

Vaststelling beleidsregels ex artikelen 4 en 13 Wet toelating zorginstellingen

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 juli 2007, nr. MC-U-2776561, houdende vaststelling van beleidsregels ex artikelen 4 en 13 van de Wet toelating zorginstellingen

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op de artikelen 4 en 13 van de Wet toelating zorginstellingen;

Besluit:

Artikel 1

Bij de beoordeling van aanvragen om of bij het verbinden van voorschriften aan een toelating als bedoeld in artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen worden de beleidsregels gebruikt zoals opgenomen in de bijlage van deze regeling.

Artikel 2

Het besluit van 17 januari 2006 tot vaststelling van beleidsregels ex artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen (Staatscourant 30 januari 2006, nr. 21) wordt ingetrokken.

Artikel 3

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst, met dien verstande dat aanvragen om een toelating, ingediend vóór de inwerkingtreding, worden beoordeeld aan de hand van de beleidsregels, vastgesteld bij het in artikel 2 genoemde besluit.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink.*

Bijlage bij artikel 1: beleidsregels

1. Inleiding

Artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) bepaalt dat alle instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de Zorgverzekeringswet, moeten beschikken over een toelating. Vooropgesteld dat een verzoek om een toelating op de juiste wijze is ingediend, voorzien van het juiste formulier en van de correcte bijlagen, dient te worden beoordeeld of de aanvraag kan worden gehonoreerd.

Daartoe zal de toelatingsaanvraag worden getoetst aan de eisen zoals gesteld in de wet, het Uitvoeringsbesluit WTZi en onderhavige beleidsregels vastgelegd op grond van artikel 4 van de WTZi.

Daarnaast zijn er beleidsregels die (ook) van kracht zijn na het verlenen van de toelating. In dat verband wijs ik op artikel 13 van de WTZi, dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de bevoegdheid geeft aan – al dan niet reeds afgegeven – toelatingen voorschriften te verbinden. Het niet voldoen aan beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn, kan aanleiding zijn zo'n voorschrift te stellen. In veel gevallen zijn deze algemeen geldende beleidsregels ook relevant bij de beoordeling van de toelatingsaanvraag, maar dit is niet altijd het geval.

Volgens artikel 4 WTZi bevatten de beleidsregels in ieder geval criteria over de spreiding van die vormen van zorg waarbij aan de bereikbaarheid een bijzonder belang moet worden gehecht. Voor zover een toelatingsaanvraag gepaard gaat met een in het Uitvoeringsbesluit WTZi aangewezen vorm van bouw, dient tevens getoetst te worden of de toelating niet leidt tot een overschrijding van het beschikbare financiële kader zoals bedoeld in artikel 3 van de WTZi. Daarom 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. Het beschikbare financiële kader is vervolgens bepalend voor het totaal aan initiatieven dat in de betreffende periode daadwerkelijk voor realisatie in aanmerking komt.

In het navolgende zullen, naast een aantal sectoroverstijgende beleidsregels (§ 2), aparte beleidsregels regels worden verwoord voor de acute zorgketen (§ 3), ziekenhuiszorg (§ 4), geestelijke gezondheidszorg (§ 5), verpleging en verzorging (§ 6) en gehandicaptenzorg (§ 7).

2. Sectoroverstijgende beleidsregels

2.1. Beleidsregels alleen ter toetsing bij een toelatingsaanvraag

2.1.1. Standpunt verzekeraars

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 9, eerste lid van de wet, dient vergezeld te gaan van het standpunt van de zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voorzover deze verplicht zijn met de desbetreffende instelling een overeenkomst te sluiten.

Toelichting

De WTZi schrijft in artikel 7, eerste lid, voor dat de minister bij aanvragen om een toelating, gepaard met bouw, de zorgverzekeraars in de gelegenheid stelt hun zienswijze kenbaar te maken. Het is wenselijk gebleken dat ook bij bepaalde aanvragen zonder bouw die zienswijze bekend is. Dit betreft situaties waarbij: – voor een instelling contracteerplicht bestaat. De zorgkantoren kunnen door de contracteerplicht immers gedwongen worden om een contract af te sluiten met de betreffende instelling. Zij dienen derhalve in staat te worden gesteld om eventuele bezwaren tegen de toelating kenbaar te maken; – sprake is van een kleinschalige woonvoorziening. Uit het standpunt van het zorgkantoor moet blijken of het initiatief voldoet aan de eisen zoals gesteld in artikel 5.4 van het Uitvoeringsbesluit WTZi en in hierna volgende beleidsregels 5.1.5, 6.1.1. en 7.1.1.

Aangezien op alle kleinschalige woonvoorzieningen op dit moment de contracteerplicht van toepassing is, is in de beleidsregel alleen de contracteerplicht als voorwaarde opgenomen.

Bovenstaande criteria hebben tot gevolg dat het standpunt van verzekeraars (i.c. het zorgkantoor) alleen meegevoerd dient te worden bij toelatingsaanvragen en -wijzigingen van instellingen in de GGZ-sector en instellingen in de care-sector. Bij aanvragen om (wijziging van) een toelating van instellingen voor medisch specialistische zorg, die in het kader van de zogeheten 'verkeerde bedden problematiek' een toelating aanvragen voor het leveren van functies als bedoeld in het Besluit zorgaanpakken AWBZ, hoeft geen standpunt van het zorgkantoor of van de (leidende) verzekeraar/regiovertegenwoordiger meegevoerd te worden.

In dit verband wordt opgemerkt dat weliswaar volgens artikel 7, eerste lid, van de WTZi de minister bij aanvragen met bouw de verzekeraars in de gelegenheid stelt hun zienswijze daarover kenbaar te maken, maar dat het, om de behandeling te bespoedigen, aanbeveling verdient dat de instellingen die zienswijze reeds bij hun aanvraag voegen.

2.1.2. Vermelden capaciteit

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste 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 of als er sprake is van een kinderdagcentrum als bedoeld in artikel 5.2 onder d van het Uitvoeringsbesluit WTZi. Tevens dient te worden aangegeven of er sprake is van groot- of kleinschalige woonvoorzieningen als bedoeld in artikel 5.4 van het Uitvoeringsbesluit WTZi en of er sprake is van licht of zwaar verblijf als bedoeld in artikel 5.1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi of van beveiligd verblijf als bedoeld in de prestatie-eisen van het College bouw zorginstellingen. 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.

2.1.3. Prestatie-eisen

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, van de wet moet worden opgesteld met in achtneming van de door het College bouw zorginstellingen vastgestelde prestatie-eisen en kostenkengetallen.

2.1.4. Indien termijnen aanvraag vergunning

In een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, van de wet, wordt in beginsel opgenomen dat de instelling binnen twee jaar na afgifte van de toelating een vergunning als bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de WTZi dient aan te vragen. Als voor die datum geen vergunning is aangevraagd komt de afgegeven toelating te vervallen. Een verzoek van de instelling tot verlenging van deze termijn zal worden gehonoreerd indien de complexiteit van het betreffende initiatief verlenging van de termijn naar het oordeel van de minister rechtvaardigt.

2.1.5 Ingangsdatum toelating

1. Een (wijziging van een) toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet, gaat in beginsel in op de datum van de beschikking. Bij het indienen van de aanvraag dient de instelling er dus rekening mee te houden dat de wettelijke beslistermijn voor aanvragen maximaal 8 weken bedraagt,

eventueel verlengd met nogmaals 8 weken. Indien de aanvrager aannemelijk kan maken dat de aanvraag door redenen waarop de aanvrager geen invloed kan uitoefenen, niet eerder kon worden ingediend, kan de toelatingswijziging bij wijze van uitzondering ingaan op een moment vóór de datum waarop de beschikking wordt afgegeven. De ingangsdatum ligt echter niet voor de datum van de aanvraag. Een belangrijk toetsingscriterium voor het bepalen van een ingangsdatum die ligt voor de datum van de beschikking is ook de mate waarin de aanvraag bij indiening compleet is.

2. In afwijking van het gestelde in het eerste lid, wordt de toelating als instelling voor verblijf van instellingen die kleinschalige woonvoorzieningen exploiteren maximaal twee maal per jaar gewijzigd. Instellingen die een wijziging in hun toelating als instelling voor verblijf ten behoeve van een kleinschalige woonvorm beogen, dienen hun aanvraag met betrekking tot de wijzigingen over de maanden januari tot en met juni van enig jaar in vóór 1 september van datzelfde jaar. Een aanvraag die betrekking heeft op wijzigingen over de maanden juli tot en met december wordt ingediend vóór 1 maart van het eerstvolgende jaar. Een wijziging van de toelating als instelling voor verblijf gaat niet eerder in dan 1 januari van hetzelfde jaar, resp. 1 juli van het direct aan de aanvraag voorafgaande jaar.

2.2. Beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn

2.2.1. Behoud van waarde van onroerende zaken voor de zorg

1. Instellingen, bedoeld in artikel 5.2 van het Uitvoeringsbesluit WTZi zoals dat luidde op 1 januari 2007, dienen de waarde van de onroerende zaken (zijnde gebouwen, grond of aandelen in andere rechtspersonen wanneer (grootschalige) onroerende zaken weer onderdelen vormen van diens vermogen), die tussen het tijdstip van inwerkingtreding van deze beleidsregels en 1 januari 2008 (voor ziekenhuizen) respectievelijk tussen het tijdstip van inwerkingtreding van deze beleidsregels en het moment van invoering van integrale tarieven en afschaffing van het bouwregime (in de geestelijke gezondheidszorg en de AWBZ-sectoren) in eigendom van de instelling zijn of komen, voor de zorg te bestemmen.

2. Bij het aangaan van overeenkomsten of het oprichten van of deelnemen in andere rechtspersonen, het afsplitsen van vermogen of het fuseren met andere rechtspersonen en bij bedrijfsbeëindiging (de toegelaten instelling verleent geen zorg meer) is (en blijft) de toegelaten instelling verantwoordelijk voor het behoud van de waarde van de onroerende zaken voor de zorg.

3. Als bij (volledige) bedrijfsbeëindiging de waarde van de onroerende zaken niet binnen een jaar is aangewend voor zorg of als er niet binnen een jaar een uitgewerkt plan beschikbaar is om de waarde aan te wenden in de zorg, dient de waarde van de onroerende zaken in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten te worden gestort.

4. De waarde van de onroerende zaken die moet worden behouden voor de zorg, is de marktwaarde ten tijde van de transactie van de onroerende zaken.

5. In de jaarverslaggeving dient de instelling jaarlijks aan te tonen wat de marktwaarde is van de in het eerste lid bedoelde onroerende zaken en dat de marktwaarde van deze onroerende zaken, voor zover dit onderwerp is geweest van een transactie, voor de zorg behouden is. Daartoe dient de instelling ten minste een maal per vijf jaar de in het eerste lid bedoelde onroerende zaken door een onafhankelijke taxateur te laten taxeren. De eerste taxatie dient uiterlijk 31 december 2008 te hebben plaatsgevonden.

6. Tot 1 januari 2008 (voor de ziekenhuizen) respectievelijk het moment van invoering van integrale tarieven en afschaffing van het bouwregime (in de geestelijke gezondheidszorg en de AWBZ-sectoren) dienen transacties waarmee onroerende zaken zijn gemoeid (bijvoorbeeld bij verkoop, verhuur of het met een beperkt zakelijk recht belasten van gebouwen en grond aan derden of gelicentieerde rechtspersonen, alle transacties waardoor onroerende zaken niet langer onder de toelating op grond van de WTZi vallen zoals die luidde voorafgaand aan de transactie, alsmede verkoop van aandelen in rechtspersonen die grootschalige onroerende zaken bevatten) tenminste acht weken vóór de beoogde transactie te worden gemeld bij het College sanering zorginstellingen. Dit college (of zijn opvolgende organisatie) beslist na ontvangst van deze mededeling over de hoogte van de waarde die voor de zorg moet worden behouden. Verkoop dient tegen de marktwaarde plaats te vinden.

7. Als de instelling bij verkoop- of andere transacties aantoonbaar dat het onmogelijk is om de marktwaarde van de onroerende zaken voor de zorg te behouden, kan bij wijze van uitzondering worden toegestaan dat een andere (lagere) waarde voor de zorg wordt behouden.

Toelichting

Algemeen

Artikel 18 van de WTZi met betrekking tot de verkoop van onroerende zaken en de beleidsregels van de Nederlandse zorgautoriteit met betrekking tot verrekenen van boekwinsten in de tarieven zijn bedoeld om de waarde van onroerende zaken die met collectieve middelen in een beschermde omgeving is

opgebouwd, te behouden voor de zorg. Artikel 18 is alleen van toepassing op het melden van een voornemen om het gebruik van gebouwen en grond voor zorg te beëindigen en heeft geen betrekking op andere transacties met onroerende zaken. Tevens zullen bij bekostiging op basis van integrale tarieven boekwinsten die worden gerealiseerd bij verkoop van gebouwen en grond niet langer worden verwerkt in de tarieven. Er is daarom gekozen om de waarde van onroerende zaken te behouden voor de zorg via WTZi-beleidsregels, voor de korte termijn in aanvulling op artikel 18. Artikel 18 wordt buiten werking gesteld op het moment van afschaffing van het bouwregime. Vanaf dat moment zullen deze beleidsregels aangepast worden. Transacties hoeven dan niet meer te worden gemeld. De marktwaarde ten tijde van de onroerend goed-transactie moet vanaf dat moment behouden worden voor de zorg. De beleidsregel met betrekking tot verrekenen van boekwinsten in de tarieven vervalt reeds bij de inwerkingtreding van deze set beleidsregels.

Deze beleidsregel voor behoud van waarde van onroerende zaken wordt bij collectieve beschikking als voorschift verbonden aan bestaande toelatingen van instellingen (artikel 13 WTZi). Bij de eerstkomende wijziging van de WTZi zullen deze regels als eis in de wet worden geformuleerd.

Waarde onroerende zaken

Tot de onroerende zaken worden gerekend grootschalige gebouwen en grond en het aandelenbezit in andere rechtspersonen wanneer (grootschalige) onroerende zaken weer onderdelen vormen van diens vermogen. Uitgezonderd zijn niet-WMG gefinancierde activa en onroerende zaken die zijn verkregen door schenkingen waarbij de instelling kan aantonen dat de schenker expliciet heeft aangegeven dat het een bepaalde (andere) bestemming krijgt bij beëindiging van het gebruik voor zorg. Kleinschalige woonvoorzieningen vallen in 2007 niet onder het bouwregime en worden reeds bekostigd op basis van prestaties. Zij vallen daarom niet onder deze beleidsregel.

Marktwaarde

Instellingen dienen in hun jaarverslaggeving de marktwaarde van de onroerende zaken die zij tussen het tijdstip van inwerkingtreding van deze beleidsregels en 1 januari 2008 (ziekenhuizen) respectievelijk tussen het tijdstip van inwerkingtreding van deze beleidsregels en het moment van invoering van integrale tarieven en afschaffing van het bouwregime (geestelijke gezondheidszorg en AWBZ-instellingen) in eigendom hadden, weer te geven. Om een goed beeld van de marktwaarde te geven dienen instellingen ten minste eenmaal per vijf

jaar een taxatie door een onafhankelijke taxateur uit te laten voeren. Bij snel veranderende marktomstandigheden zal een dergelijke taxatie mogelijk vaker moeten plaatsvinden om een goede weergave van de marktwaarde op te kunnen nemen. In een rustiger situatie kan de marktwaarde worden aangepast aan algemene marktontwikkelingen.

Voor de vaststelling van de marktwaarde van het aandelenbezit in andere rechtspersonen die grootschalige gebouwen en grond in eigendom hebben, dient gekeken te worden naar de marktwaarde van die gebouwen en grond danwel, wanneer de instelling niet de enig aandeelhouder is, naar een met de hoeveelheid aandelen evenredig gedeelte van die marktwaarde.

Om in de jaarverslaggeving 2008 aan de in het vijfde lid bedoelde verplichting te kunnen voldoen, dient de eerste taxatie uiterlijk 31 december 2008 plaats te hebben gevonden.

In overleg met de Raad voor de jaarverslaggeving zal ik bezien of gekomen kan worden tot een eenduidige wijze van verslag doen van de marktwaarde in de jaarrekening.

Voor de zorg te behouden marktwaarde

Bij verkoop- of andere transactie van een activum vóór 1 januari 2008 (ziekenhuizen) respectievelijk het moment van invoering van integrale tarieven en afschaffing van het bouwregime (geestelijke gezondheidszorg en AWBZ-instellingen), moet de marktwaarde van onroerende zaken en van het aandelenbezit in andere rechtspersonen die grootschalige gebouwen en grond in eigendom hebben, per de datum van de transactie voor de zorg behouden blijven. In deze situatie houdt het College Sanering nog toezicht vooraf.

Bij transacties vanaf de afschaffing van het bouwregime, moet de marktwaarde op de transactiedatum (datum waarop de transactie van het onroerend goed plaatsvindt) behouden blijven. In deze situatie is sprake van toezicht achteraf. De verkoopwaarde kan (afhankelijk van ontwikkelingen op de vastgoedmarkt) afwijken van de in de jaarverslaggeving opgenomen marktwaarde. De jaarlijkse weergave van de marktwaarde in de jaarverslaggeving zal echter doorgaans een goed richtsnoer voor vastgoedtransacties zijn.

Zorg

Onder zorg wordt in deze beleidsregels verstaan AWBZ- of Zvw verzekerde zorg waarvoor een WTZi-toelating nodig is, inclusief innovatie en extramurale zorgverlening ter ondersteuning van zelfstandig wonen in wijken. Zolang verkoopopbrengsten worden aangewend ten behoeve van zorg, kan de instelling zelf bepalen waaraan de opbrengsten worden besteed. Zo kunnen opbrengsten worden aangewend voor de aflossing

van leningen en voor de opbouw van eigen vermogen. De beleidsregel van de Nederlandse zorgautoriteit 'Verrekening boekwinsten bij verkoop' is bij de inwerkingtreding van deze beleidsregel vervallen. Instellingen die zich na de inwerkingtreding van deze beleidsregel melden bij het College sanering, hebben dus niet meer te maken met verrekening van boekwinsten of boekverliezen in de tarieven. Instellingen die zich voor de inwerkingtreding van deze beleidsregel al bij het College sanering hebben gemeld, kunnen, indien gewenst, de transactie nog onder het oude regime laten afhandelen.

3. Criteria ten behoeve van het beoordelen van (aanvragen om) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, nummers 1, 5 en 12 van het Uitvoeringsbesluit WTZi en van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, onder nummers 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 psychiatrische aandoening. De beleidsregels in deze paragraaf hebben betrekking op de acute zorgketen

3.1. Beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn

3.1.1. Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg (acute somatische en acute gecombineerde somatische/psychiatrische zorg)

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulance voorzieningen en huisartsenposten nemen op een constructieve manier deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen.

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.

De afspraken in het regionale overleg acute zorgketen moeten ertoe leiden dat deelnemers aan het overleg alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdeling van een basisziekenhuis¹ te bereiken, niet in gevaar komt².

Toelichting

Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen, binnen de door de overheid gestelde kaders, zelf verantwoordelijk voor de variatie en differentiatie en invulling. Bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening wordt uitge-

gaan van de ketenbenadering. Allereerst is er de 'veldnorm' voor ambulancezorg die aangeeft dat patiënten die acute zorg nodig hebben, binnen een kwartier door een ambulance bereikt moeten worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Bij huisartsen rust de inspanningsverplichting om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Voorts is er in het kader van de WTZi het regionale overleg acute zorgketen dat er voor dient te zorgen dat er aansluitend een werkend systeem is (7 x 24 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. Deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen kunnen alleen (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een SEH-afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt. Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten dienen deel te nemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen, en dienen de in dat overleg gemaakte afspraken na te komen.

Als een instelling met een voorgenomen wijziging in het zorgaanbod niet voldoet aan de bereikbaarheidsnorm, kan aan de bestaande toelating van de betreffende instelling het voorschrift worden verbonden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH-afdeling op het niveau van een basisziekenhuis 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, met name op een dringend, gezamenlijk verzoek van de zorgverzekeraar en het traumacentrum (als initiatiefnemer van het regionale overleg acute zorgketen) kan worden gebruikt.

4. Criteria ten behoeve van het beoordelen van (aanvragen om) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, onder nummer 1, van het Uitvoeringsbesluit WTZi al dan niet in combinatie met verblijf als bedoeld in artikel 10, onder g, van de zorgverzekeringswet. De beleidsregels in deze paragraaf zijn van toepassing op ziekenhuiszorg

4.1. Beleidsregels alleen ter toetsing van de toelatingsaanvraag

4.1.1. Berekeningswijze normatieve ruimtebehoefte bij volledig vervangende nieuwbouw

Een aanvraag om een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, van de wet, voor een nieuwbouwininitiatief waarvan de kapitaallasten via de tarieven vergoed, 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 adherentie-cijfers (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 morbiditeitspatroon van het patiëntenbestand van het ziekenhuis. De normatieve oppervlaktes zijn gebaseerd op de resultaten van een door het College bouw zorginstellingen 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 × 0,104 m²) + (klin. adherentie × fv × 0,162 m²).

Fv staat voor 'verwachte verpleegduur'. Deze factor wordt leeftijdspecifiek 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.

4.1.2. Boekwaardecriterium

Op het moment van afstoten van een gebouw waarvan de kapitaallasten via de tarieven worden vergoed, dient de boekwaarde niet hoger te zijn dan 7,5% van de investeringskosten van het vervangende bouwininitiatief, berekend op basis van de prestatie-eisen van het College bouw zorginstellingen. 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 prestatie-eisen van het College bouw zorginstellingen.

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.

4.1.3. 2%-norm bij vervangende nieuwbouw

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid van de wet, voor een nieuwbouwininitiatief waarvan de kapitaallasten via de tarieven worden vergoed, 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. Oorzaak 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 rele-

vant 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).

4.2. Beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn

4.2.1. Voorbereiding op opgeschaalde hulpverlening

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen bereiden zich in samenwerking met andere zorgverleners en diensten uit de acute ketenzorg voor op inzet in opgeschaalde situaties. Hiervoor dient de zorginstelling over een Rampen Opvang Plan te beschikken. De instelling overlegt dit Rampen Opvang Plan bij de aanvraag van een toelating. Het Rampen Opvang Plan dient regelmatig te worden bijgesteld op grond van ervaringen uit trainingen en oefeningen. De zorginstelling doet in de jaarverantwoording jaarlijks verslag over de wijze waarop de instelling hier invulling aan heeft gegeven.

De zorginstelling stemt haar werkwijze af met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGZ) van de veiligheidsregio waarin de instelling is gelegen. De gemaakte afspraken zullen worden opgenomen in een regionaal crisisplan, dat door het bestuur van de veiligheidsregio wordt vastgesteld.

Toelichting

Het leveren van verantwoorde zorg betreft ook het zorgaanbod in geval van zware ongevallen, bij crises en rampen, zogenaamde opgeschaalde situaties. De genoemde instellingen dienen zich hierop voor te bereiden aan de hand van een Rampen Opvang Plan. De Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (Zirop) kan hiertoe behulpzaam zijn. Opleiden, trainen en oefenen zijn onderwerpen die onlosmakelijk zijn verbonden aan een kwalitatief goed plan. Uit elke training en oefening zal blijken dat er punten ter verbetering mogelijk zijn, hetgeen zal moeten leiden tot bijstellingen van het plan.

4.3. Prioriteitscriteria

Bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid van de wet, waarvan de kapitaallasten via de tarieven worden vergoed, 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 initia-

tieven 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.

5. Criteria ten behoeve van het beoordelen van (aanvragen om) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, onder nummers 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 psychiatrische aandoening. De beleidsregels in deze paragraaf zijn van toepassing op geestelijke gezondheidszorg

5.1. Beleidsregels alleen ter toetsing van de toelatingsaanvraag

5.1.1. Boekwaardecriterium

Op het moment van afstoten van een gebouw waarvan de kapitaallasten via de tarieven worden vergoed, dient de boekwaarde in beginsel niet hoger te zijn dan 7,5% van de investeringskosten van het vervangende bouwinitiatief, berekend op basis van de prestatie-eisen van het College bouw zorginstellingen. Het boekverlies op de afschrijving van kapitaalinvesteringen (de som van de boekwaarde minus de opbrengsten van de verkoop) dient op het moment van afstoten uit 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 prestatie-eisen van het College bouw zorginstellingen.

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-uurs 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.

5.1.2. Kliniek voor intensieve behandeling (KIB)

Een aanvraag van een (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid van de wet, voor uitbreiding van de capaciteit voor een kliniek voor intensieve behandeling, wordt in principe slechts toegekend aan bestaande aanbieders. Alleen indien de huidige aanbieders in overleg met nieuwe aanbieders constateren dat een nieuwe voorziening noodzakelijk is, kunnen ook nieuwe aanbieders worden toegelaten.

Toelichting

Een kliniek voor intensieve behandeling is een op zichzelf staande kliniek die specialistische zorg aanbiedt. De behandeling is kortdurend van aard en er is een landelijke opnameplicht. Het aantal instellingen met een KIB is beperkt, op dit moment zijn er drie volwaardige voorzieningen in exploitatie. De specialistische functie en de hoge kosten voor behandeling vereisen een begrenzing van de capaciteit en van het aantal instellingen dat deze zorg aanbiedt.

Onder verwijzing naar beleidsregel 2.1.2 vindt uitbreiding van de capaciteit plaats bij de bestaande aanbieders, tenzij de huidige aanbieders met nieuwe aanbieders constateren dat een nieuwe voorziening noodzakelijk is.

Voorzieningen voor chronische zorg in deze setting zijn in ontwikkeling. Ook hiervoor gelden dezelfde beperkingen als voor de kortdurende zorg in een KIB.

5.1.3. Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) met autisme

Uitbreiding van de capaciteit voor klinische behandeling voor kinderen met een autisme dient te worden gerealiseerd in overleg en in samenwerking met de bestaande instellingen, het Leo Kannerhuis te Doorwerth en De Steiger te Dordrecht.

Toelichting

Het aanbod voor kinderen met een autisme spectrum stoornis is op dit moment beperkt. De wachtlijst en wachttijd voor deze doelgroep is relatief groot door de langdurige behandeling en de lage doorstromingsnelheid. In verband met de specialistische functie dient uitbreiding van de capaciteit in overleg en in samenwerking met de bestaande instellingen, het Leo Kannerhuis te Doorwerth en de Steiger te Dordrecht, te worden gerealiseerd.

5.1.4. Standpunt cliënten

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, van de wet en waar sprake is van langdurig verblijf, 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. Het standpunt van de cliënten afzonderlijk moet blijken uit een, onder de individuele cliënten te houden, leefwensenonderzoek.

Het standpunt van de cliënten dient bij de aanvraag te zijn gevoegd.

5.1.5. Kleinschalige woonvoorzieningen

Een aanvraag om (een wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet, voor een kleinschalige woonvoorziening voor zorg aan uitsluitend de doelgroepen 'psychiatrische aandoening' en 'psychosociaal probleem', gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, wordt niet als kleinschalig gehonoreerd als de voorziening verblijf biedt aan meer dan 8 personen per woning of, samen met andere zodanige woonvoorzieningen in een gebied met dezelfde postcode, verblijf biedt aan meer dan 35 personen. Indien het initiatief samen met (eventueel te bouwen) andere zodanige woonvoorzieningen in de directe omgeving in een gebied met een andere postcode als één voorziening kan worden beschouwd en deze voorzieningen samen verblijf bieden aan meer dan 35 personen, wordt het als een grootschalig initiatief behandeld.

Toelichting

De uitgangspunten voor een kleinschalige beschermende woonvorm (beschermende woonvormen, sociowoningen en logeerhuizen) beperken zich tot een groepsgrootte van maximaal 8 cliënten per wooneenheid, dit om het kleinscha-

ligheidskarakter te waarborgen. Huisvesting dient daarom in reguliere woningen plaats te vinden met de noodzakelijke aanpassingen. Om de maatschappelijke integratie te bevorderen, verdient het de voorkeur de patiënten niet in woningen direct naast elkaar te huisvesten; vandaar het postcodecriterium.

Een en ander betekent dat bestaande instellingen die niet aan het in deze beleidsregel neergelegde kleinschaligheids criterium voldoen, in stand kunnen blijven zolang zij geen (vervangende) nieuwbouw plegen. Bij nieuwbouw, al dan niet vervangend, is het bouwregime alleen dan niet van toepassing als wordt voldaan aan de criteria voor kleinschaligheid. Indien aan die criteria niet wordt voldaan, kan de instelling slechts worden toegelaten als grootschalige voorziening (APZ).

5.2. Beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn

5.2.1. Borging bereikbaarheid van crisisdienst en tweedelijnszorg

GGZ-aanbieders (incl. de verslavingszorg) stemmen regionaal het aanbod van zowel de GGZ-zorg in crisissituaties als voor de reguliere tweedelijns af. Tot het moment dat de overheveling GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2008 een feit is, zijn de zorgkantoren hierbij betrokken. Met ingang van 1 januari 2008 spelen de zorgverzekeraars een rol.

Voor een aanvraag tot wijziging van de toelating dienen de afspraken over de beschikbaarheid van crisisdiensten en de reguliere tweedelijnszorg in een regio te worden overgelegd. De instelling legt in het jaarverslag verantwoording af over de wijze waarop invulling is gegeven aan de in het overleg gemaakte afspraken.

Toelichting

Tot het moment van overheveling van delen van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet maken de aanbieders en zorgkantoren afspraken over voldoende capaciteit voor GGZ-zorg in crisissituaties en de reguliere tweedelijnszorg in de regio. Na de overheveling maken partijen in de regio afspraken over het beschikbare aanbod van zorg.

De crisisdienst levert zeer kortdurende opvang waarbij een goede doorstroming van cliënten van een crisisplaats terug naar huis of naar waar reguliere GGZ wordt geboden, door de aanbieders wordt gewaarborgd.

De aanbieders en zorgkantoren/verzekeraars maken afspraken over voldoende capaciteit voor 2e lijn geestelijke gezondheidszorg in de regio. De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten, de crisisopvang dan wel de 2e lijn geestelijke gezondheidszorg dienen binnen de keten te worden opgevangen. Als aan de vraag

naar deze geestelijke gezondheidszorg niet wordt voldaan, en het niet mogelijk blijkt voor de verzekeraar de gevraagde zorg in te kopen omdat een bepaalde instelling weigert die zorg aan te bieden, kan aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift worden verbonden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. 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.

5.2.2. Separeervoorzieningen

Elke GGZ aanbieder (incl. de verslavingszorg) die verblijf biedt met behandeling, moet over separeerruimten kunnen beschikken. Bij een aanvraag om (wijziging van) een toelating in verband met het realiseren van verblijf geeft de aanbieder aan hoe wordt voorzien in separeervoorzieningen.

Toelichting

Bij de behandeling van mensen met psychiatrische cq. verslavingsproblematiek evenals bij opnames op grond van de Wet Bopz, kan het noodzakelijk zijn om patiënten te separeren. Hierin kan worden voorzien via eigen separeerruimten dan wel dat via een overeenkomst in de directe nabijheid gebruik kan worden gemaakt van separeerruimten van een andere instelling.

5.2.3. Combinatie Kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) met volwassenenpsychiatrie/verslaafdenzorg

Zorg aan jeugdigen dient niet plaats te vinden gecombineerd met zorg voor volwassenen.

Verder dienen voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie een zodanige omvang (tenminste 24 klinische plaatsen) te hebben dat er een gevarieerd aanbod kan worden geboden.

Toelichting

Voorzieningen voor KJP dienen als eenheid zelfstandig te functioneren om een vermenging met de volwassenenzorg te vermijden. Dit geldt zowel voor de psychiatrie als voor de verslavingszorg. Het klimaat waarbinnen de zorg voor jeugdigen wordt aangeboden vergt een andere aanpak voor hulpverlening en een andere bouwkundige voorziening dan bij die voor volwassenen. Een scheiding in de zin van huisvesting en van de behandeling met inachtneming van een scheiding van cliëntenstromen is daarbij van belang. Een afzonderlijke locatie van terreinen is hierbij geen noodzaak.

5.2.4. Combinatie van niet- strafrechtelijke en strafrechtelijke GGZ- zorg

Het aanbod van zorg voor niet-
strafrechtelijke GGZ-zorg dient te
worden gescheiden van strafrechtelijke
zorg.

Toelichting

De rechtspositionele aspecten voor niet-
strafrechtelijke GGZ patiënten en die
met een strafrechtelijke titel verschillen
zodanig van elkaar dat een behandeling
van beide categorieën in één behandel-
setting niet is gewenst.

5.2.5. Kwaliteit van gebouwen

Instellingen die nog beschikken over
gebouwen voor 24 uurverblijf, die op
grond van de Referentiekaders voor
bestaande bouw, rood en/of oranje sco-
ren in de monitor van het College bouw
zorginstellingen (dus niet voldoen), die-
nen uiterlijk 1 januari 2009 initiatieven
te hebben ontplooid om verbetering in
die situatie te brengen.

Uitzondering hierop vormen gebou-
wen die van relatief recente datum zijn
en niet voldoen aan de bij het onder-
zoek toegepaste beoordelingscriteria,
omdat deze accommodaties nog tot
stand zijn gekomen op basis van 'oude'
prestatie-eisen. De instelling kan voor
de genoemde datum een gemotiveerd
verzoek indienen bij het College bouw
zorginstellingen om (gedeeltelijke) ont-
heffing van de in de referentiekaders
gestelde eisen.

5.3. Prioriteitscriteria

Bij de beoordeling van aanvragen om
(wijziging van) een toelating als bedoeld
in artikel 7, eerste lid van de wet, waar-
van de kapitaallasten via de tarieven
worden vergoed, worden in het geval er
meer aanvragen zijn dan er budgettaire
ruimte beschikbaar is, de volgende prio-
riteitscriteria toegepast. De criteria staan
in volgorde van waardering, de belang-
rijkste bovenaan.

1. Initiatieven die leiden tot verbetering
van 24-uur verblijfsvoorzieningen en
die rood of oranje scoren in de monitor
GGZ;
2. Initiatieven die voorzien in de het
oplossen van tekorten in crisisopvang;
3. Initiatieven die voorzien in de het
oplossen van tekorten in separeer-
voorzieningen;
4. Vervangende nieuwbouw die wordt
gerealiseerd in combinatie met bouw
gepaard gaande met uitbreiding van de
klinische capaciteit;
5. Uitbreiding klinische capaciteit voor
Kinder- en Jeugd Psychiatrie voor
autismestoornissen;
6. Uitbreiding klinische capaciteit voor
jeugdverslavingszorg.

6. Criteria ten behoeve van het beoorde-
len van (aanvragen om) een toelating als
bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel
9, eerste lid, van de wet, van instellen-
gen die zorg aanbieden als bedoeld in
artikel 1.2, nummers 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 zorg-
aanspraken AWBZ in verband met een
somatische of een psychogeriatrische
aandoening of beperking. De beleidsre-
gels in deze paragraaf zijn van toepas-
sing op verpleging en verzorging

6.1. Beleidsregels alleen ter toetsing van de toelatingsaanvraag

6.1.1. Kleinschalige woonvoorzieningen in relatie tot de postcode

Een aanvraag om een toelating als
bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel
9, eerste lid, van de wet, waarbij een
kleinschalige woonvoorziening wordt of
is gerealiseerd, wordt, indien het initia-
tief samen met (eventueel te bouwen)
andere zodanige woonvoorzieningen in
aangrenzende postcodegebieden als één
voorziening kan worden beschouwd en
deze voorzieningen samen verblijf bie-
den aan meer dan 50 personen met licht
verblijf of aan meer dan 24 personen
met zwaar verblijf, als een grootschalig
initiatief beschouwd.

6.1.2. Standpunt cliënten

Een aanvraag om (wijziging van) een
toelating als bedoeld in artikel 7, eerste
lid, van de wet wordt niet in behande-
ling genomen als blijkt dat die aanvraag
niet de informatie bevat waaruit blijkt
dat de initiatiefnemer zich heeft ge-
wist van het standpunt van de cliënten.
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 cliënten-
raad hierin te faciliteren. Als het voor
het uitbrengen van een advies over een
complex voorstel redelijk is dat de
cliëntenraad extern advies inwint, dient
de instelling de cliëntenraad hiertoe
financieel in staat te stellen. Verder ver-
dient het aanbeveling dat de instelling in
ieder geval bij een initiatief voor groot-
schalige renovatie of (vervangende)
nieuwbouw van verblijfsvoorzieningen
een leefwensenonderzoek uitvoert. Om
het standpunt van toekomstige cliënten
te inventariseren bestaat de mogelijk-
heid deze door het doen van marktonder-
zoek dan wel door tussenkomst van de
verzekeraars te verkrijgen van de verze-
kerden. Het standpunt van de cliënten
dient bij de aanvraag te zijn gevoegd.

6.2. Beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn

6.2.1. Ondersteunende begeleiding en kortdurende en kortcyclische ondersteu- ning cliënten

Instellingen die een toelating hebben of
aanvragen voor het leveren van de func-
tie ondersteunende begeleiding als
bedoeld in het Besluit zorgaanspraken
AWBZ leveren op die titel geen informa-
tie, advies en voorlichting of kortduren-
de (maximaal vijf keer) en kortcyclische
ondersteuning aan cliënten. Die instel-
lingen kunnen die zorg, vanwege hun
deskundigheid, wel op andere titel dan
de AWBZ leveren, onder verantwoordel-
ijkheid van niet toegelaten instellingen.

Toelichting

Het is instellingen die zijn of willen
worden toegelaten tot het leveren van
verzekerde zorg als beschreven in het
Besluit zorgaanspraken AWBZ niet toe-
gestaan om op titel van de functie
ondersteunende begeleiding cliënten
kortdurend en kortcyclisch te ondersteu-
nen of hen te voorzien van informatie,
advies en voorlichting. Het staat deze
instellingen vrij hun expertise op die
terreinen ter beschikking te stellen van
andere, niet toegelaten instellingen om
dit type producten te leveren aan
cliënten op andere titel dan de AWBZ.

6.2.2. Crisisopvang

Ten behoeve van de opvang van mensen
met ((zeer)ernstige) beperkingen in cri-
sisituaties dient in elke regio voldoende
capaciteit aanwezig te zijn. Het zorgkan-
toor is verantwoordelijk voor het in
voldoende mate contracteren van vol-
doende zorg voor deze cliënten in dit
soort situaties. Een en ander hoeft niet
voor alle gevallen noodzakelijkerwijs
gepaard te gaan met verblijf; uiteraard
dient voldoende capaciteit beschikbaar
te zijn in de vorm van al dan niet tijde-
lijk verblijf. Het zorgkantoor kan in
deze behoefte eveneens voorzien door
contracten te sluiten met aanbieders van
andere vormen van verzekerde zorg.
Ook voor de opvang van crises in de
thuisituatie dient voldoende zorg voor
handen te zijn.

6.2.3. Kwaliteit van gebouwen/privacy

Instellingen bieden cliënten verblijf aan
op eenpersoonskamers of op splitsbare
tweepersoonskamers. Instellingen die
nog beschikken over kamers voor drie
of meer cliënten dienen zo snel mogelijk
initiatieven te ontplooiën om verbete-
ring in die situatie te brengen. Instellen-
gen hebben daarvoor tot en met 2010 de
gelegenheid. Vóór 2011 dienen alle
plannen te zijn gerealiseerd om slechts
een- en tweepersoonskamers voor
cliënten beschikbaar te hebben. Overi-
gens dienen de gebouwen waarin ver-
blijf én zorg als bedoeld in het Besluit
zorgaanspraken AWBZ wordt geboden

te voldoen aan de prestatie-eisen voor nieuwbouw zoals die door het College bouw zorginstellingen zijn vastgesteld. Voor reeds bestaande gebouwen geldt het Referentiekader voor bestaande bouw AWBZ-voorzieningen. Instellingen dienen actief initiatieven te ontwikkelen om bestaande gebouwen aan die eisen aan te passen.

6.3. Prioriteitscriteria

Bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating waarvan is vastgesteld dat die initiatieven doelmatig zijn én dat ze onder het bouwregime vallen, worden, in geval er meer aanvragen zijn dan er budgettaire ruimte beschikbaar is, de volgende prioriteitscriteria toegepast.

De criteria staan in volgorde van waarderend, de belangrijkste bovenaan.

De hoogte van de te verwachten boekverliezen bij honorering van het verzoek om (wijziging van) een toelating heeft een omgekeerde invloed op de prioritering van het verzoek.

De mate van afbouw van capaciteit voor verblijf zonder behandeling op één locatie beïnvloedt de prioritering in positieve zin.

1. Capaciteitsuitbreidingen voor verblijf (niet voor cliënten met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening of beperking en bijkomende psychosociale problemen (i.c. verzorgingshuiszorg));
2. Initiatieven die privacyproblemen oplossen;
3. Initiatieven die voorzien in zorg voor mensen in crisissituaties, of die voorzien in ondersteuning van de mantelzorger d.m.v. logeeropvang en/of respijtzorg;
4. Initiatieven die deel uitmaken van een groter samenwerkingsverband waarbij ook andere overheden financieel betrokken zijn;
5. Initiatieven die voortvloeien uit expliciete beleidsstandpunten en/of prioriteiten voor bepaalde groepen;
6. Initiatieven die slechte functionaliteit van gebouwen oplossen en tevens de zorg kleinschaliger vormgeven;
7. Initiatieven die slechte functionaliteit van gebouwen oplossen;
8. Initiatieven die zgn 'witte vlekken' oplossen en/of een betere spreiding van zorg bewerkstelligen.

7. Criteria ten behoeve van het beoordelen van (aanvragen om) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet, van instellingen die zorg verlenen als bedoeld in artikel 1.2, nummers 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 zorg-aanspraken AWBZ in verband met een verstandelijke, een lichamelijke of een zintuiglijke handicap en kinderdagcentra. De beleidsregels in deze paragraaf zijn van toepassing op gehandicaptenzorg

7.1. Beleidsregels alleen ter toetsing van de toelatingsaanvraag

7.1.1. Kleinschalige woonvoorzieningen in relatie tot de postcode

Een aanvraag om een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet, waarbij een kleinschalige woonvoorziening wordt of is gerealiseerd, wordt, indien het initiatief samen met (eventueel te bouwen) andere zodanige woonvoorzieningen in de directe omgeving in een gebied met een andere postcode als één voorziening kan worden beschouwd en deze voorzieningen samen verblijf bieden aan meer dan 25 personen met licht verblijf of aan meer dan 12 personen met zwaar verblijf, als een grootschalig initiatief beschouwd

7.1.2. Standpunt cliënten

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste 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. Het standpunt van de cliënten afzonderlijk moet blijken uit een, onder de individuele cliënten te houden, leefwensenonderzoek. 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 cliëntenraad, alsmede het leefwensenonderzoek dient bij de aanvraag te zijn gevoegd.

Toelichting

Door de stichting Raad op Maat is in samenwerking met het Landelijk steunpunt cliëntenraden (LSR) in 2005 een handreiking ontwikkeld voor het adviseren door cliëntenraden in het kader van leefwensenonderzoeken. Praktijkvoorbeelden van leefwensenonderzoeken zijn te vinden in de uitgave 'Wensen van mensen' van het NIZW (ISBN 90-5957-303-X).

7.1.3. Multi-functionele centra (MFC)

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet voor het oprichten van een multifunctioneel centrum wordt niet gehonoreerd als daardoor het totale aantal toegestane centra van 17 wordt overschreden, of de capaciteit van nieuwe multifunctionele centra meer dan 24 plaatsen bedraagt. Bovendien dient een verklaring van de regionale Centra voor Consultatie en Expertise (CCE) uitsluitend te geven of dit initiatief invulling geeft aan een MFC samenwerkingsverband voor die betreffende regio.

Toelichting

MFC's bieden dure zorg met verblijf en behandeling op het raakvlak van gehandicaptenzorg en kinder- en jeugdpsychiatrie en zijn nadrukkelijk een samenwerkingsverband tussen de gehandicaptenzorg en de psychiatrische zorg.

Er zijn er ook ambulante invullingen van deze expertise combinatie, de beleidsregel handelt slechts over de klinische plaatsen. Deze behandelcapaciteit wordt op dit moment als te krap ervaren. Op dit moment (maart 2007) zijn er 12 toegelaten MFC's met 164 plaatsen vanuit de gehandicaptenzorg en 140 plaatsen vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie. De beleidsregel biedt dus ruimte om nog 5 MFC's toe te laten met een maximum capaciteit van $5 \times 24 = 120$ plaatsen voor beide sectoren samen. Dit is 1 MFC per CCE-regio.

7.1.4. Achtervangfunctie voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (LVGj)

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.

Toelichting

Het betreft hier expertise op de raakvlakken tussen gehandicaptenzorg en respectievelijk 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.

7.1.5. Verblijfsplaatsen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG)

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet voor verblijfsplaatsen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten wordt alleen in behandeling genomen als wordt aangetoond dat de gevraagde uitbreiding nodig is ten

behoefte van na 31 maart 2003 opgenomen of nog op te nemen van de wachtlijst komende cliënten die niet eerder van de AWBZ-aanspraak verblijf gebruik hebben gemaakt, met uitzondering van cliënten als bedoeld onder c. in de brief van 31 augustus 2005 die reeds in de AWBZ verbleven. Deze cliënten beschikken over een geïndiceerde zorgzwaarte waarbij een SGLVG-toeslag past.

Toelichting

In mijn brief van 31 augustus 2005 aan Zorgverzekeraars Nederland over de SGLVG-verblijftoeslagen is verwoord hoe aanbieders en zorgkantoren ieder voor zich, maar ook gezamenlijk kunnen vaststellen of sprake kan zijn van uitbreiding van verblijfcapaciteit voor deze specifieke groep cliënten. De inhoud van die brief geldt onverkort, reden waarom ik er hier kortheidshalve naar verwijst.

7.1.6. Klinische SGLVG-behandelplaatsen

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet voor behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (klinische SGLVG-behandelplaatsen) wordt niet gehonoreerd.

Toelichting

Op dit moment zijn er 279 klinische SGLVG behandelplaatsen. Uitbreiding van dit aantal wordt niet nodig geacht, omdat naar verwachting de uitbreiding met 120 forensische SGLVG+ behandelplaatsen ook de wachtlijst voor reguliere SGLVG behandelplaatsen oplost.

7.1.7. Klinische SGLVG+-behandelplaatsen

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 7, eerste lid, of artikel 9, eerste lid, van de wet voor behandeling van forensische sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (klinische SGLVG+-behandelplaatsen) wordt niet gehonoreerd.

Toelichting

Op dit moment is voorzien in 120 klinische forensische SGLVG+ behandelplaatsen. Deze plaatsen zijn toebedeeld aan de vijf behandelinstellingen van De Borg en zijn nog in ontwikkeling.

7.2. Beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn

7.2.1. Ondersteunende begeleiding en kortdurende en kortcyclische ondersteuning cliënten

Instellingen die een toelating hebben of aanvragen voor het leveren van de functie ondersteunende begeleiding als

bedoeld in het Besluit zorgaanpak AWBZ leveren op die titel geen informatie, advies en voorlichting of kortdurende (maximaal vijf keer) en kortcyclische ondersteuning aan cliënten. Die instellingen kunnen die zorg, vanwege hun deskundigheid, wel op andere titel dan de AWBZ leveren, onder verantwoordelijkheid van niet toegelaten instellingen.

Toelichting

Het is instellingen die zijn of willen worden toegelaten tot het leveren van verzekerde zorg als beschreven in het Besluit zorgaanpak AWBZ niet toegestaan om op titel van de functie ondersteunende begeleiding cliënten kortdurend en kortcyclisch te ondersteunen of hen te voorzien van informatie, advies en voorlichting. Het staat deze instellingen vrij hun expertise op die terreinen ter beschikking te stellen van andere, niet toegelaten instellingen om dit type producten te leveren aan cliënten op andere titel dan de AWBZ.

7.2.2. Crisisopvang

Ten behoeve van de opvang van mensen met ((zeer)ernstige) beperkingen in crisissituaties dient in elke regio voldoende capaciteit aanwezig te zijn. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het in voldoende mate contracteren van voldoende zorg voor deze cliënten in dit soort situaties. Een en ander hoeft niet voor alle gevallen noodzakelijkerwijs gepaard te gaan met verblijf; uiteraard dient voldoende capaciteit beschikbaar te zijn in de vorm van al dan niet tijdelijk verblijf. Het zorgkantoor kan in deze behoefte eveneens voorzien door contracten te sluiten met aanbieders van andere vormen van verzekerde zorg. Ook voor de opvang van crises in de thuissituatie dient voldoende zorg voor handen te zijn.

7.2.3. Kwaliteit van gebouwen/privacy

Instellingen die nog beschikken over gebouwen voor verblijf, die op grond van het Referentiekader voor bestaande bouw AWBZ-voorzieningen, rood en/of oranje scoren in de monitor van het College bouw zorginstellingen (dus niet voldoen) en waar tevens de privacy van de cliënten in het geding is, dienen zo snel mogelijk initiatieven te ontplooiën om verbetering in die situatie te brengen. Vóór 1 september 2008 dienen alle gebouwen die voor verblijf in gebruik zijn te voldoen aan de criteria die ten aanzien van de privacy van kracht zijn.

7.3. Prioriteitscriteria

Bij de beoordeling van aanvragen om (wijziging van) een toelating waarvan is vastgesteld dat die initiatieven doelmatig zijn én dat ze onder het bouwregime vallen, worden, in geval er meer aanvragen zijn dan er budgettaire ruimte beschikbaar is, de volgende prioriteitscri-

teria toegepast. De criteria staan in volgorde van waardering, de belangrijkste bovenaan.

De hoogte van de te verwachten boekverliezen bij honorering van het verzoek om (wijziging van) een toelating heeft een omgekeerde invloed op de prioritering van het verzoek.

De mate van afbouw van capaciteit voor verblijf zonder behandeling op één locatie beïnvloedt de prioritering in positieve zin.

1. Capaciteitsuitbreidingen voor verblijf;
2. Initiatieven die privacyproblemen oplossen;
3. Initiatieven die voorzien in zorg voor mensen in crisissituaties, of die voorzien in ondersteuning van de mantelzorger d.m.v. logeeropvang en/of respijtzorg;
4. Initiatieven die deel uitmaken van een groter samenwerkingsverband waarbij ook andere overheden financieel betrokken zijn;
5. Initiatieven die voortvloeien uit expliciete beleidsstandpunten en/of prioriteiten voor bepaalde groepen zoals bijv. LVGj;
6. Initiatieven die slechte functionaliteit van gebouwen oplossen en tevens de zorg kleinschaliger vormgeven;
7. Initiatieven die slechte functionaliteit van gebouwen oplossen;
8. Initiatieven die zgn 'witte vlekken' oplossen en/of een betere spreiding van zorg bewerkstelligen.

¹ Zoals gedefinieerd door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen in de vervolgvraaguitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche van 14 januari 2002 (TK, 2001-2002, niet dossierstuk VWS, 0200126).

² Berekend volgens het model dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft ontwikkeld om bereikbaarheidsanalyses uit te voeren (briefrapport 116/03 VTV LZ, september 2003).

Toelichting

De Minister van VWS heeft bij besluit van 17 januari 2006 beleidsregels vastgesteld omtrent de beoordeling van aanvragen om een toelating als bedoeld in artikel 5 van de WTZi. Deze beleidsregels schetsen de gedragslijn van de minister ten aanzien van de beoordeling van toelatingsaanvragen. Met de onderhavige regeling wordt deze set van beleidsregels op een aantal punten aangepast. De redenen voor deze aanpassingen worden hieronder genoemd.

Allereerst is een aantal beleidsregels geactualiseerd in verband met eerdere wijzigingen in de regelgeving (WTZi en/of het Uitvoeringsbesluit WTZi) of met het verstrijken van in de beleidsregels geformuleerde overgangstermijnen tussen de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de WTZi.

Verder is sinds de inwerkingtreding van de WTZi gebleken, dat de geldende beleidsregels niet op alle punten even duidelijk waren voor partijen in het

veld. Op basis van de signalen die hierover zijn ontvangen zijn de beleidsregels waar nodig aangepast en verhelderd.

Daarnaast is een belangrijke aanpassing dat in de vernieuwde set van beleidsregels systematisch onderscheid is gemaakt tussen ten eerste beleidsregels die alleen relevant zijn ter toetsing van een toelatingsaanvraag en ten tweede beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn. Deze laatste beleidsregels zijn ook relevant voor de toepassing van de bevoegdheid die ik heb om op grond van artikel 13 WTZi aan – al dan niet reeds afgegeven – toelatingen voorschriften te verbinden. Het niet voldoen aan beleidsregels die te allen tijde van kracht zijn, kan aanleiding zijn zo'n voorschrift te stellen. In veel gevallen zijn deze te allen tijde van kracht zijnde beleidsregels ook relevant bij de beoordeling van de toelatingsaanvraag, maar dit is niet altijd het geval. Het expliciteren van de te allen tijde van kracht zijnde beleidsregels biedt richting veldpartijen en meer helderheid over hoe ik mijn bevoegdheid ex artikel 13 WTZi wil gebruiken.

Een belangrijke inhoudelijke aanpassing van de beleidsregels betreft het vervallen van de verplichting voor instellingen die verblijf leveren om altijd te beschikken over een Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP). Het beleid rondom vergoeding van kapitaallasten en de daarbij behorende afschaffing van het bouwregime is gericht op het geven van meer verantwoordelijkheid aan veldpartijen. Zorgaanbieders worden

zelf verantwoordelijk voor hun investeringsbeslissingen en de daaraan verbonden gevolgen. Een LTHP, dat in de kern een door alle belanghebbenden gedragen visie op huisvesting en infrastructuur bevat, kan voor de zorginstelling een uitermate nuttig hulpmiddel zijn voor een toekomstbestendig huisvestingsbeleid. Ik vind het echter niet langer passen om alle betreffende zorginstellingen voor te schrijven over een LTHP te beschikken.

Bovenstaande neemt niet weg dat, zolang het bouwregime nog van toepassing is, het College bouw zorginstellingen individuele instellingen in een aantal gevallen nog wel om een LTHP kan vragen. Het zal daarbij vooral gaan om grootschalige herstructureringsprojecten waarbij de onderlinge samenhang tussen verschillende bouwinitiatieven relevant is voor de toelating- of vergunningsbeslissing.

Ten slotte wijs ik op een nieuwe beleidsregel die betrekking heeft op het behoud van de waarde van onroerende zaken voor de zorg (2.2.1.). Artikel 18 van de WTZi met betrekking tot de verkoop van onroerende zaken en de beleidsregels van de Nederlandse zorgautoriteit met betrekking tot verrekenen van boekwinsten in de tarieven zijn bedoeld om de waarde van onroerende zaken die met collectieve middelen in een beschermde omgeving is opgebouwd, te behouden voor de zorg. Artikel 18 is echter alleen van toepassing op het melden van een voornemen om het gebruik van gebouwen en grond voor

zorg te beëindigen en heeft geen betrekking op andere transacties met onroerende zaken. Tevens zullen bij bekostiging op basis van integrale tarieven boekwinsten die worden gerealiseerd bij verkoop van gebouwen en grond niet langer worden verwerkt in de tarieven. Ik heb daarom gekozen om de waarde van onroerende zaken te behouden voor de zorg via een beleidsregel ex WTZi, voor de korte termijn in aanvulling op artikel 18. Artikel 18 wordt buiten werking gesteld op het moment van afschaffing van het bouwregime. Op dat moment zal ook deze beleidsregel aangepast worden. Transacties hoeven dan niet meer te worden gemeld. De marktwaarde van onroerende zaken die op het moment van afschaffing van het bouwregime tot het eigendom van instellingen behoren moet vanaf dat moment behouden worden voor de zorg. De beleidsregel met betrekking tot verrekenen van boekwinsten in de tarieven vervalt reeds bij de inwerkingtreding van deze set beleidsregels.

De inhoud van deze beleidsregel voor behoud van waarde van onroerende zaken wordt bij collectieve beschikking als voorschrift verbonden aan bestaande toelatingen van instellingen op grond van mijn bevoegdheid ex artikel 13 WTZi. Bij de eerstkomende wijziging van de WTZi zullen deze regels als eis in de wet worden geformuleerd.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
A. Klink.*