

Aanwijzing verzorgingshuizen als instellingen voor gezondheidszorg en wijziging beleidsregels ex artikel 3 WZV

14 december 2000/DVVO-U-2121245

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Gelet op artikel 1, tweede lid, onder b, van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen en op artikel 3, eerste lid, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen,

Besluit:

Artikel 1

Naast de in artikel 1, eerste lid, van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen genoemde categorieën van inrichtingen voor gezondheidszorg wordt als categorie van inrichtingen, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder c, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen aangewezen: Verzorgingshuizen, zijnde instellingen waar of van waaruit op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten bekostigde verzorging, niet-complexe verpleging of begeleiding in verband met lichamelijke, psychogeriatrische of psychosociale problemen als gevolg van ouderdom worden geboden.

Artikel 2

Onderdeel 3 van de beleidsregels op basis van artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen voor de sector Verpleeghuizen wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift van het onderdeel komt te luiden:
3. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen

2. Het opschrift van paragraaf 3.1. komt te luiden:

3.1.1. Algemeen verpleeghuizen

3. Na paragraaf 3.1.1. wordt een nieuwe paragraaf ingevoegd die luidt als volgt:

3.1.2. Algemeen verzorgingshuizen

De zorgverlening aan personen die zijn geïndiceerd voor verzorgingshuiszorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van (het bestuur van) verzorgingshuizen als bedoeld in het

Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen. In tegenstelling tot de situatie bij de verpleeghuizen, is er bij de verzorgingshuizen geen sprake van afzonderlijk gebouwde voorzieningen waar delen van de aanspraak op zorg kunnen worden geleverd.

Verzorgingshuizen kennen van oudsher wel een scala aan groottes aangezien de minimumcapaciteit in het kader van de Wet op de bejaarden oorden op 5 bewoners was bepaald. Dit heeft erin geresulteerd dat er heel kleine, maar ook relatief grote verzorgingshuizen zijn. Daarnaast heeft de extramurale zorgverlening met name de laatste jaren een enorme vlucht genomen. Onder de zorg aan daarvoor geïndiceerde ouderen die niet in een verzorgingshuis verblijven, valt onder andere dag- en nachtverzorging, kortdurende opname en zorgverlening bij ouderen thuis.

De verzorgingshuizen bieden 24-uurszorg aan intensievezorgbehoevende ouderen. Die zorgverlening kan zowel binnen de muren van de eigen instelling worden aangeboden als aan thuiswonende ouderen. Onder de noemer verzorgingshuiszorg vallen tal van activiteiten: hulpverlening bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-hulp), hulp bij huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), begeleiding, verzorging en niet-complexe verpleging, bescherming, maaltijdverstrekking en recreatie. Daarbij horen ook medische en paramedische zorg en de verstrekking van hulpmiddelen. Ten aanzien van deze laatste drie deelactiviteiten is evenwel besloten dat deze niet met ingang van 1 januari 2001 deel uitmaken van de aanspraak in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In concrete verklaringsaanvragen voor bouw dient rekening gehouden te kunnen worden met die deelfuncties, reden waarom ze hier reeds genoemd worden.

Binnen de grote groep verzorgingshuizen die Nederland rijk is, nemen de verzorgingshuizen met een bijzondere functie een aparte positie in. Deze huizen zijn specifiek voor een

bepaalde groep ouderen opgericht. In dit kader kan ondermeer worden gedacht aan de kloosterverzorgingshuizen, de verzorgingshuizen voor doven en voor blinden. Ten aanzien van de verzorgingshuizen met een bijzondere functie geldt hetzelfde als voor de verpleeghuizen voor specifieke doelgroepen is bepaald, namelijk dat met ingang van 2001 niet langer apart (als landelijke dan wel bovenregionale voorziening) capaciteit wordt gerealiseerd los van de regionale realiteit. De uitgangspunten zoals die op dit moment worden gehanteerd bij het tot stand brengen van capaciteit in de diverse regio's (hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 3.2.) dienen te garanderen dat eveneens tegemoet wordt gekomen aan heel specifieke zorgvragen. De ziektekostenverzekeraars dienen aan de vragen van alle verzekerden tegemoet te komen. Of dat op individuele basis kan dan wel slechts kan worden geboden in specifiek op te richten (delen van) voorzieningen, moet in (inter)regionaal verband worden beoordeeld.

4. Paragraaf 3.2. komt te luiden:

3.2. Bepaling van de benodigde zorgcapaciteit in de regio

Sinds 1999 vindt in de sector Verpleging en Verzorging de bepaling van de noodzakelijk geachte uitbreiding van de capaciteit van de thuiszorg, de verzorgingshuiszorg en de verpleeghuiszorg plaats op regionaal niveau.

Door het zorgkantoor worden voor de 31 regio's (de WZV-regio's Amsterdam en Rijnmond vallen uit-een in elk drie regio's waarbinnen aparte zorgkantoren opereren) in overleg met regionale partijen (zorgvragers (patiënten / consumenten), aanbieders en regionale overheden) gezamenlijk zogenaamde bestedingsvoorstellen opgesteld.

In die bestedingsvoorstellen zijn de initiatieven verwoord waarvan regionaal is overeengekomen dat zij in volgorde waarin ze zijn aangegeven,

dienen te worden gerealiseerd. In 1999 heeft twee keer het opstellen van dergelijk bestedingsvoorstellen plaatsgevonden, voor de jaren 1999 en 2000. Aangezien die bestedingsvoorstellen op uiterst korte termijn tot realisatie dienden te leiden, waren in die voorstellen slechts zeer beperkt initiatieven met bouw opgenomen. In 2000 zijn de regionale partijen onder leiding van het zorgkantoor voor de eerste maal aan de slag gegaan om bestedingsvoorstellen te doen waar ook bouw mee gemeoid zou kunnen zijn. Immers, die voorstellen bestrijken de periode van 2001 tot en met 2006. Bovendien is aan de zorgkantoren gevraagd een overzicht te verstrekken van in de ogen van de partijen gezamenlijk noodzakelijke renovaties en vervangende nieuwbouwprojecten (hetgeen niet in een bestedingsvoorstel kan worden verwoord). Voor het opstellen van de gevraagde bestedingsvoorstellen is boven alles van belang geworden de omvang van de wachtlijst in een bepaalde regio. Tot dit doel is een uitgebreide wachtlijstenquête gehouden die heeft geleid tot een 'nulmeting' per 15 mei 2000. Die enquête wordt telkenmale geactualiseerd om goed zicht te houden op de ontwikkelingen ten aanzien van de wachtlijsten.

Het bovenstaande betekent voor de uitvoering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen op dit punt het volgende. Aangezien voor de inzet van beschikbare financiële middelen bepaald is dat de wachtlijst in een bepaalde regio zo snel mogelijk dient te verdwijnen, moet dat noodzakelijkerwijs leiden tot het loslaten van het van oudsher bekende systeem van planningsnormen. Immers, planningsnormen dienen een doel in een aanbodgericht stelsel, terwijl tot dit moment ook sprake was van landelijk geldende normen die de regionale situatie buiten beschouwing laten. In een systeem van vraaggestuurde zorg, dat op dit moment meer en meer vorm krijgt, staat de feitelijke vraag in ieder van de regio's centraal. Die regionale vraag wordt verwoord op de wachtlijsten op basis waarvan uitermate gericht en flexibel een passend antwoord moet worden gegeven. Het is daarom dat de tot nu toe bekende planningsnormen voor de verpleeghuizen komen te vervallen en dat op basis van het volgende uit-

gangspunt verklaringen worden afgegeven.

Voor de periode 2001 tot en met 2006 komen de projecten met bouw die voorkomen op een door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beoordeeld bestedingsvoorstel respectievelijk een beoordeeld overzicht van noodzakelijke instandhouding van verzorgings- of verpleeghuizen voor een bepaalde regio in principe in aanmerking voor een verklaring.

Indien een verklaring wordt gevraagd voor een initiatief dat niet is opgenomen in enig bestedingsvoorstel, dan dient de initiatiefnemer de aanvraag vergezeld te doen gaan van het standpunt van regionale partijen en het zorgkantoor die eerder bij het opstellen van het bestedingsvoorstel betrokken waren ter zake.

Bij onvoldoende beschikbaarheid van financiële middelen wordt in de verklaring een uitstelpassage opgenomen. Het feit dat een initiatief voorkomt op een beoordeeld bestedingsvoorstel is alleen van belang voor de beoordeling of aan een initiatief behoefte bestaat in capaciteitstermen. Los daarvan dient uiteraard de gekozen vormgeving van die capaciteitsuitbreiding op zijn eigen merites worden beoordeeld.

Overigens worden alle initiatieven waarmee bouw gepaard gaat (zowel de initiatieven die capaciteitsuitbreiding tot gevolg hebben als die die renovatie / vervangende nieuwbouw met gelijkblijvende dan wel lagere capaciteit behelzen) van alle regio's gezamenlijk geplaatst op de bouwprioriteitenlijst.

Het vorenstaande laat onverlet dat mede in het kader van de totstandkoming van nieuwe wet- en regelgeving ten aanzien van exploitatietoestemming en bouw van zorgvoorzieningen verder zal worden nagedacht over het al dan niet hanteren van normen voor de capaciteit van de zorg. Zo daar aanleiding toe bestaat, zal voordien worden overwogen de beleidsregels ter zake te herzien.

5. De paragrafen 3.4. en 3.5. worden vernummerd tot: 3.3.6. en 3.3.7.; de nummering van de subparagrafen 3.5.1., 3.5.2. en 3.5.3. komt te luiden: 3.3.7.1., 3.3.7.2. en 3.3.7.3..

6. Na paragraaf 3.3. wordt een nieu-

we paragraaf toegevoegd die als volgt luidt:

3.4. Structurering van de verzorgingshuiszorg

3.4.1. Algemene uitgangspunten schaalgrootte

Het beleid is erop gericht het scheiden van wonen en zorg verder gestalte te geven. Het is daarom dat (bestaande) instellingen zich op het moment van besluitvorming ter zake het oprichten / instandhouden van voorzieningen zich expliciet over dit vraagstuk dienen uit te spreken. In het verlengde daarvan is de capaciteit van een verzorgingshuis bij voorkeur niet kleiner dan 50 plaatsen.

Bij een kleinere capaciteit dient eerst de mogelijkheid van volledige extramurale zorgverlening onderzocht te worden. Afwijkingen naar onder zijn bij uitzondering toegestaan, mits wordt aangetoond dat de kwaliteit van zorg is gewaarborgd en de exploitatie binnen de daarvoor geldende wettelijke kaders in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) is gegarandeerd.

Er is geen minimum- of maximumcapaciteit voor een afdeling dagverzorging.

Echter slechts bij een totaal van 8 dagverzorgingsplaatsen of meer mag een aparte bouwkundige voorziening worden opgericht.

3.4.2. Algemene uitgangspunten

De cliëntenpopulatie die in een verzorgingshuis wordt verzorgd, beperkt zich tot degenen die over een indicatie beschikken voor zorg te verlenen door een verzorgingshuis, inclusief verblijf gedurende het etmaal of een deel daarvan.

Dit betreft:

- als gevolg van ouderdom 24-uurszorgbehoevende cliënten;
- licht gedragsgestoorde psycho-geriatrische cliënten.

De cliëntenpopulatie die vanuit een verzorgingshuis wordt verzorgd, beperkt zich tot degenen die over een indicatie beschikken voor zorg te verlenen door een verzorgingshuis, niet gepaard gaande met verblijf. Het is toegestaan beperkte bouwkundige voorzieningen te treffen ten behoeve van extramurale zorgverlening. Voor de mate waarin dit in de toekomst mogelijk is, zal worden aangesloten aan de bouwmaatstaven

voor verzorgingshuizen die daarop in de loop van het jaar 2001 worden aangepast.

Afwijking van het bovenstaande kan bij uitzondering worden toegestaan, mits de afwijking objectief beoordeeld noodzakelijk is en de initiatiefnemer aantoont dat de kwaliteit van zorg is gewaarborgd.

3.4.3. Samenhang

De functie en de opzet van het verzorgingshuis worden gezien in relatie tot overige zorgvoorzieningen in de regio. Dit zijn niet alleen naburige verzorgingshuizen, maar ook verpleeghuizen en voorzieningen op het terrein van de thuiszorg. Uit het oogpunt van doelmatigheid en kwaliteit moet er samenhang bestaan in het aanbod van deze voorzieningen in de regio.

Ten behoeve van de regionale samenhang moet aan voorstellen tot nieuwbouw / ingrijpende renovaties een visie op de ontwikkeling en functie van de verzorgingshuiszorg in de regionale ouderenzorg ten grondslag liggen. Die visie omvat een reële, op de regionale zorgbehoefte afgestemde, benadering van de in de komende jaren te verwachten behoefte aan verzorgingshuiszorg en de daarvoor noodzakelijke infrastructuur. In het geval waarin diverse zorgaanbieders gemeenschappelijk zorg verlenen aan een bepaalde groep cliënten dienen zij daartoe een overeenkomst op te stellen en over te leggen bij de aanvraag om een verklaring.

3.4.4. Verdeling bedden en dagverzorgingsplaatsen

De instelling dient een gevarieerd pakket aan verzorgingshuiszorg te leveren. De realisering van b.v. dag- en nachtverzorging, kortdurende opname en zorgverlening bij ouderen thuis dient daarbij nadrukkelijk te worden betrokken.

Ik streef een goede regionale spreiding van voorzieningen na waarin, en van waaruit, een breed spectrum van zorg geleverd kan worden en waarmee op flexibele wijze antwoord kan worden gegeven op een wisselende vraag.

3.4.5. Normen ten aanzien van nieuwbouw, renovatie en sloop

Binnen 10 jaar na ingebruikname of ingrijpende renovatie van een verzorgingshuis (d.w.z. 50% of meer van het

bestaande bouwvolume) is aan bouw geen behoefte tenzij zo'n bouwinitiatief noodzakelijk is vanwege ingrijpende functiewijzigingen ten opzichte van de oorspronkelijke functie van de inrichting of in geval van noodsituaties.

Indien sprake is van gedeeltelijke nieuwbouw c.q. renovatie geldt deze tien jarentermijn voor het nieuw gebouwde c.q. gerenoveerde gedeelte. De renovatie van een verzorgingshuis is over het algemeen voor de eerste ongeveer 20 jaar na ingebruikname niet nodig. Vervangende nieuwbouw is in principe op z'n vroegst na 40 jaar toegestaan.

Bij de afweging van en besluitvorming over renovatie of vervangende nieuwbouw speelt de bouwkundig/functionele classificatie van de verzorgingshuizen, zoals het College bouw ziekenhuisvoorzieningen die voor het eerst in 2000 heeft uitgevoerd mede een rol. Overigens is deze classificatie opgesteld voor het College voor zorgverzekeringen en niet bedoeld voor directe prioritering van individuele instandhoudingsprojecten.

Kapitaalvernietiging moet zoveel mogelijk worden vermeden. Ter bepaling of een gebouw al dan niet vervangen en afgestoten kan worden, geldt als uitgangspunt dat de boekwaarde van het af te stoten gebouw op het moment van afstoten niet hoger is dan 7,5% van de investeringskosten bij vervangende nieuwbouw, berekend op basis van de normen, zoals die medio 2001 in het Besluit bouwmaatstaven WZV zullen worden vastgelegd. Tot die tijd zal het door het College bouw op 2 oktober 2000 vastgestelde Referentiekader worden gehanteerd.

Het boekverlies op de afschrijving van kapitaalinvesteringen, dat wil zeggen de som van de boekwaarde minus de opbrengsten uit verkoop, op het moment van afstoten van gebouwen en terreinen, moet bij voorkeur nihil zijn. In uitzonderlijke situaties kan het boekverlies maximaal 4 % van de investeringskosten zijn van het vervangende nieuwbouwproject, berekend op basis van de normen zoals die in het Besluit bouwmaatstaven WZV zijn vastgelegd.

Bovenstaande mag niet leiden tot ondoelmatige en onrendabele renovatie. Indien een kwalitatief verantwoorde renovatie alleen mogelijk is

tegen onacceptabel hoge investeringskosten, dan zal afwijking van het bovenstaande worden overwogen en zal vervangende nieuwbouw op een eerder moment worden overwogen. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen zal hierover adviseren.

7. Paragraaf 3.6. wordt vernummerd tot 3.5..

8. In paragraaf 3.5. wordt 'verpleeghuisvoorziening' gewijzigd in: voorziening.

Artikel 3

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2001.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, M. Vliegthart.

Nota van toelichting

In het kader van de Modernisering van de Ouderenzorg is in 1996 besloten om met ingang van 1 januari 2001 de zorg verleend in en vanuit verzorgingshuizen als aanspraak op te nemen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Tegelijkertijd daarmee is toen besloten om de planning en de bouw van intramurale instellingen die zich het verlenen van verzorgingshuiszorg tot doel hebben gesteld, op gelijke wijze te regelen als de instellingen die zich toeleggen op het verlenen van verpleeghuiszorg. Destijds is daarbij gedacht aan de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), in de verwachting dat tegen de tijd dat de verzorgingshuiszorg een aanspraak in het kader van de AWBZ zou worden, de toentertijd gedachte opvolger van de WZV, de Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen (Wbz), eveneens van kracht zou zijn dan wel uiterlijk per gelijke datum in werking zou treden. Dat laatste nu is niet het geval. Inmiddels is duidelijk dat met ingang van 1 januari 2001 geen wezenlijke wijzigingen zullen optreden in de planning en bouwwetgeving. Weliswaar is een nieuw voorstel van wet, Wet exploitatie zorginstellingen, voor advies voorgelegd aan de Raad van State, invoering daarvan zal niet eerder dan op zijn vroegst met ingang

van 1 januari 2002 kunnen geschieden.

Een en ander brengt met zich mee dat de Wet ziekenhuisvoorzieningen van toepassing moet worden verklaard op die verzorgingshuizen die zorg (gaan) verlenen als omschreven in de AWBZ en die tevens worden bekostigd op grond van die wet. Dat wordt met deze regeling geëffectueerd. Bovendien is het verstandig op eendere wijze als voor de verpleeghuizen het geval is, algemene uitgangspunten van beleid bekend te maken. In de sfeer van de WZV geschied dat in de vorm van beleidsregels op grond van artikel 3 van die wet.

Dergelijke beleidsregels bestonden uiteraard al voor de verpleeghuizen; met de wijzigingen zoals verwoord in de onderhavige regeling worden die uitgebreid met regels voor toepassing ten aanzien van verzorgingshuizen en voor gecombineerde initiatieven.

De beleidsregels op grond van arti-

kel 3 van de WZV zijn van toepassing op 'nieuwe' situaties ten aanzien van verzorgings- of verpleeghuizen. Ingevolge het bepaalde in artikel 56 van de Overgangswet verzorgingshuizen hoeven de verzorgingshuizen op 1 januari 2001 niet allemaal in het bezit te zijn van een vergunning ex artikel 6 van de WZV om geëxploteerd te kunnen worden. Op dat moment is het dus tevens niet zo dat alle verzorgingshuizen dienen te stroken met de inhoud van de beleidsregels. Bovendien betekent het feit dat het beleidsregels zijn ook al dat er altijd gemotiveerd van kan worden afgeweken.

De bedoeling van het bepaalde in artikel 56 van de Overgangswet verzorgingshuizen is om te voorkomen dat alle verzorgingshuizen verplicht zouden zijn tot het aanvragen om een verklaring en vervolgens een vergunning bij de overgang naar de Wet ziekenhuisvoorzieningen. De WZV is

uiteraard voor alle bestaande verzorgingshuizen van toepassing op het moment dat die huizen na 1 januari 2001 moeten worden verbouwd, onderhouden of vergroot. Daarvoor dient voorafgaand aan de feitelijke bouw een verklaring en een vergunning te zijn verkregen. Uiteraard geldt dat tevens voor nieuwbouw van verzorgingshuizen. Voor die gevallen dat met bouw van of aan/in een verzorgingshuis is begonnen vóór 1 januari 2001 op basis van de Overgangswet verzorgingshuizen, zal niet alsnog met ingang van die datum de WZV moeten worden gevolgd. De eindafrekening in het kader van de Overgangswet verzorgingshuizen doet dienst als vergunning ten behoeve van het verkrijgen van een budget bij het College Tarieven Gezondheidszorg.