zullen altijd drukken op de tarieven in de gezondheidszorg en dus op de verzekeringspremies met als uiteindelijk resultaat hogere sociale lasten.

Dit is ook het geval als de initiatiefnemer de overschrijding zou financieren – hetgeen overigens wettelijk in principe niet is toegestaan – ten laste van zijn exploitatie of zijn opgebouwde Reserve Aanvaardbare Kosten. Zelfs als voor de bouw externe geldbronnen zouden kunnen worden aangewend (sponsoring; commerciële activiteiten) dan zou de instandhouding van de gerealiseerde overmaat toch weer indirect ten laste van de collectieve middelen komen.

7. Nieuw overheidsbeleid

In het kader van een dereguleringsbeleid heeft de Minister onlangs aangekondigd de ziekenhuizen op termijn zelf de beschikking te geven over een integraal instandhoudingsbudget. Onder enige voorwaarden krijgen de ziekenhuizen volgens de voorstellen zelf de verantwoordelijkheid om met bouwprojecten in te spelen op ontwikkelingen van beleidsmatige en zorginhoudelijke aard.

De opbouw van middelen vindt zodanig plaats dat die voldoende is om tijdens de afschrijvingsperiode de noodzakelijke renovaties uit te voeren en na de afschrijvingsperiode van 40–50 jaar onder eigen verantwoordelijkheid vervangende nieuwbouw te realiseren. De ziekenhuizen moeten zich achteraf via jaarverslagen verantwoorden over het gevoerde beleid. Een methode om periodieke inspecties van overheidswege te laten uitvoeren vergt nog nadere uitwerking.

8. Resum

- Jaarlijks wordt in Nederland gemiddeld circa 2 miljard gulden besteed aan bouw in de intramurale gezondheidszorg. Dit is ca 2,5% van de totale bouwproductie, infra- en suprastructuur, in Nederland. Ziekenhuisbouw is goed voor de helft van dit bedrag.
- Dankzij een zeer strak en tijdrovend systeem van vergunningverlening gericht op kostenbeheersing komen budgetoverschrijdingen in de ziekenhuissector niet voor.
- Na afgifte van een zogenaamde verklaring, waarin de ruimtelijke en financiële kaders zijn vastgelegd, is er geen weg meer terug.
- Creatieve financiering van ziekenhuisbouw is niet toegestaan, maar biedt ook geen uitkomst: de lasten en de risico's worden uiteindelijk toch gedragen door de gemeenschap.