

Beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen

Versie 31 oktober 2005

1. Inleiding

Op grond van artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) stelt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) beleidsregels vast om aanvragen om een toelating te kunnen beoordelen. Deze beleidsregels zijn gebaseerd op zijn visie als bedoeld in artikel 3 van de WTZi. Bij verdergaande deregulering kunnen de beleidsregels aangepast worden. Volgens artikel 4 WTZi bevatten de beleidsregels in ieder geval criteria over de spreiding van die vormen van zorg waar aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Daarnaast zijn er criteria opgesteld om de aanvragen om een toelating waarmee bouw gepaard gaat, prioriteit te kunnen geven. Deze prioriteitscriteria zijn van belang voor de periodieke vaststelling van het bouwprogramma. Met behulp van deze criteria wordt bepaald of een bouwinitiatief in aanmerking komt voor plaatsing op de bouwprioriteitenlijst, en of het betreffende initiatief sneller gerealiseerd moet worden dan andere initiatieven. Door op deze wijze prioriteiten te stellen ontstaat een rangorde van bouwinitiatieven waarin, in het geval van budgettaire schaarste, wordt aangegeven waar het meeste behoefte aan is. De keuze voor een bepaalde rangorde wordt beargumenteerd. Het beschikbare financiële kader (zie de beleidsvisie) is vervolgens bepalend voor het totaal aan initiatieven dat in de betreffende periode daadwerkelijk voor realisatie in aanmerking komt. De prioriteitscriteria hebben in ieder geval betrekking op de functionele en bouwkundige staat van de instellingen.

Alle instellingen die hun zorg bekostigd willen hebben op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Zorgverzekeringswet moeten daarvoor beschikken over een toelating. Onder de WTZi ligt de uitvoering van de toelatingstaak ten dele bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en ten dele bij de minister. Voorgesteld is om, gezien de aard van de toelatingstaak, de toelatingstaak in zijn geheel onder de verantwoordelijkheid van VWS te brengen, ongeacht of er bouw mee gemoeid is of niet. Materieel maakt dat overigens voor de toelatingstoets niets uit.

Niet alle instellingen zijn verplicht een toelating aan te vragen om te kunnen bouwen. In het Uitvoeringsbesluit WTZi is bepaald welke categorieën instellingen voor welke vormen van bouw een toelating van de minister nodig hebben.

Vooropgesteld dat een verzoek om een toelating op de juiste wijze is ingediend, voorzien van het juiste formulier en van de correcte bijlagen, dient vervolgens te worden beoordeeld of de aanvraag kan worden gehonoreerd. Hierbij zal aan de wet, het Uitvoeringsbesluit WTZi en de navolgende beleidsregels worden getoetst. In het navolgende zullen de regels apart worden verwoord voor de cure en de care. Onder cure worden alle instellingen begrepen die curatieve geestelijke gezondheidszorg en/of curatieve somatische zorg (willen) leveren. De care omvat de instellingen die de functiegerichte aanspraken bedoeld in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (willen) leveren.

2. Algemeen geldende beleidsregels

2.1

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime valt, als bedoeld in artikel 5, tweede lid, van de wet dient vergezeld te gaan van het

standpunt van de leidende (met de instelling contracterende) zorgverzekeraar(s) of het zorgkantoor. Voor zover het gaat om een aanvraag om een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de wet, dient het standpunt van de leidende (met de instelling contracterende) zorgverzekeraar(s) of het zorgkantoor te worden overgelegd tenzij het gaat om een aanvraag van een categorie waarvoor winstoogmerk is toegestaan, als bedoeld in artikel 3.1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi of het gaat om een initiatief waar geen contracteerplicht meer voor bestaat.

Toelichting

Voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime valt, dient bij de aanvraag om (wijziging van) een toelating het standpunt van de leidende, met de instelling contracterende, zorgverzekeraar(s) of het zorgkantoor te worden overgelegd. In verband met de bekostiging is van belang te weten of er voldoende contracteermogelijkheden voor het zorgaanbod bestaan, ongeacht of er nog een contracteerplicht bestaat. In het geval dat het bouwinitiatief niet onder het bouwregime valt, behoeft geen standpunt van de leidende (met de instelling contracterende) zorgverzekeraar(s) of het zorgkantoor te worden overgelegd voor zover er gaat om een initiatief waar geen contracteerplicht meer voor bestaat dan wel de instelling is toegestaan winstoogmerk na te streven. In de overige gevallen dient wel het standpunt van de leidende (met de instelling contracterende) zorgverzekeraar(s) of het zorgkantoor te worden overgelegd.

2.2

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste en tweede lid, van de wet bevat een opgave van de (wijziging van de) capaciteit(en) die met de aanvraag is gemoeid voor zover er sprake is van verblijf. Tevens dient te worden aangegeven of er sprake is van groot- of kleinschalige woonvoorzieningen en of er sprake is van licht, zwaar of beveiligd verblijf als bedoeld in artikel 5.4 Uitvoeringsbesluit WTZi. De aanvraag omvat eveneens een opgave van de uiteindelijke (verblijf)capaciteit(en) van de voorziening als de aanvraag wordt gehonoreerd. Tevens moet worden gemotiveerd op basis van welke afweging voor de gevraagde omvang is gekozen.

2.3

Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP)

Om te kunnen voldoen aan de eisen met betrekking tot maatschappelijke verantwoording en transparantie beschikken instellingen die verblijf leveren, met uitzondering van de zelfstandige behandelcentra, over een LTHP dat vierjaarlijks wordt bijgesteld. Uit het LTHP moet blijken dat de instelling alle mogelijke moeite heeft gedaan om tot een door alle belanghebbenden gedragen visie op de huisvesting en infrastructuur te komen. Een eventueel afwijkende visie van afzonderlijke belanghebbenden is eveneens in het LTHP opgenomen. Bouwinitiatieven dienen opgenomen te zijn in het LTHP. Bij een aanvraag om een toelating dient iedere zorginstelling, voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime van de WTZi valt, een LTHP in te dienen

Toelichting

Bij de aanvraag om een toelating dient het LTHP, voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime van de WTZi valt, als bijlage bij het aanvraagformulier te worden overgelegd. Het LTHP is een afgeleide van de ontwikkelingen in zorg, de organisatie daarvan en de wensen van patiënten. Het huisvestingsplan dient gebaseerd te zijn op het medische beleidsplan, op samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners en op afspraken met zorgverzekeraars over de invulling van de ziekenhuiszorg in de regio.

Het LTHP dient, op initiatief van de zorginstelling, met de direct betrokkenen (andere regionale zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraar en lagere overheden) te worden afgestemd in het zgn. stakeholdersoverleg. Streven is te komen tot een door alle stakeholders

gedragen visie; indien dit niet mogelijk blijkt, dient de zorginstelling aan te kunnen tonen dat zij alle mogelijke moeite heeft gedaan om tot overeenstemming te komen.

2.4

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 5, tweede lid, van de wet moet worden opgesteld met in achtneming van de door het College bouw zorginstellingen vastgestelde prestatie-eisen en kostenkengetallen.

2.5

In een toelating als bedoeld in artikel 5, tweede lid, van de wet kan de minister een termijn opnemen, waarbinnen de initiatiefnemer een aanvraag om een vergunning als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de WTZi moet hebben ingediend.

2.6

Instellingen die vóór het tijdstip van de inwerkingtreding van de WTZi een verklaring zonder uitstelpassage hebben ontvangen voor bouwinitiatieven als bedoeld in artikel 7 WZV zonder dat daar een termijn aan is verbonden, maar nog geen vergunning hebben aangevraagd als bedoeld in artikel 6 WZV, krijgen, voor zover het bouwinitiatief bij de inwerkingtreding van de WTZi nog steeds onder het bouwregime valt, een jaar de tijd om alsnog een vergunning op grond van artikel 5, tweede lid, WTZi aan te vragen. Indien na afloop van dat jaar geen vergunning is aangevraagd, komt de eerder afgegeven verklaring te vervallen. De plaats van de instelling op de prioriteitenlijst komt hiermee eveneens te vervallen.

3. Beleidsregels voor de cure

3.1 **Criteria ten behoeve van het beoordelen van aanvragen om een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste en tweede lid, van de wet van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, onder nummer 1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi voor zover deze zien op de ziekenhuizen**

1.

Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg (acute somatische en acute gecombineerde somatische/psychische zorg) Van alle ziekenhuizen nemen basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen. De instelling legt in het jaarverslag verantwoording af over de wijze waarop de instelling invulling heeft gegeven aan de in het overleg gemaakte afspraken.

Toelichting

Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen zelf verantwoordelijk voor de variatie en differentiatie en invulling. Bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening wordt uitgegaan van de ketenbenadering. Uitgangspunt is de "veldnorm": patiënten die acute zorg nodig hebben moeten binnen een kwartier door een ambulance bereikt worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Bij huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Aansluitend dient er een werkend systeem te zijn (7x24 uur) waarin op voorhand duidelijk is naar welke

instelling de betreffende patiënt vervoerd kan c.q. moet worden. Daarbij moet per regio, op initiatief van het betreffende traumacentrum, een passende oplossing worden gezocht. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen dienen deel te nemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg, en dienen de in dat overleg gemaakte afspraken na te komen.

Als in het ketenoverleg acute zorg geconcludeerd wordt dat in de regio behoefte is aan bepaalde vormen van acute zorg, en het niet mogelijk blijkt voor de verzekeraar die zorg in te kopen omdat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden, kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de Spoedeisende hulp (SEH) op een bepaalde locatie. Indien sprake zou zijn van het niet nakomen van de in de toelating verbonden voorschriften, biedt de wet de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien nodig, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Dit is een laatste redmiddel dat ik, met name op een dringend, gezamenlijk verzoek van de zorgverzekeraar en het traumacentrum (als initiatiefnemer van het ketenoverleg acute zorg) kan gebruiken.

2.

Vorbereiding op opgeschaalde hulpverlening.

Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig functionaris (RGF) over hun inzet bij opgeschaalde hulpverlening en geven dit aan op het formulier waarmee een toelating wordt aangevraagd.

Toelichting

Van opgeschaalde hulpverlening is sprake wanneer meer patiënten/slachtoffers zich aandienen in het ziekenhuis dan waar de normale ziekenhuisbezetting op gebaseerd is. De voorbereiding van algemene en academische ziekenhuizen op opgeschaalde inzet is van belang bij deze bijzondere vorm van medische hulpverlening. De RGF sluit met elk ziekenhuis een contract waarin de afspraken vastgelegd zijn. De afspraken omvatten de voorbereidingen zoals vastgelegd in een actueel plan voor "ziekenhuis in bijzondere omstandigheden" en een afgestemde frequentie en schaal waarin een en ander geoefend wordt.

3.

Berekeningswijze normatieve ruimtebehoefte bij volledig vervangende nieuwbouw
Een aanvraag om een toelating voor een nieuwbouwinitiatief voldoet aan de gestelde eisen met betrekking tot de voor de berekening noodzakelijke cijfers (klinische en poliklinische adherentie, zorgzwaarte, leeftijdsopbouw).

Toelichting

Gezien de accentverschuiving in het activiteitenpatroon van het ziekenhuis is het bed als parameterwaarde voor de bepaling van de normatieve ruimtebehoefte bij vervangende nieuwbouw niet langer relevant. In plaats daarvan wordt een parameter gehanteerd gebaseerd op klinische en poliklinische adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw.

De meest recente, feitelijke adherentiecijfers (t-1) worden geëxtrapoleerd waarbij een planningshorizon van 10 jaar zal worden gehanteerd. De zwaarte van de zorgpopulatie komt tot uiting door gebruikmaking van de voor het betreffende ziekenhuis geldende

verwachte verpleegduur voor klinische patiënten. Dit is de landelijke verpleegduur, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw en het morbiditeitpatroon van het patiëntenbestand van het ziekenhuis. De normatieve oppervlaktes zijn gebaseerd op de resultaten van een door het CBZ uitgevoerd onderzoek naar de verdeling van het ruimtebeslag van het basispakket (266 m² per 1000 inwoners): 61% (= 162 m²) is toe te rekenen aan de klinische patiëntenstroom en 39% (=104 m²) aan de niet-klinische patiëntenstroom. De formule voor de berekening van het normatieve vloeroppervlak luidt als volgt:

Vloeroppervlak = (polikl. adherentie x 0,104 m²) + (klin. adherentie x fv x 0,162 m²).

Fv staat voor "verwachte verpleegduur". Deze factor wordt leeftijds specifiek gehanteerd, zodat de totaalberekening bestaat uit vijf deelformules. Binnen het berekende normatieve vloeroppervlak is de instelling vrij zelf keuzes te maken met betrekking tot de toe te delen ruimten aan bedden capaciteit, poliklinieken en transmurale voorzieningen.

4.

2‰-norm bij vervangende nieuwbouw

Een aanvraag om een toelating voor een nieuwbouwininitiatief bevat een opgave van het aantal daadwerkelijk te realiseren bedden. Het aantal bedden is niet groter dan het volgens de 2‰-norm maximaal te realiseren aantal.

Toelichting

Ten gevolge van de vergrijzing neemt het beroep op ziekenhuisvoorzieningen toe. Tegelijkertijd neemt het bedgebruik af. Reden is de ten gevolge van de medische en technologische ontwikkelingen nog steeds dalende gemiddelde verpleegduur en de verschuiving van klinische opname naar dagbehandeling, en van dagbehandeling naar poliklinische behandeling. Het bed is, zoals hierboven aangegeven, niet langer relevant als parameterwaarde voor de bepaling van de normatieve ruimtebehoefte. Bij nieuwbouw wordt wel een norm gesteld met betrekking tot het aantal daadwerkelijk te realiseren bedden. Een ziekenhuis mag in zijn plannen niet meer bedden realiseren dan 2 bedden per 1000 adherente inwoners (2‰-norm).

5.

Boekwaardecriterium

Op het moment van afstoten van een gebouw dient de boekwaarde niet hoger te zijn dan 7,5% van de investeringskosten van het vervangende bouwininitiatief, berekend op basis van de (voorheen) in het Besluit bouwmaatstaven WZV vastgestelde normen. Het boekverlies op de afschrijving van kapitaalinvesteringen (de som van de boekwaarde minus de opbrengsten van de verkoop) dient op het moment van afstoten bij voorkeur nihil te zijn, doch kan in uitzonderlijke situaties maximaal 4% bedragen van de investeringskosten van het vervangende nieuwbouwininitiatief, eveneens berekend op basis van de (voorheen) in het Besluit bouwmaatstaven WZV vastgestelde normen.

Toelichting

Bij de beoordeling of een gebouw waarvan de kapitaallasten worden nagecalculeerd in de tarieven, kan worden vervangen, wordt een boekwaardecriterium gehanteerd. Hiermee wordt kapitaalvernietiging voorkomen: het is niet wenselijk dat gebouwen worden afgestoten met een te hoge boekwaarde. In algemene zin is binnen tien jaar na ingebruikname of renovatie van een ziekenhuis geen behoefte aan bouw tenzij het bouwininitiatief noodzakelijk is vanwege ingrijpende functiewijzigingen of in geval van noodsituaties. Renovatie van een ziekenhuis is in het algemeen twintig jaar na

ingebruikname nodig. In de laatste vijf jaar vóór het buiten gebruik stellen van een gebouw zijn investeringen (behoudens in geval van onontkoombaar onderhoud of calamiteiten) niet toegestaan.

6.

Prioriteitscriteria

Bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating met bouw worden in het geval er meer aanvragen zijn dan er budgettaire ruimte beschikbaar is, de volgende prioriteitscriteria toegepast (de criteria staan in willekeurige volgorde, er is geen rangorde aangebracht):

1. Initiatieven waarvoor onder de WZV een verklaring met uitstelpassage is afgegeven hebben voorrang boven initiatieven waarvoor een toelating is aangevraagd.
2. Initiatieven die bijdragen aan een betere spreiding en bereikbaarheid van de acute zorg hebben voorrang boven initiatieven waarbij de huidige spreiding en bereikbaarheid wordt geborgd, c.q. initiatieven waarbij dit niet het geval is.
3. Initiatieven die bijdragen aan een betere spreiding en bereikbaarheid van de basiszorg hebben voorrang boven initiatieven waarbij de huidige spreiding en bereikbaarheid worden geborgd, c.q. initiatieven waarbij dit niet het geval is.
4. Initiatieven die bijdragen aan de verschuiving van klinische zorg naar zorg in dagverpleging en poliklinische zorg, hebben voorrang boven initiatieven waarbij dit niet het geval is.
5. Initiatieven die bijdragen aan de verschuiving van intramurale zorg naar transmurale zorg hebben voorrang boven initiatieven waarbij dit niet het geval is.
6. Initiatieven die bijdragen aan een aanmerkelijk doelmatiger gebruik van capaciteiten, waardoor meer patiënten kunnen worden behandeld of exploitatievoordelen worden behaald, hebben voorrang boven initiatieven waarbij dit niet het geval is.

3.2 Criteria ten behoeve van het beoordelen van aanvragen om een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste en tweede lid, van de wet van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, onder nummers 16, 17, 18, 19, 20 en 21 van het Uitvoeringsbesluit WTZi al dan niet in combinatie met verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met een psychische aandoening (geestelijke gezondheidszorg).

1.

Bereikbaarheid van acute zorg

GGZ-aanbieders (incl. de verslavingszorg) stemmen regionaal het aanbod van acute ggz-zorg af. Tot het moment dat de overheveling GGZ naar het tweede compartiment een feit is, naar verwachting op 1 januari 2007, zijn de zorgkantoren hierbij betrokken. Voor een aanvraag tot wijziging van de toelating dienen de afspraken over de beschikbaarheid van acute zorg in een regio te worden overlegd.

Toelichting

Tot het moment van overheveling van de GGZ naar het tweede compartiment maken de aanbieders en zorgkantoren afspraken over voldoende capaciteit voor acute zorg in de regio. Na de overheveling maken partijen in de regio afspraken over het beschikbare aanbod van zorg.

De acute psychiatrie is kortdurend. En goede doorstroming van cliënten van een crisisplaats terug naar huis of naar een andere afdeling wordt door de aanbieders gewaarborgd. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. Als in de regio aan de vraag naar de acute zorg niet wordt voldaan, en het niet mogelijk blijkt voor de verzekeraar die zorg in te kopen omdat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden, kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Indien sprake zou zijn van het niet nakomen van de in de toelating opgenomen voorschriften, biedt de wet de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien nodig, de mogelijkheid om de toelating in te trekken.

2.

Separeervoorzieningen

Elke GGZ aanbieder (incl. de verslavingszorg) die verblijf biedt met behandeling, beschikt over separeerruimten.

Bij een aanvraag om (wijziging van) een toelating in verband met het realiseren van verblijf geeft de aanbieder het aantal separeerruimten aan.

Toelichting

GGZ aanbieders die zich richten op de behandeling van mensen met psychiatrische cq. verslavingsproblematiek alsmede opnames op grond van de Wet Bopz verzorgen, kunnen patiënten separeren.

3.

Electieve complexe geestelijke gezondheidszorg

GGZ-aanbieders (incl. de verslavingszorg) en zorgverzekeraars/zorgkantoren stemmen het aanbod van electieve complexe geestelijke gezondheidszorg af.

Toelichting

De aanbieders, zorgkantoren/verzekeraars maken afspraken over voldoende capaciteit voor electieve complexe geestelijke gezondheidszorg in de regio.

De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten electieve complexe geestelijke gezondheidszorg dienen binnen de keten te worden opgevangen. Als aan de vraag naar de electieve complexe geestelijke gezondheidszorg niet wordt voldaan, en het niet mogelijk blijkt voor de verzekeraar die zorg in te kopen omdat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden, kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Indien sprake zou zijn van het niet nakomen van de in de toelating opgenomen voorschriften, biedt de wet de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien nodig, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. In het geval dat een verzekeraar een nieuwe aanbieder voorstelt voor deze zorg, dan zal de nieuwe aanbieder moeten afstemmen met zorgaanbieders in de keten van deze zorg. Hierbij zal de doelmatigheid moeten worden aangetoond en de kwaliteit moeten worden gewaarborgd.

4.

Boekwaardecriterium

Op het moment van afstoten van een gebouw dient de boekwaarde in beginsel niet hoger te zijn dan 7,5% van de investeringskosten van het vervangende bouwinitiatief, berekend op basis van de (voorheen) in het Besluit bouwmaatstaven

WZV vastgestelde normen. Het boekverlies op de afschrijving van kapitaalinvesterings (de som van de boekwaarde minus de opbrengsten van de verkoop) dient op het moment van afstoten bij voorkeur nihil te zijn, doch kan in uitzonderlijke situaties maximaal 4% bedragen van de investeringskosten van het vervangende nieuwbouwinitiatief, eveneens berekend op basis van de (voorheen) in het Besluit bouwmaatstaven WZV vastgestelde normen.

Toelichting

Bij de beoordeling of een gebouw waarvan de kapitaallasten worden nagecalculeerd in de tarieven, kan worden vervangen, wordt een boekwaardecriterium gehanteerd. Hiermee wordt kapitaalvernietiging voorkomen: het is niet wenselijk dat gebouwen worden afgestoten met een te hoge boekwaarde. In algemene zin is binnen tien jaar na ingebruikname of renovatie van een ziekenhuis geen behoefte aan bouw tenzij het bouwinitiatief noodzakelijk is vanwege ingrijpende functiewijzigingen of in geval van noodsituaties. Renovatie van een psychiatrische voorziening is in het algemeen twintig jaar na ingebruikname nodig. In de laatste vijf jaar vóór het buiten gebruik stellen van een gebouw zijn investeringen (behoudens in geval van onontkoombaar onderhoud of calamiteiten) niet toegestaan.

Het monitoronderzoek uit 2004 heeft uitgewezen dat 24-uur verblijfsvoorzieningen in de ggz tekortkomingen vertonen. Hierbij bleek dat ook nieuwere voorzieningen niet aan de huidige eisen voldoen. Het opheffen van deze tekortkomingen moet ook in nieuwere voorzieningen kunnen worden toegestaan.

5.

Prioriteitscriteria

Bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating met bouw worden, in het geval er meer aanvragen zijn dan er budgettaire ruimte beschikbaar is, de volgende prioriteitscriteria toegepast in volgorde van weging:

1. Initiatieven waarvoor onder de WZV een verklaring met uitstelpassage is afgegeven hebben voorrang boven initiatieven waarvoor een toelating is aangevraagd.
2. Initiatieven die tot verbetering leiden van 24 uur verblijfsvoorzieningen hebben voorrang boven initiatieven waarbij dit niet het geval is.
3. Initiatieven die bijdragen aan een betere spreiding en bereikbaarheid van de acute zorg hebben voorrang boven initiatieven waarbij de huidige spreiding en bereikbaarheid wordt geborgd, c.q. initiatieven waarbij dit niet het geval is.
4. Initiatieven die bijdragen aan een betere spreiding en bereikbaarheid van de basiszorg hebben voorrang boven initiatieven waarbij de huidige spreiding en bereikbaarheid wordt geborgd, c.q. initiatieven waarbij dit niet het geval is.
5. Initiatieven die bijdragen aan de verschuiving van klinische zorg naar ambulante zorg, hebben voorrang boven initiatieven waarbij dit niet het geval is.
6. Initiatieven die tot verbetering leiden van het langdurig verblijf in een beschermende of beveiligde setting hebben voorrang boven initiatieven waarbij dit niet het geval is.

4. Beleidsregels voor de care

4.1 Algemene geldende beleidsregels voor de care

1.

Een aanvraag om een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste of tweede lid, van de wet, van instellingen die cliëntondersteuning leveren, wordt niet gehonoreerd.

2.

Kleinschalige woonvoorzieningen die in aan elkaar grenzende postcodegebieden worden gerealiseerd, moeten zo worden vormgegeven dat zij gezamenlijk niet als één voorziening kunnen worden beschouwd.

3.

Voorzieningen die onder de WZV als kleinschalig zijn aangemerkt, blijven als zodanig toegelaten, ook als zij niet voldoen aan de nieuwe definitie van kleinschaligheid als bedoeld in artikel 5.4 van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

4.2 Specifieke criteria voor verschillende doelgroepen binnen de care

4.2.1 Criteria ten behoeve van het beoordelen van aanvragen om een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste en tweede, van de wet, van instellingen die zorg aanbieden als bedoeld in artikel 1.2, nummers 16, 17, 18, 19, 20 en 21 van het Uitvoeringsbesluit WTZi al dan niet in combinatie met verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met een somatische of een psychogeriatrische aandoening of beperking (ouderenzorg)

1.

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 5, tweede lid, van de wet wordt niet in behandeling genomen als blijkt dat die aanvraag niet de informatie bevat waaruit blijkt dat de initiatiefnemer zich heeft vergewist van het standpunt van de cliënten. Een onderwerp als respect voor de persoonlijke levenssfeer van de bewoners krijgt daarin een plaats. Voor bestaande instellingen betekent dit het standpunt van de cliëntenraad. In het geval de cliëntenraad niet in staat is om zelfstandig de instelling advies te geven, is het aan de instelling om de cliëntenraad hierbij te faciliteren. Als het voor het uitbrengen van een advies over een complex voorstel redelijk is dat de cliëntenraad extern advies moet inwinnen, dient de instelling de cliëntenraad hiertoe financieel in staat te stellen. Verder verdient het de aanbeveling dat de instelling in ieder geval bij een initiatief voor grootschalige renovatie of (vervangende) nieuwbouw van verblijfsvoorzieningen een leefwensenonderzoek uitvoert. Om het standpunt van toekomstige cliënten te inventariseren bestaat de mogelijkheid deze door het doen van marktonderzoek dan wel door tussenkomst van de verzekeraars te verkrijgen van de verzekerden. Het standpunt van de cliënten dient bij de aanvraag te zijn gevoegd. De cliënten worden in dit kader in ieder geval om advies gevraagd over de zorgvisie van de instelling waarin aandacht wordt besteed aan het cliëntperspectief.

2.

Ziekenhuizen die in het kader van de zgn. “verkeerde beddenproblematiek” een toelating aanvragen voor AWBZ-zorg (inclusief de functie verblijf) krijgen die toelating slechts voor verzekerden

- met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking, die een indicatie hebben voor behandeling en verblijf, als omschreven in de artikelen 8 en 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ,
- waarbij het voortgezet verblijf plaats heeft in directe aansluiting op een klinische opname in het ziekenhuis en,

- waarbij het voortgezet verblijf van tijdelijke aard is, en uitsluitend het gevolg is van een tekort aan definitieve plaatsingsmogelijkheden in instellingen die op redelijke afstand zijn gelegen van de woonplaats van verzekerde, en die in het kader van de AWBZ zijn toegelaten als instelling voor behandeling en verblijf, waarbij de toelating als instelling voor verblijf geldt voor verzekerden met een somatische aandoening of beperking dan wel voor verzekerden met een psychogeriatrische aandoening of beperking.

Toelichting

Het beleid is erop gericht het verblijf in ziekenhuizen van medisch-specialistisch uitbehandelde patiënten met een AWBZ-indicatie voor verblijf, zoveel mogelijk te beperken. Uitsluitend onder de genoemde voorwaarden kunnen ziekenhuizen een toelating krijgen/benutten voor het verlenen van AWBZ-zorg (inclusief verblijf). Het gaat hierbij om zorg op zeer beperkte schaal. Als intramurale instellingen voor AWBZ-zorg onvoldoende capaciteit hebben, verdient het de voorkeur dat de ziekenhuizen afspraken maken met deze instellingen over het tijdelijk verblijf van medisch-specialistisch uitbehandelde patiënten en dat de zorg voor deze patiënten geschiedt onder de verantwoordelijkheid en de toelating van de instelling voor AWBZ-zorg. Op aanvragen van ziekenhuizen om een toelating voor AWBZ-zorg voor andere categorieën patiënten zijn de overige care-beleidsregels van toepassing.

3.

Prioriteitscriteria

Bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime valt worden, in het geval er meer aanvragen zijn dan er budgettaire ruimte beschikbaar is, de volgende prioriteitscriteria toegepast in volgorde van weging:

1. Initiatieven waarvoor onder de WZV een verklaring met uitstelpassage is afgegeven hebben voorrang boven initiatieven waarvoor een toelating is aangevraagd.
2. Initiatieven die specifiek bedoeld zijn om de privacy van cliënten in verblijfvoorzieningen te verbeteren door het elimineren van kamers met drie -, vier -, vijf - of meer bedden genieten de hoogste prioriteit.
3. Initiatieven die voorzien in zorg al dan niet in combinatie met verblijf voor mensen in crisissituaties hebben hoge prioriteit, evenals initiatieven die de kwaliteit en kwantiteit van zorg voor mensen met dementie vergroten of die voorzien in ondersteuning van de mantelzorger.
4. Initiatieven die bijdragen aan het realiseren van nieuw verblijfaanbod op een locatie waar dat voordien nog niet het geval was maar waaraan behoefte bestaat gelet op de vraag / wachtlijst, hebben voorkeur boven initiatieven die uitgaan van uitbreiding van het bestaande verblijfaanbod.
5. Initiatieven die bijdragen aan het vervangen van bestaande grootschalige verblijfsvoorzieningen groter dan 150 plaatsen, door verblijfsvoorzieningen kleiner dan 150 plaatsen hebben voorkeur boven initiatieven voor het vervangen van grootschalige voorzieningen door andere verblijfsvoorzieningen groter dan 150 plaatsen.

6. Initiatieven die betrekking hebben op het realiseren van nieuwe verblijfs capaciteit waar zorg als bedoeld in artikel 1.2 Uitvoeringsbesluit WTZi, punten 16, 17, 18 en 19 in combinatie met verblijf zal worden geleverd, hebben geen prioriteit. Het gaat hierbij om initiatieven die gepaard gaan met huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende begeleiding.
7. Bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating geldt dat de voorkeur uitgaat naar verdergaande uitbreiding van de zorg thuis. Indien echter kan worden aangetoond dat er vraag bestaat naar het realiseren van zorg in combinatie met verblijf dan dient die zorg zo breed mogelijk te kunnen worden verleend, zo kleinschalig mogelijk te worden vormgegeven, zowel bouwkundig als inhoudelijk.
8. De hoogte van de te verwachten boekverliezen bij honorering van het verzoek om (wijziging van) toelating heeft een omgekeerde invloed op de prioritering van het verzoek. Bovendien dient het initiatief doelmatig te zijn.

4.2.2 Criteria ten behoeve van het beoordelen van aanvragen om een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste en tweede lid, van de wet, van instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 1.2, nummers 16, 17, 18, 19, 20 en 21 van het uitvoeringsbesluit WTZi al dan niet in combinatie met verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met een verstandelijke, een lichamelijke of een zintuiglijke handicap en kinderdagcentra (gehandicaptenzorg)

1. Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 5, tweede lid, van de wet wordt niet in behandeling genomen als blijkt dat die aanvraag niet de informatie bevat waaruit blijkt dat de initiatiefnemer zich heeft vergewist van het standpunt van de cliënten. Een onderwerp als respect voor de persoonlijke levenssfeer van de bewoners krijgt daarin een plaats. Het standpunt van de cliënten moet blijken uit een, onder de individuele cliënten te houden, leefwensenonderzoek. Hierbij kan gebruikt worden gemaakt van de criteria voor een goed leefwensenonderzoek en de handreiking als aangegeven door VWS (zie brief aan TK d.d.10 december 2004, 29 355 nr. 9). Het standpunt van de cliënten dient bij de aanvraag te zijn gevoegd. De cliënten worden in dit kader in ieder geval om advies gevraagd over de zorgvisie van de instelling waarin aandacht wordt besteed aan het cliëntperspectief.
2. Ten behoeve van het realiseren van capaciteit in grote nieuw te bouwen woonwijken wordt uitgegaan van een geprognosticeerde vraag. De initiatiefnemer dient aannemelijk te maken dat op termijn een vraag van bepaalde omvang naar de door hem te leveren zorg bestaat. De minister beoordeelt deze prognose voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime valt. Op basis van die prognose kan een toelating worden verleend als aan de overige vereisten is voldaan.
3. Een aanvraag om (wijziging van) een toelating in verband met het realiseren

van verblijf voor de achtervangfunctie voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (LVGj) wordt alleen gehonoreerd voor LVGj-instellingen. Dit vanwege de benodigde expertise die alleen bij LVGj-instellingen aanwezig is.

Toelichting

Het betreft hier expertise op de raakvlakken tussen gehandicaptenzorg en resp. jeugdzorg en psychiatrie. Alleen LVGj instellingen, die vanuit hun taak deze expertise in huis hebben, zijn in staat de (specialistische) achtervangfunctie te leveren. Initiatieven t.b.v. de achtervangfunctie door niet LVGj instellingen zullen om deze reden worden afgewezen.

4.

Ten aanzien van de voorzieningen voor sterk gedragstoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) wordt onderscheid gemaakt in behandelplaatsen, behandelplus-plaatsen en verblijfplaatsen.

Het aantal klinische behandelplaatsen bedraagt maximaal 184.

- Het aantal klinische behandelplus-plaatsen voor forensische verstandelijk gehandicaptenzorg bedraagt maximaal 120. Voor deze doelgroep en vergelijkbare doelgroepen is de bouwnorm "beveiligd" van toepassing.

De toeslag op de bouwnorm voor verblijfplaatsen voor mensen met een gedragsstoornis ("licht" of "zwaar"), geldt alleen indien een poging is gedaan de gedragsstoornis te behandelen.

Toelichting

De nu aanwezige en in ontwikkeling zijnde behandelcapaciteit is voldoende om aan de vraag te voldoen. In verband met de hoge kosten wordt deze zorgvorm niet verder uitgebreid dan hier aangegeven. Uitbreiding van de verblijfs capaciteit kan alleen onder speciale voorwaarden t.b.v. nieuwe cliënten.

In beginsel moeten alle cliënten met gedragsproblematiek behandeld kunnen worden. Alleen indien een van de vijf behandelcentra heeft verklaard dat bij de betreffende cliënt een poging tot behandeling is gedaan, mag de sterk verzwaarde bouwnorm voor SGLVG verblijf worden toegepast. Indien VWS plannen krijgt met de verzwaarde bouwnorm, dient dit dus aangetoond te worden.

5.

Er mogen in het hele land 12 multifunctionele centra (MFC) met elk een capaciteit van 24 klinische plaatsen worden gerealiseerd, ten behoeve van zorg op het raakvlak van de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg voor jeugdigen.

Toelichting

MFC's bieden dure intramurale zorg en behandeling op het raakvlak van gehandicaptenzorg en kinder- en jeugdpsychiatrie. Het genoemde aantal behandelplaatsen is voldoende om de zorg te kunnen geven die nodig is. In verband met de hoge kosten worden bouwplannen voor een dertiende MFC en/of een groter aantal dan 24 plaatsen afgewezen.

6.

Kinderdagcentra (KDC) ontvangen steeds meer kinderen met zwaardere problemen. Voor de zwaarste categorie is een nieuwe bouwnorm ontwikkeld. Vooralsnog kan maximaal 0,14 promille van de bevolking in 2010, in aantallen plaatsen worden gebaseerd op deze nieuwe bouwnorm.

Toelichting

De zorgzwaarte van de doelgroep die opgevangen wordt in KDC is de laatste 10 jaar sterk toegenomen. Om een adequaat antwoord te geven op de problemen die de bestaande KDC daardoor tegenkomen is op basis van een aantal experimenten een nieuwe bouwnorm ontwikkeld. Deze, aanzienlijk hogere, bouwnorm voor multifunctionele kinderdagcentra voor meervoudig complex gehandicapte kinderen wordt vooralsnog toegestaan voor een beperkt deel van de KDC-capaciteit. Er is gekozen voor een promillage van de bevolking omdat daardoor tevens een goede spreiding over Nederland ontstaat van deze nieuwe voorzieningen.

7.

Per zorgkantoorregio dient een minimum van 1 plaats crisisopvang per 75 toegelaten plaatsen aanwezig te zijn. De maximumbehoefte wordt bepaald door het zorgkantoor.

8.

Prioriteitscriteria

In het geval er meer aanvragen zijn dan er budgettaire ruimte beschikbaar is worden bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating voor zover het bouwinitiatief onder het bouwregime valt in verband met uitbreiding van de zorg of vervanging van zorgvoorzieningen al dan niet gecombineerd met verblijf de volgende prioriteitscriteria toegepast in volgorde van weging:

1. Initiatieven waarvoor onder de WZV een verklaring met uitstelpassage is afgegeven hebben voorrang boven initiatieven waarvoor een toelating is aangevraagd.
2. Bestaande voorzieningen met een slechte functionele kwaliteit dienen met voorrang te worden aangepakt. Dit geldt vooral voor de 'rood' en 'oranje' aangemerkte verblijfvoorzieningen. Verzoeken om (wijziging van) een toelating ter verbetering van deze voorzieningen hebben de hoogste prioriteit.
3. Verzoeken om (wijziging van) een toelating in verband met ambulante zorg (scheiden wonen en zorg) hebben voorrang boven verzoeken om (wijziging van) een toelating voor zorg met verblijf.
4. Aan verzoeken om (wijziging van) een toelating in verband met dag-, weekend-, midweek- en vakantieopvang wordt de voorkeur gegeven boven verzoeken die voorzien in voltijdscare voor zeven dagen per week.
5. Verzoeken om (wijziging van) een toelating in verband met (bouw)activiteiten voor wonen die voortvloeien uit expliciete beleidsstandpunten/-prioriteiten voor bepaalde groepen zoals LVG, raakvlak LVG-psychiatrie of die het gevolg zijn van andere afspraken, zoals verlichting van de wachtlijstproblematiek, hebben prioriteit.
6. Afbouw van bestaande grootschalige woonvoorzieningen ten gunste van kleinschalige woonvoorzieningen heeft prioriteit ten opzichte van het vervangen van grootschalige voorzieningen door andere grootschalige woonvoorzieningen.
7. De mate waarin een initiatief leidt tot kleinschaliger voorzieningen bepaalt mede de prioriteit van het initiatief.
8. De hoogte van de te verwachten boekverliezen bij honorering van het verzoek om (wijziging van) toelating heeft een omgekeerde invloed op de prioritering van het verzoek. Bovendien dient het initiatief doelmatig te zijn.

