

Vergaderjaar 2005–2006

**27 659**

## **Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)**

**Nr. 71**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 december 2005

Tijdens het verslag algemeen overleg van 8 december 2005 (Handelingen II, vergaderjaar 2005–2006, nr. 32, blz. 2207–2208) heb ik u toegezegd de beleidsvisie en de beleidsregels WTZi op het punt van acute zorg aan te passen. Tijdens het algemeen overleg over de modernisering van de AWBZ heeft de Staatssecretaris toegezegd de beleidsvisie en de beleidsregels aan te passen in verband met de keuzevrijheid van de cliënt voor het wonen in een klein- of grootschalige AWBZ-instelling. Hierbij treft u een nieuwe versie aan de beide documenten waarin deze aanpassingen zijn verwerkt. Tevens maak ik van de gelegenheid gebruik in te gaan op een aantal toezeggingen gedaan in het algemeen overleg over de WTZi van 7 december 2005.

#### **Aanpassing beleidsvisie en beleidsregels met betrekking tot bereikbaarheid acute zorg**

In de beleidsvisie en beleidsregels is opgenomen dat deelnemers aan het overleg acute zorgketen alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt. Het basisziekenhuis is gedefinieerd door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen in de vervolg-uitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, eerste tranche van 14 januari 2002<sup>1</sup>. Dit is dezelfde definitie als ik gehanteerd heb voor het amendement van Kamerlid Van der Vlies<sup>2</sup>.

De bereikbaarheidsnorm zorgt ervoor dat de huidige goede bereikbaarheid gewaarborgd blijft. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in 2003 op mijn verzoek de bereikbaarheid van acute ziekenhuiszorg in kaart gebracht. Ruim 98% van de bevolking kon op dat moment binnen 45 minuten door een ambulance op de plek van het ongeval bereikt worden en naar een ziekenhuis met SEH-afdeling gebracht worden. Acute ziekenhuiszorg is in Nederland dus zeer goed bereikbaar.

<sup>1</sup> TK, 2001–2002, niet dossierstuk VWS, 200 126.

<sup>2</sup> TK, 2003–2004, 27 659, nr. 39. Dit amendement regelt dat in de beleidsvisie acute zorg zodanig is omschreven dat de daaraan verbonden basiszorg er ook onder valt.

Met de bovenstaande norm accepteer ik dat een kleine 2% van de bevolking niet binnen 45 minuten een SEH-afdeling kan bereiken. Dit geldt bijvoorbeeld voor de Waddeneilanden. Met de WTZi wil ik ervoor zorgen dat dit percentage de komende jaren niet stijgt. Ik zal het RIVM vragen de analyse uit 2003 te herhalen zodat er een precies beeld ontstaat van de huidige bereikbaarheid van acute ziekenhuiszorg (stand 31 december 2005).

### **Aanpassing beleidsvisie en beleidsregels klein- en grootschaligheid in AWBZ-sector**

Conform de toezegging van de staatssecretaris in het algemeen overleg Modernisering AWBZ, is de tekst van de beleidsvisie aangepast op het punt van klein- en grootschaligheid in de AWBZ-sector. Op de pagina's 10, 11 en 12 is duidelijker tot uitdrukking gebracht dat de wens van de cliënt voorop staat en dat die moet kunnen kiezen tussen zorg die aangeboden wordt in een grootschalige dan wel een kleinschalige omgeving. In de beleidsregels zijn een aantal prioriteitscriteria geschrapt die bij bouw voorrang gaven aan kleinschaliger voorzieningen boven grootschaliger voorzieningen: één in de criteria voor de ouderenzorg en twee in de criteria voor de gehandicaptenzorg.

### **Overzicht acute zorg regio's**

Op 7 december 2005 heb ik toegezegd u een overzicht te sturen van de verschillende acute zorg regio's. Er zijn 25 regio's voor acute zorg, de zogenoemde veiligheidsregio's. Deze regio's werken samen met de tien traumacentra. Vanaf 1 januari 2006 starten alle regio's met een ketenoverleg acute zorg. Eind volgend jaar zal ik een overzicht maken van alle deelnemende instellingen per regio.

### **Stakeholdersoverleg**

Op 7 december 2005 heb ik toegezegd in te gaan op wie deelnemen aan het stakeholdersoverleg en hoe dat overleg in zijn werk gaat.

Bij de aanvraag om een toelating met bouw dient het Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) als bijlage bij het aanvraagformulier te worden overlegd. Het LTHP is een afgeleide van de ontwikkelingen in de zorg, de organisatie daarvan en de wensen van patiënten. Het LTHP dient gebaseerd te zijn op het medische beleidsplan, op samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners in de keten (zoals huisartsen en paramedici) en op afspraken met zorgverzekeraars over de invulling van de zorg in de regio. Het LTHP dient, op initiatief van de zorginstelling, met de direct betrokkenen (zorgaanbieders waarmee in de keten verticaal wordt samengewerkt, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en provincies en/of gemeenten) te worden afgestemd.

Een limitatieve lijst van belanghebbenden bestaat niet, het is aan het instellingsbestuur om te bepalen wie voor deelname aan het overleg wordt uitgenodigd. Tot de belanghebbenden behoren echter niet concurrerende instellingen in hetzelfde segment. Dit zou in strijd zijn met de Mededingingswet.

Bij de beoordeling van de aanvraag om een toelating met bouw wordt beoordeeld of sprake is geweest van een op overeenstemming gericht overleg met de belanghebbenden. De zorginstelling moet alle mogelijke moeite doen om tot overeenstemming te komen met de betrokkenen. De instelling moet dit ook kunnen aantonen. Als slechts een document is toegestuurd aan betrokkenen, heeft de instelling niet alle mogelijke

moeite gedaan. Als één of meer belanghebbenden een afwijkend standpunt hebben, is overleg en eventueel nader overleg noodzakelijk. Instemming van de betrokkenen is niet noodzakelijk, wel gewenst. De zorginstelling kan afwijken van de visie van één of meer belanghebbenden, maar moet zo'n afwijking onderbouwen. Bij de aanvraag om een toelating met bouw wordt beoordeeld of er bij afwijking van het standpunt van één of meer belanghebbenden een deugdelijke onderbouwing is van die afwijking.

Beleidsregel 2.3 met betrekking tot het LTHP en de toelichting daarbij zijn, mede op basis van uw verzoek om uitleg, in de bijgevoegde versie van de beleidsregels verduidelijkt.

### **Bouwprioriteiten**

In het algemeen overleg van 7 december heb ik toegezegd schriftelijk terug te komen op de vraag of de bouwprioriteitenlijsten een belemmering vormen voor de gereguleerde marktwerking.

Het bouwregime en daarmee de procedure van de bouwprioriteitenlijsten geldt op dit moment grofweg nog voor de grootschalige intramurale instellingen, zoals de ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, geïntegreerde ggz-instellingen en grootschalige gehandicapteninstellingen.

In de praktijk vormen de bouwprioriteitenlijsten op dit moment geen belemmering van grote betekenis voor de gereguleerde marktwerking. Indien het gaat om extra plaatsen kan de bouw meestal direct worden ingepast. Voor renovatie bouwen de instellingen trekkingsrechten op tot 50% vervangende nieuwbouwwaarde en zijn zij niet afhankelijk van de bouwprioriteitenlijst. Alleen voor de vervangende nieuwbouw wordt op dit moment, vanwege de beperkte budgettaire kaders, met bouwprioriteitenlijsten gewerkt. In noodgevallen (bijvoorbeeld ggz-24-uursverblijf en asbestproblematiek) hoeft een instelling overigens niet op de volgende bouwprioriteitenlijst te wachten.

In theorie zijn bouwprioriteitenlijsten een belemmering voor de gereguleerde marktwerking. Immers de instelling moet eerst goedkeuring van VWS hebben alvorens een instelling (vervangende) nieuwbouw mag plegen. In de praktijk valt dat op dit moment mee. Om te voorkomen dat de bouwprioriteitenlijst in de toekomst een belemmering zou gaan vormen voor de gereguleerde marktwerking, wil ik ook voor de grootschalig instellingen overgaan naar integrale tarieven en prestatiegerichte bekostiging. Daarmee wordt de dekking van de huisvestingslasten afhankelijk van de omzet en worden instellingen dus zelf verantwoordelijk voor de financiering van de huisvesting. De instelling heeft dan zelf de mogelijkheid om te bepalen waar en wanneer hij wat wil bouwen. Zoals u weet, ben ik daar nu hard mee bezig en zal ik u in het voorjaar van 2006 hier verder over informeren.

### **Contracteerplicht en keuzevrijheid**

In maart 2006 zal de Kamer schriftelijk geïnformeerd worden over de opheffing van de contracteerplicht voor intramurale AWBZ-zorg, in relatie tot de keuzevrijheid van de cliënt en een persoonsvolgend budget. Dit is aan de orde geweest in het overleg van 7 december en toegezegd in het algemeen overleg Modernisering AWBZ van 8 december 2005.

### **Overige toezeggingen uit het algemeen overleg van 7 december**

Op 7 december heb ik toegezegd eind 2006 samen met de NPCF en LOC te evalueren hoe de toegang tot de Ondernemingskamer voor vertegenwoordigers van cliënten is geregeld. Hierover zal ik u begin 2007 informeren.

In de voorjaarsrapportage over de uitwerking van de nota Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg (TK, 27 659, nr. 52) zal ik ingaan op de vermogensgroei in de AWBZ-instellingen.

Een afschrift van deze brief en de bijlagen heb ik gestuurd naar de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

## 1. Algemeen

Met dit stuk geef ik, mede namens de Staatssecretaris, mijn visie weer op een doelmatig, evenwichtig en voor een ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg. In de beleidsvisie geef ik de hoofdlijnen van het beleid aan met de punten waar ik de komende tijd op wil sturen.

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi), de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG Expres) en de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG), de Herziening van het overeenkomstenstelsel (HOZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) hebben gezamenlijk tot doel het huidige systeem van aanbodregulering te hervormen. De WTG Expres en WMG zien op deregulering van het prijsregime en de HOZ en Zvw op ondermeer het opheffen van de contactreeplicht daar waar de markt zich ervoor leent. De WTZi gaat ondermeer over het benoemen van de transparantie-eisen voor zorginstellingen en over verdergaande deregulering van het bouwregime. Uitgangspunt is dat het zoveel mogelijk aan marktpartijen moet worden overgelaten om zelf te beslissen over toetreding tot de zorgmarkt, over investeringen en over de vormgeving van gebouwen en instellingen. Het zware instrument dat de WTZi biedt, namelijk het verbieden van een nieuwe instelling of een verbod op de uitbreiding/wijziging van een bestaande instelling zal alleen gebruikt worden waar publieke belangen aantoonbaar in het gedrang komen.

De eindsituatie waar ik naar toe wil is een zorgstelsel waarin de cliënt een centrale rol inneemt en waar de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende in staat zijn om op de zorgvraag in te spelen. Met gereguleerde marktwerking beoog ik de cliënt meer keuzevrijheid, de zorgaanbieders meer vrijheid én eigen verantwoordelijkheid en de zorgverzekeraars een adequate inkooprol te kunnen geven. Voorwaarde is dat de publieke belangen gewaarborgd blijven.

De WTZi richt zich op de zorgaanbieders. Met de WTZi wil ik uiteindelijk bewerkstelligen dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk worden voor hun infrastructuur en de (investerings)beslissingen. Door het introduceren van de mogelijkheid het winstoogmerk toe te staan wil ik op termijn de financieringsmogelijkheden van het zorgaanbod vergroten en ook een prikkel geven aan instellingen om doelmatiger te werken. Verder verplicht ik nu al de zorgaanbieders om transparant te zijn over hun bestuursstructuur en bedrijfsvoering. Zo worden zorgaanbieders gestimuleerd om ten opzichte van elkaar, maar ook tegenover cliënten, patiënten én verzekeraars transparant te zijn over hun prestaties.

Met de WTZi wordt een belangrijke stap gezet in de overgang van een systeem van centrale aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking. Deze beleidsvisie geeft een beeld van het begin van dit proces. Er is sprake van een versoepeling van de regels ten opzichte van de oude situatie. In de toekomst ligt een verdere versoepeling in de rede. In de huidige situatie is het van belang dat instellingen en verzekeraars hun verantwoordelijkheid waar moeten kunnen maken en de tijd krijgen om zich goed op marktwerking voor te bereiden. De manier waarop de overheid haar verantwoordelijkheid voor de borging van de publieke belangen waarmaakt verandert naarmate het proces van centrale aanbodsturing naar decentrale vraaggerichte sturing zich verder ontwikkelt. Deze verandering zal zich ook vertalen in de beleidsvisie. Deze zal zich steeds meer richten op de randvoorwaarden voor het handelen van partijen en op de spelregels waaraan zij zich moeten houden. In maart 2005 heb ik een notitie uitgebracht over de aanpassing van de vergoeding van de kapitaallasten van intramurale zorginstellingen, en van het regime rond winst-

streven in de zorg (Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg; TK 2004/05, 27 659, nr. 52). Met die notitie heb ik een aanzet gegeven voor de deregulering van het bouwregime in de intramurale sectoren. Daarmee wordt een volgende stap gezet in het verleggen van verantwoordelijkheid van het centrale niveau naar de veldpartijen. Indien de ontwikkelingen aanleiding geven de beleidsvisie aan te passen, zal ik daar met u over communiceren. Volgens de WTZi dient de beleidsvisie ten minste één maal in de vier jaar te worden geactualiseerd. Dit betekent dat de beleidsvisie in ieder geval uiterlijk 31 december 2009 zal worden geactualiseerd.

Op deze visie zijn beleidsregels ex artikel 4 van de WTZi gebaseerd die de criteria bevatten om initiatieven van instellingen te kunnen beoordelen. De beleidsregels kunnen snel aangepast worden waardoor er adequaat kan worden gereageerd op relevante ontwikkelingen, ook al verandert de hoofdrichting van het beleid niet. 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. Het gaat hierbij om alle aanvragen om een toelating, zowel degene die wel en niet onder het bouwregime vallen. Voor zover de aanvraag om een toelating onder het bouwregime valt, wordt ook gekeken of het initiatief past in het financiële kader.

## **2. Hoofdpijnen van beleid**

Hieronder ga ik eerst in op onderwerpen die een verdere uitwerking van de WTZi inhouden zoals verdergaand dereguleren (minder regels), meer doelmatigheid, waarborgen van toegankelijkheid en kwaliteit, transparantie-eisen, het financiële kader, de kapitaallasten en het toestaan van winstoogmerk.

### *Verdergaand dereguleren (minder regels)*

De eigen verantwoordelijkheid en initiatief voor partijen in de zorg komt voorop te staan. Door middel van gereguleerde marktwerking wil ik zelf een stap terug doen, minder regels opleggen, en meer vrijheid laten aan de cliënt, de zorgaanbieders en verzekeraars. De overheid blijft wel verantwoordelijk voor het waarborgen van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Hiermee sluit ik aan bij wat hierover in het regeerakkoord is afgesproken.

### *Bevorderen doelmatigheid*

Zorgaanbieders moeten doelmatig zorg van goede kwaliteit voor een concurrerende prijs leveren aan cliënten en patiënten. Die zorg moet zoveel mogelijk aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënten en patiënten. Dat is de kern van de introductie van marktprikkels. Zorgaanbieders zullen worden gestimuleerd om ten opzichte van elkaar, maar ook tegenover cliënten, patiënten én verzekeraars open en controleerbaar te zijn over hun prestaties. Zo moeten instellingen voldoen aan de eisen die worden gesteld aan de bestuursstructuur en zorgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

### *Borging toegankelijkheid zorgaanbod*

Het kabinet staat voor het waarborgen van de toegankelijkheid van het zorgaanbod. Dat is een publiek belang waar ik op wil blijven sturen. Bij de spreiding van zorgvoorzieningen geldt als uitgangspunt dat de betrokken regionale partijen zelf de variatie en differentiatie vormgeven. Zij kunnen

het beste rekening houden met regionale variabelen en bijzonderheden. Zorgkantoren en verzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht: zij moeten er in ieder geval op letten dat er voldoende en voldoende gedifferentieerd aanbod is.

Voor bepaalde vormen van zorg, zoals de acute zorg, is de bereikbaarheid van bijzonder belang. Daarom moet die vorm van zorg goed over het land gespreid zijn om de toegankelijkheid te waarborgen. Hier zal ik dan ook de nodige aandacht aan blijven besteden. Hier kom ik later op terug.

#### *Borging kwaliteit*

Zorgaanbieders dienen op een doelmatige wijze zorg van goede kwaliteit voor een concurrerende prijs te leveren aan cliënten en patiënten. Instellingen en de zorg die zij leveren vallen allereerst onder de kwaliteitswetgeving. Daarnaast speelt toetsing van de kwaliteit, voor zover deze na de inwerkingtreding van de WTZi nog aan de orde is, een rol bij de toetsing van bouwaanvragen door het College bouw zorginstellingen (CBZ).

#### *Transparantie-eisen*

Zorgaanbieders worden gestimuleerd om ten opzichte van elkaar, maar ook tegenover cliënten, patiënten én verzekeraars transparant te zijn over hun prestaties. Instellingen moeten voldoen aan de eisen die worden gesteld aan de bestuursstructuur en zorgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. Deze eisen staan ook bekend als de transparantie-eisen. Ze sluiten aan bij de aanbevelingen van de Commissie Health Care Governance (Commissie-Meurs) die in november 1999 een rapport uitbracht over goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording bij zorginstellingen. De transparantie-eisen worden verder uitgewerkt in het Uitvoeringsbesluit WTZi. Op het moment dat een instelling een aanvraag om een toelating indient zal worden getoetst of aan deze voorwaarden is voldaan. Het betreft hier géén toename van de administratieve lasten.

#### *Financieel kader voor de bouw*

De WTZi dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodssturing naar een decentraal meer vraaggericht stelsel met meer marktprikkels. Het is van belang dat voor alle stadia van het overgangstraject een passend beheersingsregime voor handen is. Het kabinet staat gedurende het gehele overgangstraject voor de taak om op verantwoorde wijze beheersing van de uitgaven zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling die zich in de zorgsector voltrekken. Instellingen kunnen eventueel geleidelijk (verantwoord) meer risico gaan lopen op eigen functioneren; dat stimuleert het vraaggericht werken. Als die ontwikkeling voldoende is voltooid is opheffen van deze rol aan de orde. Zolang dat nog niet het gevolg is er een rol voor de overheid weggelegd bij investeringen.

Binnen de WTZi valt een deel van de bouwinitiatieven vooralsnog onder het bouwregime. Het bouwregime kan volgens de brief Transparante en integrale tarieven vervallen op het moment dat instellingen – bij integrale tarieven inclusief kapitaallasten – daadwerkelijk voor een belangrijk deel zelf het risico dragen van de gevolgen van afzetschommelingen.

Voor de kapitaallasten van de bouwinitiatieven waarvoor een vergunning van het College bouw nodig is, geldt vooralsnog het financieel kader voor de bouw. Voor het beslag op het financieel kader voor de bouw verwijst ik naar de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (zie bijvoorbeeld pagina's 172 en 173 in de begroting voor 2006). In

de toekomst zal ik ook het financiële kader zelf opnemen in de begroting. Uiteraard tellen de kapitaallasten van investeringsbeslissingen die niet onder het bouwregime vallen wel mee bij het bepalen van de totale uitgaven binnen het Budgettair kader voor de zorg.

### *Kapitaallasten*

Ik wil dat zorginstellingen in de toekomst zo veel mogelijk zelfstandig beslissen over gebouwen en infrastructuur. Een aantal instellingen doet dit al, andere zijn voor nieuwbouw en renovatie van huisvesting afhankelijk van voorafgaande toestemming. Ik wil dat de instelling in de toekomst zelf kan bepalen wat en wanneer wordt gebouwd en hoe het gebouw wordt vormgegeven. Beslissingen hierover moeten afhankelijk van de sector na overleg met de (medezeggenschapsorganen van) cliënten of patiënten van de instelling worden genomen. Op de lange termijn wordt het bouwregime afgeschaft.

Een gelijk speelveld op het gebied van kapitaallasten is van belang. Hiermee is eerlijke concurrentie op de markt mogelijk en kunnen nieuwe zorgaanbieders gemakkelijker toetreden. In de brief Transparante en integrale tarieven heb ik aangegeven dat ik dit denk te realiseren via de introductie van (voor instellingen uniforme) normatieve vergoedingen voor kapitaallasten per prestatie.

Het vervallen van de contracteerplicht leidt, bij integrale kostprijzen, tot de vraag wat de consequenties zijn voor de positie van de instellingen op de kapitaalmarkt. Bij meer marktwerking zullen instellingen meer risico's lopen.

Zo zijn ziekenhuizen die somatische zorg leveren in de toekomst zelf verantwoordelijk voor hun investeringsbeslissingen voor geleverde zorg in de vorm van diagnose behandeling combinaties (dbc's) in het zogenaamde B-segment (het segment met vrije prijsvorming). Zij kunnen de kosten dan doorberekenen in hun dbc-prijzen. De instelling draait zelf op voor de gevolgen van zowel winst als verlies.

### *Toestaan winstoogmerk*

De brief «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» gaat in op de introductie van uitkeerbare winst bij intramurale instellingen in de gezondheidszorg. Het kabinet hanteert nu en in de toekomst het beleidsuitgangspunt dat economische waarde die is opgebouwd in een door overheidsregels gecreëerde omgeving met weinig risico's niet mag «weglekken» naar commerciële partijen. Voor het toestaan van uitkeerbare winst bij intramurale zorginstellingen moet er sprake zijn van integrale prestatiebekostiging. Verder dienen de betreffende zorginstellingen volledig risicodragend zijn voor schommelingen in de afzet. Voor het daadwerkelijk toestaan van winstuitkering is bovendien een afzonderlijk kabinetsbesluit noodzakelijk. Deze beleidslijn wordt verder uitgewerkt. In het Uitvoeringsbesluit WTZi wordt het winstoogmerk voor de korte termijn verder uitgewerkt. Bij de inwerkingtreding van de WTZi verandert er niets aan de categorieën instellingen die winst mogen uitkeren.

De beleidsvisie besteedt in het navolgende apart aandacht aan de curatieve zorg en de care.

De curatieve zorg omvat instellingen die in het Uitvoeringsbesluit WTZi staan in artikel 1.2 aanhef en onder 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 17, 18, 19, 20, en 21 in verband met een psychische stoornis.

De care omvat instellingen die huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en eventueel verblijf leveren die verband houdt met



een somatische en/of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

### **3. Curatieve zorg**

#### *Algemeen*

De curatieve geestelijke gezondheidszorg en de curatieve somatische zorg vormen samen de algemene curatieve gezondheidszorg. In de algemene curatieve gezondheidszorg worden ziekten behandeld en worden zoveel mogelijk de schadelijke effecten van die ziekten beperkt. De kerntaak van de geestelijke gezondheidszorg is het behandelen van psychische stoornissen om te komen tot herstel en verbetering en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. Kerntaak van de curatief somatische zorg is het behandelen van lichamelijke stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen.

De curatieve gezondheidszorg kent een aantal ontwikkelingen waardoor een nieuwe kijk nodig is op de positionering, sturing, organisatie en toegankelijkheid van deze sector. Het gaat om vraagstukken over de vraag naar zorg (vergrijzing, vraagsturing), het aanbod aan zorg (medische en technologische ontwikkelingen, verdergaande professionalisering, multidisciplinaire en transmurale samenwerking) en het beleid op terrein van zorg (decentralisatie en deregulering, bereikbaarheid en beschikbaarheid, schaalgrootte). Van belang daarbij is dat mensen steeds korter opgenomen worden (dalende gemiddelde verpleegduur) en steeds vaker poliklinisch of in dagbehandeling geholpen worden in plaats van opgenomen te worden. In de curatieve somatische zorg is bij de beoordeling van plannen voor nieuwbouw of ingrijpende renovatie een beddennorm niet langer relevant. In plaats daarvan wordt voor de bepaling van de normatieve ruimtebehoefte een parameter gehanteerd gebaseerd op adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw.

Elke instelling vult bovengenoemde ontwikkelingen op een eigen manier in. Om te kunnen voldoen aan de eisen met betrekking tot maatschappelijke verantwoording en transparantie vindt in de curatieve zorg (en ook in de care) afstemming plaats met de direct betrokkenen zoals andere regionale zorgaanbieders met wie in de keten wordt samengewerkt, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraar(s) en gemeenten en/of provincies. De instelling neemt hiertoe het initiatief. In dit overleg met belanghebbenden komen behalve de strategische keuzes van de instelling, waaronder de voorgenomen plannen tot concentratie van zorg of tot nieuwe verdeling van zorg tussen instellingen of instellingslocaties, ook de gevolgen van die keuzes voor de huisvesting van de instelling aan de orde. Hierbij heeft een instelling ook rekening te houden met de te stellen functionele eisen aan de huisvesting conform de prestatie-eisen WTZi. Een strategisch document (in de vorm van een Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP)), is hierbij, net als onder de WZV, onmisbaar.

De maatregelen in het kader van de WTZi moeten zorgen voor een transparant en gevarieerd aanbod van de curatieve gezondheidszorg. Het kabinet heeft besloten om per 1 januari 2007 de gehele geestelijke gezondheidszorg voor het eerste jaar onder te brengen in de basisverzekering (de nieuwe Zorgverzekeringswet). Voor de extramurale geestelijke gezondheidszorg geldt geen grens in tijd (TK 2003–2004, 23 619/26 631 nr. 19); ze valt straks te allen tijde onder de Zvw. De intramurale geestelijke gezondheidszorg die langer duurt dan één jaar blijft, afgezien van dat eerste jaar, gefinancierd via de AWBZ.

Vraaggerichte zorg betekent dat we streven naar instandhouding en verdere ontwikkeling van een voldoende gevarieerd aanbod van zorgvoorzieningen. Ik verwacht dat dit op twee manieren merkbaar zal zijn. Ten eerste zullen de verschijningsvormen waarin de algemeen curatieve gezondheidszorg op dit moment wordt aangeboden (nu vooral in de vorm van een polikliniek, RIAGG, zelfstandig behandelcentrum, dagziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, regionaal ggz-centrum, PAAZ/PUC, profielziekenhuis, basisziekenhuis, algemeen psychiatrisch ziekenhuis, topklinisch ziekenhuis en academisch ziekenhuis), mede ten gevolge van de invoering van marktprikkels, worden uitgebreid (TK 2003–2004, 25 424 nr. 17). De marktprikkels dagen aanbieders uit om zich te specialiseren en te onderscheiden van andere aanbieders. De uiteindelijke vorm waarin de zorg wordt aangeboden zal – afhankelijk van de mogelijkheden en van de afstand tot een instelling met alle faciliteiten – variëren. Ook zullen er zorgaanbieders zijn die zich naast of in plaats van het volledige pakket aan curatieve gezondheidszorg meer willen gaan richten op specifieke zorgproducten of categorieën van patiënten. Het geïsoleerd aanbieden van eenvoudige en planbare zorg kan de doelmatigheid en productiviteit ten goede komen.

Ten tweede verwachten we nieuwe zorgcombinaties. Zo kan de gespecialiseerde ambulante en kortdurende klinische geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld een onderdeel worden van een integraal curatief aanbod aan zorg. Daarnaast verwacht ik ook dat instellingen in de algemene curatieve gezondheidszorg andere (voor het beantwoorden van de zorgvraag relevante) zorgfuncties (zoals verpleging en verzorging), of zelfstandig, of in samenwerking met een andere instelling zullen aanbieden.

#### *Ketenzorg*

Voor patiënten die algemeen curatieve gezondheidszorg nodig hebben, dient een zorgcontinuüm beschikbaar te zijn van ambulante zorg tot complexe intramurale zorg. Daarbij is voor verschillende patiëntengroepen meer samenhang met aanpalende zorg- en welzijnssectoren noodzakelijk. Daarom moeten de zorgaanbieders in de cure goede werkafspraken met elkaar en met andere zorgaanbieders maken. Ik verwacht dat zorgaanbieders zich, in het kader van concurrentie, zullen profileren met het aanbieden van ketenzorg. Patiënten zullen een voorkeur hebben voor instellingen die goede afspraken hebben met aanbieders voor vervolgzorg.

Afspraken om elkaar in de regio goed te informeren over de beschikbare opnamecapaciteit vergroten de doelmatigheid. Wanneer het ziekenhuis faciliteiten beschikbaar stelt aan huisartsen, zoals laboratorium, observatieruimten en ICT-voorzieningen (waaronder de toegang tot een elektronisch patiëntendossier), biedt dit meer kans op «voorselectie» van patiënten, zodat het oneigenlijk gebruik van de Spoedeisende hulp (SEH)-afdeling van het ziekenhuis kan worden voorkomen. De huisartsenpost (HAP) in het ziekenhuis is, mede in het kader van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren, sterk in opkomst. Ten slotte kunnen gestructureerde afspraken tussen ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen zorgen voor de afname van de zogenaamde verkeerde beddenproblematiek (klinische ziekenhuisopname zonder medische indicatie). Het verlenen van AWBZ-zorg inclusief de functie verblijf aan medisch-specialistisch uitbehandelde patiënten in het ziekenhuis zal in het kader van de zgn. «verkeerde beddenproblematiek» slechts mogelijk zijn als het voortgezette verblijf plaats heeft in directe aansluiting op een klinische opname in het ziekenhuis, van tijdelijke aard is en uitsluitend het gevolg is van tekort-

schietende capaciteit in op redelijke afstand gelegen instellingen die AWBZ-zorg leveren.

### *Specifiek*

#### *Electieve basiszorg*

Electieve basiszorg is alle planbare zorg die niet valt onder zorg in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) of topreferente zorg. De electieve basiszorg heeft geen spoedeisend karakter, is goed te plannen en de afstand die de patiënt moet afleggen naar de zorgaanbieder is minder van belang. De behandeling wordt in principe in overleg met de patiënt gepland. De tijd die verstrijkt vanaf de diagnose tot de daadwerkelijke behandeling hangt mede af van de behandelcapaciteit. Electieve basiszorg kan zowel eenmalige zorg zijn als zorg die vaker of doorlopend nodig is, de chronische zorg. Een deel van deze basiszorg staat overigens ten dienste van het op kwalitatief verantwoorde wijze aanbieden van acute zorg (beschikbaarheidsfunctie). Het actief sturen op de acute zorg waarborgt dus automatisch ook dat gedeelte van de electieve zorg dat daar onlosmakelijk mee is verbonden. Dit komt tegemoet aan het amendement van Tweede Kamerlid Van der Vlies (TK 2004–2005, 27 659, nr. 39).

In de curatief somatische zorg is directe bereikbaarheid met betrekking tot de electieve basiszorg minder van belang en hebben patiënten bovendien de tijd een zorgaanbieder te kiezen. Ik verwacht daarom dat verdere extra sturing van mijn kant niet noodzakelijk is. Zorgaanbieders moeten wel zoveel mogelijk ruimte krijgen om te voldoen aan de verwachtingen van patiënten en zorgverzekeraars.

Voor de electieve basiszorg in de geestelijke gezondheidszorg kan sturing echter wel noodzakelijk zijn. Dat zou bijvoorbeeld kunnen wanneer partijen onvoldoende afspraken maken over spreiding en bereikbaarheid, en dit nadelig uitwerkt voor de zorg(keten) van patiënten. In zo'n geval wordt dit in de beleidsregels ex artikel 4 van de WTZi opgenomen. Dat geldt dan vooral bij de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor specifieke doelgroepen van een beperkte omvang zoals de langdurige zorg voor zeer kwetsbare patiënten en de verpleegfunctie voor verslaafden.

#### *Electieve complexe zorg*

Electieve complexe zorg in de ziekenhuissector betreft topklinische zorg – zorg die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen valt – en topreferente zorg – zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Het is planbare zorg waarop de overheid wel moet sturen. De mate van sturing verschilt voor de electieve complexe geestelijke gezondheidszorg en de electieve complexe ziekenhuiszorg.

Omwille van toegankelijkheid en kwaliteit willen wij de complexe electieve zorg met de WBMV en de academische component vooralsnog blijven reguleren. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan orgaantransplantaties. Ik acht het daarbij noodzakelijk dat er een dynamische doorstroom blijft van gereguleerde zorg naar gedereguleerde zorg. Voor de toepassing van de WTZi is het niet van belang of instellingen electieve complexe zorg of electieve basiszorg leveren.

De electieve complexe ggz zorg waaronder behandeling in een Kliniek Intensieve Behandeling (KIB), de forensische psychiatrische kliniek (FPK), de forensische verslavingskliniek (FVK), de forensische afdelingen (FPA en FVA), dubbele diagnose bij verslaafden, specialistische behandeling van verslaafden, behandeling van doven met psychiatrische problematiek en

orthopsychiatrie etc. omvat voorzieningen waarvoor expertise een vereiste is en waarvan het aantal voorzieningen is beperkt. De partijen (de verschillende aanbieders en betreffende verzekeraars) moeten zelf goede afspraken maken over de kwaliteit en toegankelijkheid van de electieve complexe geestelijke gezondheidszorg. Komt de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid in het geding, dan wordt hiervoor een passage opgenomen in de beleidsregels ex artikel 4 van de WTZi.

In de forensische psychiatrische zorg komen vrijheidsbeperkende maatregelen uit het strafrecht en curatieve medische behandeling samen. In 2004 is door de Eerste Kamer de motie Van de Beeten ingediend die de regering vraagt de samenhang tussen penitentiaire en curatieve voorzieningen te verbeteren. De ministers van Justitie en VWS hebben daarop een interdepartementale werkgroep onder voorzitterschap van Financiën een analyse laten uitvoeren. De regering heeft het rapport van deze werkgroep op 25 augustus 2005 naar de Kamer gestuurd. De regering onderschrijft het advies en de voorgestelde maatregelen. De hoofdlijn van het rapport is de versterking van de sturing van de minister van Justitie van alle zorg in strafrechtelijk kader en het verbeteren van de overgang tussen sectoren. De maatregelen moeten ingaan op 1 januari 2007. Inmiddels heeft de Kamer besloten tot een parlementair onderzoek naar het tbs-stelsel. De behandeling van rapport en aanbiedingsbrief zal pas plaatsvinden nadat de parlementaire onderzoekscommissie zal hebben gerapporteerd over haar bevindingen. Tot dat tijdstip handhaaf ik de Beleidsvisie op dit punt en zijn de beleidsregels van toepassing.

#### *Acute somatische en acute gecombineerde somatische/psychische zorg*

Acute zorg doet zich voor bij een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling. Er is dan sprake van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Het is van groot belang dat deze zorg voor een ieder binnen redelijke tijd toegankelijk is.

De toegankelijkheid van de acute zorg is op dit moment goed geborgd. In mijn brief van 26 september 2003 (TK 27 295, nr. 56), heb ik aangegeven dat volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 98,8% van de bevolking binnen 45 minuten (15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabiliseren en 25 minuten rijtijd) per ambulance een ziekenhuis met Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) kan bereiken. Bijlage 1 geeft een overzichtskartaal weer van Nederland met de huidige reistijden naar SEH-faciliteiten.

Ten aanzien van de spreiding van zorgvoorzieningen zijn de betrokken regionale partijen zelf verantwoordelijk voor de variatie, differentiatie en invulling. Ik heb in mijn beleidsvisie acute zorg (TK 29 247, nr. 1, 10 oktober 2003) aangegeven de ketenbenadering in de organisatie van de spoedeisende hulpverlening centraal te willen stellen, om de acute zorg ook in de toekomst goed toegankelijk te houden. 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. Het referentiekader «Spreiding en bereikbaarheid», waarover ik u op 3 mei 2004 (TK 29 247, nr. 13) heb geïnformeerd, heeft in kaart gebracht hoeveel ambulancstandplaatsen nodig zijn om 95% van de bevolking binnen een kwartier door een ambulance te laten bereiken. In aansluiting moet hierop een werkend systeem zijn (7x24 uur beschikbaar) dat op voorhand aangeeft naar welke instelling de betreffende patiënt vervoerd kan of moet worden. Elke regio moet, op initiatief van het betreffende traumacentrum, hiervoor een passende oplossing zoeken. Er zijn 25

regio's voor acute zorg die samenwerken met 10 traumacentra. Alle zorgaanbieders in de keten worden hierbij betrokken: huisartsen, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, ggz-instellingen, ziekenhuizen en traumacentra. Dit geeft een beeld van de verschillende behandel-mogelijkheden en -capaciteiten in de regio, een zogenaamde level-indeling. Deze level-indeling maakt voor alle ketenpartners transparant wie welk level zorg aan kan bieden. Een werkgroep met vertegenwoordigers van veldpartijen, onder leiding van het ministerie van VWS bepalen objectieve landelijke criteria voor deze level-indeling. Eén van deze levels betreft in ieder geval de acute zorg die door een basisziekenhuis<sup>1</sup> geleverd wordt. Zorgverzekeraars gebruiken deze level-indeling om acute zorg in te kopen.

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. 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 basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt. Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal-tijd die nodig is om met een ambulance de plaats van het ongeval te bereiken en de patiënt vervolgens naar een SEH-afdeling op minimaal het niveau van een basisziekenhuis te brengen.<sup>2</sup>

In de beleidsregels WTZi wordt opgenomen dat basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en 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 de in dat overleg gemaakte afspraken dienen na te komen.

Als een instelling met een voorgenomen wijziging in het zorgaanbod niet voldoet aan de bereikbaarheidsnorm, kan ik aan de toelating van de betreffende instelling het voorschrift verbinden dat de instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt op een bepaalde locatie. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH-afdeling op het niveau van een basisziekenhuis op een bepaalde locatie. De wet biedt bij het over-treden van de in de toelating gestelde voorschriften de mogelijkheid van bestuursdwang en, in het uiterste geval, 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 regionale overleg acute zorgketen) kan gebruiken.

De afspraken die gemaakt worden in het regionale overleg acute zorgketen betreffen de reguliere spoedeisende hulpverlening. Maar ook over acute zorg in opgeschaalde situaties moeten afspraken worden gemaakt. Van opgeschaalde hulpverlening is sprake wanneer zich tegelijkertijd meer patiënten/slachtoffers aandienen in het ziekenhuis dan waar de normale ziekenhuisbezetting op gebaseerd is. De voorbereiding van algemene en academische ziekenhuizen op opgeschaalde inzet is van groot belang bij deze bijzondere vorm van medische hulpverlening. Alle algemene en academische ziekenhuizen maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig functionaris over hun inzetmogelijkheden bij opgeschaalde hulpverlening. De Regionaal Geneeskundig functionaris 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 geïmplementeerd wordt.

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

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

De acute psychiatrie is een speciale vorm van acute zorg. Acute psychiatrie kan namelijk zowel op vrijwillige basis als gedwongen plaatsvinden, op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Bij een crisisopname op grond van de Wet Bopz, dient in een eerste opname te worden voorzien op een zo kort mogelijke afstand van de woonomgeving van de hulpvrager. Een Bopz-patiënt kan alleen opgenomen worden -gezien de gestelde veiligheidseisen aan het gebouw, voor patiënt en personeelwanneer de aanbieder van zorg daarvoor een aanwijzing in het kader van de Wet Bopz heeft. Binnen de keten van acute geestelijke gezondheidszorg worden afspraken gemaakt over voldoende plaatsen in de regio.

#### **4. Care**

##### *Algemeen*

De vermaatschappelijking van de zorg is sinds jaren het zwaartepunt in het beleid voor de care. Mensen met beperkingen, ook met zeer ernstige beperkingen, moeten zo lang en zo zelfstandig mogelijk deel kunnen nemen aan de maatschappij. Mensen met ernstige beperkingen moeten geschikte woonruimte buiten de instelling kunnen vinden, als zij daar de voorkeur aan geven. Verder betekent vermaatschappelijking van de zorg dat zorg ook kleinschalig moet kunnen worden aangeboden. Uitgangspunt is en blijft dat de voorkeur van de cliënt bepalend is.

De mening van de cliënt wordt in dit proces steeds belangrijker. Het is hierbij van belang dat de zorgaanbieder zijn voornemens goed op de wensen van de cliënt afstemt en dat de cliënt in staat is om de wensen te laten horen. Ik wil de WTZi gebruiken om de relatie tussen zorgaanbieder en cliënt te versterken. Als zorginstellingen voldoende rekening houden met de belangen en wensen van cliënten kan de regulerende overheidsrol op dit gebied verdwijnen. Uiteraard zal de overheid altijd de ontwikkelingen goed moeten volgen en znodig bijsturen als de cliëntenbelangen onvoldoende tot hun recht komen. Dat is echter meer een toetsende dan een preventief regulerende rol.

De vermaatschappelijking van de zorg is sinds jaren het zwaartepunt in het beleid voor de care. Een belangrijke stap om dit mogelijk te maken was de invoering in april 2003 van de zogenoemde functiegerichte aanspraken in de AWBZ.

Daarmee is de individuele behoefte aan zorg maatgevend voor de uiteindelijke inzet van zorg en de financiering daarvan. Met uitzondering van de functies verblijf en gedeeltelijk behandeling komen in de functiegerichte bekostiging op dit moment alle zorgfuncties voor (extramurale) levering aan huis in aanmerking. Er zijn verder geen wettelijke beperkingen. Voor de toepassing van de WTZi betekent dit dat de minister verzoeken om een toelating voor deze functies (niet in combinatie met de functie verblijf) slechts toetst op wettelijke (vorm)vereisten zoals die in het Uitvoeringsbesluit WTZi en enkele algemeen geldende beleidsregels zijn neergelegd.

De vermaatschappelijking van de zorg houdt ook in dat, anders dan tot nu toe, mensen met ernstige beperkingen geschikte woonruimte buiten de instelling moeten kunnen vinden, indien daaraan de voorkeur geven. Ook kan in voorkomende gevallen een woonwijk op het instellingsterrein worden gebouwd (omgekeerde integratie). Met de minister van VROM proberen wij te zorgen voor veel meer geschikte woningen voor mensen met ernstige beperkingen. Over de daarvoor noodzakelijke gezamenlijke

acties de komende jaren hebben wij op 15 september 2003 een brief aan de Tweede Kamer gestuurd (TK vergaderjaar 2002–2003, 26 631, nr. 57). Het Actieplan Investeren voor de toekomst werkt de beleidsbrief wonen en zorg verder uit; het plan is op 5 juli 2004 aan de Tweede Kamer aangeboden (TK vergaderjaar 2003–2004, 26 631 en 28 951, nr. 99).

Vermaatschappelijking van de zorg heeft ook betekenis voor de schaal waarop en de locatie waar zorg wordt aangeboden aan cliënten. Cliënten dienen ten behoeve van het maken van een goede afweging voor het type huisvesting dat zij prefereren, binnen de mogelijkheden die ze hebben de keuze te kunnen maken uit vele vormen van huisvesting (van in een groot-schalige omgeving aangeboden zorg tot zelfstandig wonen en alle vormen daar tussenin). Het uitgangspunt is dat de keuze van de cliënt bepalend is.

De WZV-procedure voor een bouwvergunning geldt sinds enige tijd al niet meer bij kleinschalige voorzieningen voor mensen met psychiatrische aandoeningen of beperkingen (RIBW-en) en voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Wij willen deze beweging naar meer kleinschalige voorzieningen verder stimuleren, zodat er daadwerkelijke keuzevrijheid van de cliënten ontstaat voor grootschalig aangeboden huisvesting dan wel kleinschalig wonen. Daarom heb ik besloten de bouw van kleinschalige voorzieningen tot en met 25 plaatsen, voor mensen die licht verblijf nodig hebben en voorzieningen tot en met 12 plaatsen voor mensen die zwaar verblijf nodig hebben, vrij te stellen van het bouwregime. Die voorzieningen kunnen voortaan zonder toetsing vooraf worden gerealiseerd. Een (wijziging van een) toelating moet uiteraard worden gevraagd voor het op kosten van de AWBZ kunnen leveren van verblijf.

De huidige capaciteit is voldoende gespreid over Nederland (voor een overzicht van de spreiding van de intramurale zorg in Nederland verwijs ik naar bijlage 2). De vraag naar zorg in de care is bepalend voor de hoeveelheid zorg die er in een regio is. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en moet zich in het contracteerbeleid grotendeels laten leiden door de vragen van de verzekerden; de spreiding wordt daarom gaandeweg geoptimaliseerd.

Instellingen moeten voor grotere verblijfvoorzieningen nog steeds bij mij een aanvraag om (wijziging van) een toelating indienen. Op die voorzieningen is het bouwregime zoals dat is neergelegd in het Uitvoeringsbesluit WTZi wel van toepassing. De aanbieders van dit type voorzieningen moeten vooralsnog beschikken over een toelating van de minister en een vergunning van het College bouw.

Zoals hierboven uiteengezet, moeten instellingen de zorgomgeving groot- en kleinschalig kunnen aanbieden, in kwalitatief en functioneel geschikte voorzieningen. De vraag van de cliënten is hierin leidend.

Het invoeren van gereguleerde marktwerking betekent immers ook dat de keuze van de klant gaandeweg belangrijker wordt in het stelsel van zorg. In de ouderenzorg krijgt dit de vorm van consultatie van de cliëntenraad. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de cliëntenraad hiertoe in staat te stellen. Dit kan inhouden dat als de cliëntenraad moet adviseren bij complexe bouw- of veranderingstrajecten zij op kosten van de instelling externe expertise kunnen inhuren. Dit is te vergelijken met de positie van een ondernemingsraad bij grote reorganisaties. Als deze samenwerking met de cliëntenraad goed vorm krijgt heb ik er vertrouwen in dat op lokaal niveau de juiste afwegingen gemaakt kunnen worden. Bij bouwen veranderingstrajecten heeft een instelling ook rekening te houden met de te stellen functionele eisen aan de huisvesting conform de prestatie-eisen WTZi. Een strategisch document (in de vorm van een

Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP)), is hierbij, net als onder de WZV, onmisbaar. Ook kan hiertoe een leefwensenonderzoek een belangrijk instrument zijn om de cliënten te consulteren.

Met betrekking tot de gehandicaptensector, dient, gezien het grote belang dat ik hecht aan het raadplegen van individuele cliënten in deze sector bij bouw, het standpunt van cliënten te blijken uit het leefwensenonderzoek, te houden onder de individuele cliënten.

Over twee jaar zal er een beleidsevaluatie plaatsvinden waarbij ik zal bekijken in hoeverre, in het systeem van gereguleerde marktwerking, rekening wordt gehouden met de wensen van de cliënten. Zo nodig zal ik door middel van beleidsregels bijsturen.

Wanneer de markt meer ontwikkeld is, zal ik ten aanzien van de grootschalige intramurale instellingen grotere afstand bewaren tot de vraag hoe de gebouwelijke omgeving van de zorg er feitelijk uit moet zien.

#### *Privacy*

Een onderwerp in dit verband waaraan ik in het kader van de WTZi aandacht schenk is de privacy van de cliënten in intramurale voorzieningen (TK vergaderjaar 2003–2004, 29 200 XVI, nr. 225). De situatie laat op dat vlak in een te groot aantal gevallen veel te wensen over. Voor verblijfvoorzieningen voor mensen met somatische en psychogeriatrische aandoeningen en beperkingen heb ik middelen vrijgemaakt om ervoor te zorgen dat er op afzienbare termijn alleen nog maar één- en splitsbare tweepersoonskamers aanwezig zijn. Een aanvraag om wijziging van een toelating in verband met voorgenomen afbouw van kamers voor drie of meer bedden krijgt de hoogste prioriteit in de afweging van alle voor honorering in aanmerking komende verzoeken in het kader van de WTZi. De prioriteitscriteria zijn verwoord in de beleidsregels ex artikel 4 van de WTZi. De branche-organisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft voor mensen met verstandelijke en lichamelijke handicaps met het College bouw een actieplan ontwikkeld. Dit plan moet deze problemen in deze sector in vier jaar oplossen. De aanpak betekent dat bestaande toelatingen worden gewijzigd bijvoorbeeld wanneer er door aanpassingen minder plaatsen komen met meer privacy. Aan de toelating kan ook een voorschrift verbonden worden als de afbouw van kamers voor drie of meer bedden te lang duurt.

Ten behoeve van het kunnen opvangen van mensen met ((zeer) ernstige) beperkingen in crisissituaties dient in elke regio voldoende capaciteit aanwezig te zijn. Zolang die opvang kan geschieden zonder dat er (tijdelijk) moet worden voorzien in verblijf, dient het zorgkantoor daarvoor voldoende zorg gecontracteerd te hebben, dan wel op andere wijze te hebben voorzien in een adequate oplossing. Regionaal dient ook te worden voorzien in verblijfcapaciteit voor crisissituaties. Aanvragen om een toelating voor het realiseren van dit type verblijf hebben hoge prioriteit.

#### *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*

Het kabinet heeft besloten tot een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Mits het parlement instemt met de voorstellen van het kabinet, komt er een nieuwe wet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze wet omvat de lichtere vormen van hulp en ondersteuning. Gemeenten moeten die ondersteuning organiseren. De AWBZ is er dan alleen voor de zwaardere vormen van zorg: professionele zorg en verpleging.



Het kabinet staat op het terrein van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor belangrijke keuzes. Het wil de solidariteit met gehandicapten, zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten behouden. Het wil de kwaliteit van de zorg en de ondersteuning aan burgers zelfs verbeteren. En het wil de samenhang in voorzieningen in de directe omgeving van deze mensen verbeteren zodat ze zoveel en zolang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Dat zijn belangrijke maatschappelijke doelen die met het aanpassen van de AWBZ en de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning worden nagestreefd. Dat bouwt voort op ontwikkelingen van de laatste jaren als de modernisering van de AWBZ, maar ook op lokale ontwikkelingen bij gemeenten in het ondersteunen van haar burgers, zoals het uitbouwen van de één-loket-gedachte.

In het kader van de vermaatschappelijking van de zorg en een houdbaar systeem van zorg voor zwaar zorgbehoevende verzekerden worden tevens de voorwaarden geformuleerd om te komen tot een inperking van de functie verblijf.

Overigens ben ik voornemens de verzekerden die voor de geherformuleerde aanspraak verblijf worden geïndiceerd de keuze te bieden om dat verblijf niet te verzilveren, terwijl wel de benodigde zorg kan worden verkregen op kosten van de AWBZ. Ik verwacht al met al minder verzoeken om een toelating omdat er met de komst van de Wmo minder AWBZ-aanspraken zullen zijn.

### *Specifiek*

#### *Kinderen*

Kinderen groeien in het algemeen op in het gezin waarin ze worden geboren. Voor gehandicapte kinderen is dit niet anders. Uitgangspunt is dat de zorg aan het gehandicapte kind in het gezin wordt geleverd waardoor de ouders en verzorgenden goed worden ondersteund. Waar dit onmogelijk is, is een vervangende gezinsstructuur het eerste alternatief. Kinderen met een handicap kunnen onderwijs volgen. Als instrument heeft het Ministerie van OCW daarvoor de Wet op de Expertisecentra (WEC). Sinds 01-08-2003 is in deze WEC de regeling leerlinggebonden financiering opgenomen «de rugzak». De school krijgt hiervoor geld uit de Wet Leerlinggebonden Financiering. Bouw als bedoeld in de WTZi ten behoeve van wonen en/of dagbesteding van kinderen met een handicap wordt alleen gehonoreerd als thuis wonen en/of ondersteund volgen van onderwijs en/of logeeropvang niet mogelijk is.

Kinderdagcentra vormen hierbij een belangrijk aandachtspunt. Deze zijn bedoeld voor kinderen met een meervoudig complexe handicap en vervullen een belangrijke rol in het voorkomen dat kinderen vroegtijdig intramuraal moeten worden opgenomen en daarmee zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. De complexiteit van de handicaps stelt hoge bouwfunctionele eisen aan het gebouw waarin de zorg wordt geboden. Daardoor zijn de kosten voor de bouw, en daaruit volgende exploitatiekosten, aanzienlijk. Mede door de complexiteit vallen kinderdagcentra vooralsnog onder het bouwregime.

Daarnaast vindt ook ombouw plaats van de voorheen op enkelvoudig gehandicapte kinderen gerichte KDC's naar kinderdagcentra voor meervoudig complex gehandicapte kinderen. Vooralsnog heb ik een maximum verbonden aan het aantal plaatsen dat op deze manier omgebouwd kan worden.

#### *Multifunctionele centra (MFC)*

De afgelopen jaren is fors geïnvesteerd in capaciteit in MFC. In 2001 bleek uit onderzoek dat er voor (licht) verstandelijk gehandicapte jeugdigen behoefte is aan 250 tot 300 plaatsen in tien tot twaalf multifunctionele

centra. Voor de realisatie van capaciteit ten behoeve van MFC is echter tijd nodig. Daardoor zijn nog niet in alle regio's vraag en aanbod in evenwicht. Zorgkantoren en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk om hier alsnog voor te zorgen. Ik verwacht dat zorgaanbieders en zorgkantoren in de tussenliggende periode zorgen voor voldoende overbruggingszorg. Bij brief d.d. 13 april 1999 (TK vergaderjaar 1998 -1999, 25 424, nr. 8) is daarover een standpunt aan de Tweede Kamer gezonden met daarin de aanpak voor verbetering van de zorg op het raakvlak van geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg voor kinderen tot en met 18 jaar. Aanvragen voor (wijziging van) een toelating die buiten dit standpunt vallen worden niet gehonoreerd.

#### *LVG en jeugdzorg*

In 2001 is het actieprogramma licht verstandelijk gehandicapten (LVG) gestart. Het doel was de invoering van de nieuwe Wet op de jeugdzorg voor deze categorie gehandicapten zo soepel mogelijk te laten verlopen. Mede daarom wordt het bureau jeugdzorg met ingang van 1 januari 2006 wettelijk de enige integrale toegang tot zorg voor de jeugdige licht verstandelijk gehandicapten met opvoed- en opgroeioproblemen. De WTZi maakt het mogelijk voor specifieke zorgvormen zoals die voor licht verstandelijk gehandicapten een maximaal benodigde capaciteit te bepalen en die in de beleidsregels ex artikel 4 van de WTZi op te nemen.

#### *Sterke gedragsstoornissen*

Het behandelen van voornamelijk licht verstandelijk gehandicapten met (sterke) gedragsstoornissen blijft een belangrijk aandachtspunt. Verblijf-situaties dienen zodanig te worden vormgegeven dat ook daar vermindering van de gedragsstoornissen optreedt. Aanvragen voor (een wijziging van) de toelating voor verblijfssituaties SGLVG zullen hierop beoordeeld worden. De reguliere behandelcapaciteit lijkt op dit moment voldoende te zijn en wordt niet uitgebreid. Aanvragen voor (een wijziging van) de toelating voor behandeling SGLVG die leiden naar uitbreiding van het in de beleidsregels genoemde aantal zullen dus niet gehonoreerd worden. Ten aanzien van de forensische verstandelijk gehandicaptenzorg is in de brief van 8 februari 2002 aan de Tweede Kamer, kenmerk DGB/ZVG-2 248 875, gekozen voor capaciteitsuitbreiding vanuit de bestaande SGLVGbehandelcentra (behandelplus-plaatsen). Aanvragen voor (een wijziging van) de toelating voor behandelplus-plaatsen buiten het genoemde kader zullen niet gehonoreerd worden.

## OVERZICHTSKAART REISTIJD NAAR DICHTSTBIJZIJNDE SEH FACILITEITEN

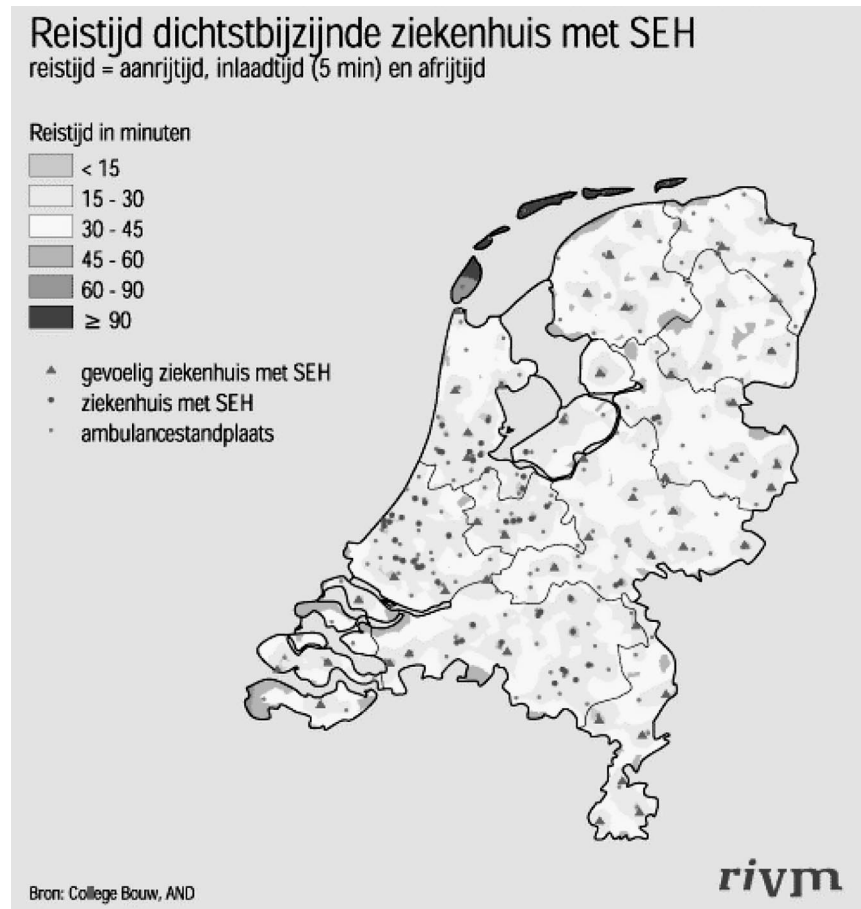
Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft in 2003 op mijn verzoek, analoog aan de uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) van 14 januari 2002, opnieuw de bereikbaarheid van de 7x24-uurs Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) in kaart gebracht.

In de nieuwe analyse is op mijn verzoek een aantal zaken aangepast:

- Er is uitgegaan van de huidige afdelingen SEH (107 in plaats van 109 locaties);
- De echte aanrijtijd van ambulances is gebruikt i.p.v. de veronderstelde aanrijtijd (15 minuten)
- Een veronderstelde inlaadtijd van 5 minuten is meegenomen.

Op basis van de nieuwe gevoeligheidsanalyse concludeert het RIVM dat 98.8% van de bevolking in Nederland binnen 45 minuten per ambulance een ziekenhuis met SEH-afdeling kan bereiken. Een groot deel van de bevolking, 78.5% kan zelfs binnen 30 minuten op een afdeling SEH zijn. Figuur 1 geeft de reistijden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH weer voor heel Nederland.

**Figuur 1**



Noot: De effecten van de Westerscheldetunnel zijn niet meegenomen.

De oranje en rode gebieden geven de gebieden weer waar mensen wonen die met de huidige spreiding van ziekenhuizen niet binnen 45 minuten een ziekenhuis met afdeling SEH kunnen bereiken.

De rode driehoekjes op de kaart geven de ziekenhuizen weer die van belang zijn voor de bereikbaarheid van een afdeling SEH binnen 45 minuten. De blauwe stippen zijn ziekenhuizen die in de nabijheid staan van een ander ziekenhuis, met andere woorden waarvan de patiënten binnen 45 minuten een alternatief ziekenhuis kunnen bereiken.

**OVERZICHTSKAART INTRAMURALE PLAATSEN  
AWBZ-VOORZIENINGEN 2003**

Intramurale plaatsen per 1000 inwoners 2003 naar zorgregio's



Bron Zois 2003 (CVZ/CBS)

In de bovenstaande kaart is het aantal intramurale plaatsen van de volgende AWBZ-voorzieningen bij elkaar geteld: verzorgingshuizen, verpleeghuizen, verstandelijke en lichamelijke gehandicaptenzorg alsmede het aantal plaatsen in GGZ-instellingen. De uitsplitsing is per zorgkantoor weergegeven.

# **BELEIDSREGELS EX ARTIKEL 4 WET TOELATING ZORGINSTELLINGEN**

**Versie 21 december 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 overlegd 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 overlegd. 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 het 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)*

Instellingen die verblijf leveren, met uitzondering van zelfstandige behandelcentra, beschikken over een LTHP dat vierjaarlijks wordt bijgesteld. Bij een aanvraag om een toelating als bedoeld in artikel 5, tweede lid, dient iedere zorginstelling een LTHP in te dienen. Het bouwinitiatief waarvoor een toelating wordt aangevraagd moet opgenomen zijn in het LTHP. 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.

Tot de belanghebbenden horen niet de concurrerende zorgaanbieders in de regio.

Indien van toepassing wordt een afwijkende visie van afzonderlijke belanghebbenden in het LTHP opgenomen.

Indien van toepassing moet de instelling deugdelijk onderbouwen waarom van de visie van één of meer belanghebbenden wordt afgeweken.

#### *Toelichting*

Doel van het indienen van een LTHP bij een aanvraag om een toelating met bouw is dat aangetoond wordt dat de bouwplannen zorgvuldig en maatschappelijk verantwoord tot stand zijn gekomen.

Het LTHP is een afgeleide van de ontwikkelingen in de zorg, de organisatie daarvan en de wensen van patiënten. Het LTHP dient gebaseerd te zijn op

het medische beleidsplan, op samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners (zoals huisartsen en paramedici) en op afspraken met zorgverzekeraars over de invulling van de zorg in de regio. Het LTHP dient, op initiatief van de zorginstelling, met de direct betrokkenen (zorgaanbieders waarmee in de keten verticaal wordt samengewerkt, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten en/of provincies) te worden afgestemd.

Een limitatieve lijst van belanghebbenden bestaat niet, het is aan het instellingsbestuur om te bepalen wie voor deelname aan het overleg wordt uitgenodigd. Tot de belanghebbenden behoren echter niet concurrerende instellingen in hetzelfde segment. Dit zou in strijd zijn met de Mededingingswet.

Bij de beoordeling van de aanvraag om een toelating met bouw wordt beoordeeld of sprake is geweest van een op overeenstemming gericht overleg met de belanghebbenden. De zorginstelling moet alle mogelijke moeite doen om tot overeenstemming te komen met de betrokkenen. De instelling moet dit ook kunnen aantonen. Als slechts een document is toegestuurd aan betrokkenen, heeft de instelling niet alle mogelijke moeite gedaan. Als één of meer belanghebbenden een afwijkend standpunt hebben, is overleg en eventueel nader overleg noodzakelijk. Instemming van de betrokkenen is niet noodzakelijk, wel gewenst. De zorginstelling kan afwijken van de visie van één of meer belanghebbenden, maar moet zo'n afwijking onderbouwen. Bij de aanvraag om een toelating met bouw wordt beoordeeld of er bij afwijking van het standpunt van één of meer belanghebbenden een deugdelijke onderbouwing is van die afwijking.

#### 2.4

Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 5, tweede lid, van de wet moet worden opgesteld met in achtname 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).

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 basisziekenhuis<sup>1</sup> te bereiken, niet in gevaar komt<sup>2</sup>.

#### *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 uitgegaan 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 (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. 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 en academische ziekenhuizen 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 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 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

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

<sup>2</sup> 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).

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 regionale overleg acute zorgketen) 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 nieuwbouwiniatief 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 morbiditeitspatroon 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 m<sup>2</sup> per 1000 inwoners): 61% (= 162 m<sup>2</sup>) is toe te rekenen aan de klinische patiëntenstroom en 39% (=104 m<sup>2</sup>) aan de niet-klinische patiëntenstroom. De formule voor de berekening van het normatieve vloeroppervlak luidt als volgt:

Vloeroppervlak = (polikl. adherentie x 0,104 m<sup>2</sup>) + (klin. adherentie x fv x 0,162 m<sup>2</sup>).

Fv staat voor «verwachte verpleegduur». Deze factor wordt leeftijd-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 nieuwbouwiniatief 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 bouwinitiatief, 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 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 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 gevraagd. 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 verblijfsvoorzieningen 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 initia-

tieven 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 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.
6. 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 zoveel mogelijk de wens van de cliënt gevolgd te worden.
7. 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 gedraggestoord 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 voltijdszorg 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. 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.