



**College bouw
ziekenhuisvoorzieningen**

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

I www.bouwcollege.nl

Aan de Staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum 8 juli 2002

Kenmerk Sta

Uw brief van 18 februari 2002

Afdeling PO

Uw kenmerk PP/AWBZ/2258278

Betreft Uitvoeringstoets (tweede fase) Modernisering AWBZ

Op 18 februari 2002 ontving het College bouw ziekenhuisvoorzieningen van u het verzoek om een uitvoeringstoets uit te brengen over de voorgenomen modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het verzoek tot een uitvoeringstoets heeft betrekking op de nadere uitwerking van een functiegerichte benadering van de aanspraken ex AWBZ.

Op 18 maart jl. heeft het Bouwcollege u reeds geadviseerd over de vragen over de zorginfrastructuur en de Woonzorgstimuleringsregeling. Voor de beantwoording van de resterende vragen ontvangt u bijgaande uitvoeringstoets. Hierin wordt ingegaan op de omvorming van de bouwmaatstaven, de huisvestingskosten per functie, de wijziging van het Besluit Aanwijzing Inrichtingen en de handhaving van de capaciteitsaanduiding voor de functie verblijf.

Hoogachtend,

de algemeen secretaris,

de voorzitter,

mr. T. Vroon

H.A. de Boer



UITVOERINGSTOETS (Tweede fase)

over

MODERNISERING AWBZ

Uitgebracht	aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Vorbereid	door de Commissie Zorg op 5 juni 2002 en door de Commissie Bouw op 26 juni 2002
Vastgesteld	door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 8 juli 2002



INHOUDSOPGAVE

0. SAMENVATTING	I
1. INLEIDING	
1.1 De vraagstelling	1
1.2 Uitvoeringstoets eerste fase	2
1.3 Korte beschouwing en uitgangspunten voor uitvoeringstoets tweede fase	3
2. BOUWMAATSTAVEN EN BASISKWALITEITSEISEN PER FUNCTIE	
2.1 Functies en voorzieningen	4
2.2 Vergelijking ruimtebehoefte	5
2.3 Conclusies	7
2.4 Huisvestingskosten per functie	9
2.5 Tijdenpad	9
3. CAPACITEIT IN DE TOELATING BIJ VERBLIJF	10
4. BESLUIT AANWIJZING INRICHTINGEN WZV	
4.1 Definities	11
4.2 Aanbevelingen voor de bai	12
4.3 Conclusies	12
5. OVERIGE OPMERKINGEN	
5.1 Extramurale zorgverlening en zorginfrastructuur	13
5.2 Realisatie van verblijf op langere termijn	14
5.3 Contracteerruimte	14
Bijlagen	15



0. SAMENVATTING

Om bij de functionele aanspraak verblijf alleen onderscheid te maken in de sectoren gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging wordt door het Bouwcollege afgeraden. Nog sterker dan bij de functie verblijf blijkt de ruimtebehoefte voor de functies behandeling en activerende begeleiding per sector en in de sectoren zelf te verschillen. De ruimtebehoefte in de zorg wordt namelijk vooral bepaald door de zorgbehoefte van doelgroepen zorgvragers. Het Bouwcollege acht het dan ook noodzakelijk voor de uitvoerbaarheid van zijn taken dat in de toelating, de indicatiestelling en bij de bouw van voorzieningen uitgegaan wordt van doelgroepen en niet alleen van de functies. Aangezien de zorgvraag geen statisch gegeven is, zal de toelating, de indicatiestelling en de bouw van voorzieningen op de veranderende zorgvraag moeten inspelen.

Op verzoek van de staatssecretaris van VWS brengt het Bouwcollege een uitvoeringstoets uit over de Modernisering van de AWBZ. De uitvoeringstoets betreft het voorstel om de aanspraken in de AWBZ functioneel te omschrijven. Het Bouwcollege is verzocht om de huidige bouwmaatstaven om te vormen tot prestatie-eisen voor nieuwbouw en bestaande bouw conform de functiegerichte benadering. Ook is gevraagd om inzicht in de kosten voor verblijf en de ruimten voor de overige functies. Tenslotte komt de uitvoerbaarheid aangaande het handhaven van de capaciteitsaanduiding bij verblijf aan de orde en worden suggesties gedaan voor de aanpassing van het Besluit Aanwijzing Inrichtingen (BAI) van de WZV.

Bouwmaatstaven, basiskwaliteitseisen en kosten

Tot de functie verblijf behoren de woonvoorzieningen van cliënten. Aan het verblijf is vaak ook de ruimte voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding verbonden. In de drie care-sectoren kan onderscheid gemaakt worden tussen zorgvragers bij wie de kwaliteit van het wonen voorop staat, mensen die meer verpleging of behandeling behoeven of zorgvragers die een beveiligd verblijf nodig hebben. De kosten verschillen per sector per doelgroepen zorgvragers (verpleging en verzorging van € 75.000 – € 90.000, gehandicaptenzorg van € 63.000 tot € 113.500 en geestelijke gezondheidszorg van € 60.000 – € 170.000 per plaats).

Het Bouwcollege stelt dan ook voor om in de functie verblijf drie categorieën te onderscheiden:

- 'licht' (wonen met verzorging)
- 'zwaar' (verblijf met verzorging / verpleging / behandeling)
- beveiligd verblijf.

De doelgroepen in de verschillende sectoren kunnen grotendeels in deze drie categorieën worden ondergebracht. Hierdoor kan een harmonisatie over de AWBZ-sectoren heen plaatsvinden. Voor doelgroepen met een specifieke zorgbehoefte kan meer ruimte of een hoger afwerkingsniveau aan de verblijfsvoorziening worden toegekend.

De ruimtebehoefte en de kosten voor de functies behandeling en activerende / ondersteunende begeleiding blijken per doelgroep en in de sectoren zeer verschillend te zijn. Dit geldt zowel voor deze functies gekoppeld aan verblijf als voor ambulante cliënten. In de sector verpleging en verzorging variëren de kosten voor behandeling van € 3.750 tot € 8.000 per plaats (dagbehandeling kost € 29.000). In de geestelijke gezondheidszorg zijn de investeringskosten voor behandeling gelegen tussen € 22.000 en € 55.000 per plaats. De verschillen per doelgroep zorgvragers zijn zo groot dat harmonisatie van de bouwmaatstaven voor de functie behandeling of activerende / ondersteunende begeleiding AWBZ-breed



of binnen de sectoren niet doelmatig is. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om voor de functie behandeling en activerende begeleiding eveneens doelgroepen te benoemen.

Ondersteunende functies zoals directie, beheer, civiele en technische diensten, kunnen niet worden toegerekend aan één van de functionele aanspraken. Om praktische redenen en ter vereenvoudiging van het systeem zou overwogen kunnen worden de ruimtebehoefte van deze functies als toeslag toe te delen aan de functie verblijf. Met deze functie is in de meeste gevallen de grootste ruimtebehoefte verbonden.

Handhaven capaciteitsaanduiding bij verblijf

Het Bouwcollege onderschrijft het handhaven van de capaciteitsaanduiding bij verblijf. Dit is noodzakelijk voor de uitvoerbaarheid van zijn taken. De andere functies die geen capaciteitsaanduiding meer kennen zouden aan het verblijf gekoppeld dienen te worden volgens het gebruikelijkheidscriterium. Uit zorginhoudelijke overwegingen acht het Bouwcollege het wenselijk om voor bepaalde doelgroepen voorwaarden te kunnen stellen omtrent de minimaal benodigde samenhang van functies met het verblijf en de capaciteit van deze functies.

Besluit Aanwijzing Inrichtingen ex WZV (BAI)

De Modernisering van de AWBZ kan binnen de WZV gestalte krijgen door de aanwijzing van instellingen in het BAI te richten op het verblijf voor een aangegeven doelgroep in combinatie met één of meer overige vormen van zorg volgens de functionele aanspraken. Dit moet worden afgestemd op de toelating. Er moet immers ook een juridische titel zijn om bij de bouw voor een specifieke doelgroep meer toe te staan dan standaard gebruikelijk zou zijn. Teneinde te voorkomen dat zowel het BAI als de toelating niet meegroeien met de feitelijke ontwikkeling van de zorgvraag zou zowel de aanwijzing van een instelling (BAI) als de toelating een dynamisch karakter moeten krijgen.

Extramurale zorgverlening en zorginfrastructuur

Voor het onderbrengen van de zorginfrastructuur bij extramurale zorgverlening bij een functie zou de functie verblijf als aangrijpingspunt kunnen dienen. De functie verblijf wordt dan tweeledig: verblijf en zorginfrastructuur. De geïndiceerde zorgvrager met verblijf zou dan zelf kunnen kiezen of hij kiest voor verblijf of zelfstandig wonen met zorginfrastructuur.



1. INLEIDING

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen ontving van de staatssecretaris van VWS het verzoek om een uitvoeringstoets uit te brengen over de voorgenomen modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het verzoek heeft betrekking op de nadere uitwerking van een functiegerichte benadering van de aanspraken ex AWBZ en maakt deel uit van een gecombineerd verzoek aan het College voor zorgverzekeringen, het College tarieven gezondheidszorg en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Bij het verzoek is een bijlage gevoegd "Bouwstenen voor een nieuw Besluit zorgaanspraken AWBZ (versie 6 februari 2002)".

1.1 De vraagstelling

Het verzoek om een uitvoeringstoets d.d. 14 februari 2002 behandelt het voorstel om de aanspraken van de AWBZ functioneel te gaan omschrijven. De functiegerichte benadering van de AWBZ start in de aanspraken en wordt van daar uit doorvertaald naar de indicatiestelling, de toelating en de bekostiging. Het is de bedoeling de functiegerichte benadering in te laten gaan per 1 januari 2003. De aanbieder die de zorg levert zal niet langer centraal staan in de aanspraken, maar de zorg zelf. Dit betekent dat de instellingsgebonden zorgverlening vervalt.

Er worden zeven functies onderscheiden: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De indicatiestelling van de zorgvrager zal plaatsvinden aan de hand van deze zeven functies en niet langer aan de hand van de zorgleverende instelling. De omvang van de aanspraak op een functie zal worden aangegeven in termen van klassen: (een bandbreedte aan) uren en voor de twee begeleidingsfuncties zowel in uren als in dagdelen. Waar sprake is van uren wordt ervan uitgegaan dat de zorgvrager 1 op 1 zorg ontvangt; bij een indicatie voor dagdelen is sprake van zorg in groepsverband.

De functie verblijf kan alleen in combinatie met een andere functie worden aangeboden. Vooralsnog zal de functie verblijf de enige functie zijn waarvoor de sector¹ (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg) in de toelating of exploitatietoestemming zal worden aangegeven. De reden hiervoor is dat volgens het voorstel de verblijfsomgevingen kwalitatief moeten voldoen aan de eisen die een bepaalde doelgroep stelt. Zonder nadere bepaling van de doelgroep bij verblijf zouden alle gezondheidszorggebouwen moeten voldoen aan alle en wel de hoogste basiskwaliteitseisen. De andere functies kunnen vanaf 1 januari 2003 AWBZ-breed worden ingezet. In de toelating voor verblijf zal vooralsnog de capaciteit worden vastgelegd. Voor de overige functies zal geen omvangs- of capaciteitsbepaling in de toelating / exploitatietoestemming worden opgenomen.

De vragen aan het Bouwcollege:

Vraag 14

- *Kunt u aangeven op welke punten en in welke vorm het Besluit aanwijzing inrichtingen WZV aanpassing behoeft. (Dit is aan de orde ingeval de WEZ niet met ingang van 1 januari 2003 wordt ingevoerd.)*

¹ Het ministerie van VWS spreekt van doelgroepen in plaats van sectoren in de AWBZ: geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging. In deze uitvoeringstoets wordt met sector bedoeld: de sector geestelijke gezondheidszorg, etc. Doelgroepen zijn in deze uitvoeringstoets: doelgroepen zorgvragers.



Vraag 15

- *Ik verzoek u bij het omvormen van de bouwmaatstaven naar prestatie-eisen en bij het ontwerpen van de eisen voor bestaande bouw uit te gaan van de voorgenomen functiegerichte benadering, zodat deze eisen met ingang van 2003 kunnen worden gekoppeld aan de functie verblijf. Hierbij geef ik prioriteit aan het tijdig beschikbaar zijn van de prestatie-eisen voor nieuwbouw. Indien u voorziet dat het omvormen van beide categorieën eisen niet kan worden afgerond voor 1 januari 2003, verzoek ik u mij op korte termijn een implementatieplan voor te leggen waarin u de omvorming aan de hand van de te nemen stappen en het daarbij behorend tijdspad illustreert.*

Vraag 16

- *Kunt u aangeven of het feit dat alleen nog in de gevallen van verblijf capaciteiten worden aangegeven in de toelatingsbeschikking voor u tot problemen leidt in de uitvoering. Deze vraag zal ik tevens aan het CTG voorleggen.*

Vraag 17 a en 17 b

- *Kunt u mij aangeven of er principiële bezwaren bestaan tegen het in zijn geheel opnemen van deze infrastructurele voorzieningen ten behoeve van extramurale zorgverlening in de Woonzorgstimuleringsregeling en welke kosten daarmee zouden zijn gemoeid; (Beantwoord op 18 maart 2002)*
- *Zo ja, kunt u dan aangeven welke infrastructuur nodig is voor deze extramurale zorgverlening. Alsdan kan ik het CTG verzoeken hiervoor een beleidsregel te ontwerpen. (Beantwoord op 18 maart 2002)*

1.2 Uitvoeringstoets eerste fase

Op 18 maart 2002 bracht het Bouwcollege de uitvoeringstoets Modernisering AWBZ eerste fase uit. Hierin is ingegaan op de vragen 17a en 17b. Samenvattend concludeerde het Bouwcollege dat het instellingsbegrip zoals dat thans in de gezondheidszorg in diverse wetten, waaronder de Wet ziekenhuisvoorzieningen, wordt gehanteerd, een belemmering kan vormen voor het opnemen van zorginfrastructurele voorzieningen van zorginstellingen in de Woonzorgstimuleringsregeling. Een oplossing ziet het Bouwcollege in de mogelijkheid om in het Besluit aanwijzing inrichtingen WZV de zorginfrastructuur uit te zonderen van het instellingsbegrip. Daarnaast wees het Bouwcollege op belemmeringen die voortvloeien uit de huidige Woonzorgstimuleringsregeling (beperkt beschikbaar bedrag, tijdelijke regeling, beperkte inschrijvingsduur) en die een mogelijke 'omgekeerde stimulans' voor scheiden van wonen en zorg kunnen vormen. Ook constateerde het Bouwcollege dat er sprake is van een grote variatie in kosten en verschijningsvormen van de (extramurale) zorginfrastructuur, waardoor geen algemene uitspraken gedaan kunnen worden over de omvang van de zorginfrastructuur.

Op 28 mei 2002 ontving het Bouwcollege de reactie van het ministerie op de uitvoeringstoets. De complexiteit van het vraagstuk van de extramuralisering is voor het ministerie aanleiding om niet te snel tot definitieve besluitvorming over te gaan. Hierbij wordt opgemerkt dat het principe om uitsluitend extramuralisering van de zorg (en niet van instellingen) toe te staan overeind blijft staan. VWS realiseert zich dat de aanwezige (maatschappelijke) infrastructuur nog niet voldoet en VWS zal dan ook werken aan een alternatief voor niet direct zorggerelateerde infrastructuur. Tenslotte verzoekt het ministerie om



inzicht in de tarieven van de kapitaallasten indien de functies intramuraal worden geleverd opdat een normatieve correctie kan plaatsvinden ten behoeve van de omslagpunten.

1.3 Korte beschouwing en uitgangspunten voor de uitvoeringstoets tweede fase

De functie verblijf zal volgens het voorstel van de staatssecretaris als enige functie een onderscheid in sectoren kennen: de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging. In principe betekent dit voor de bouw dat er één maatstaf of prestatie-eis per sector ontwikkeld zal moeten worden. Bijvoorbeeld kijkend naar de sector geestelijke gezondheidszorg zou dit betekenen dat de functie verblijf zowel geschikt moet zijn voor chronische psychiatrische cliënten die vooral beschermd willen wonen als voor forensische psychiatrische cliënten die beveiliging behoeven. Oftewel de woonruimte van de chronische psychiatrische cliënt moet voldoen aan dezelfde eisen als het beveiligde verblijf voor de forensische psychiatrische cliënt. Ook voor de gehandicaptenzorg (verstandelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten en lichamelijke gehandicapten) en sector verpleging en verzorging (mensen met behoefte aan verzorging en mensen met behoefte aan verpleging) zou er volgens het model één bouwmaatstaf per sector moeten komen.

De functie behandeling en de twee begeleidingsfuncties (ondersteunende en activerende begeleiding) kennen geen onderscheid per sector. Dit zou betekenen dat de bouw voor deze functies uit moet gaan van één maatstaf voor de gehele AWBZ-sector. De ruimte voor behandeling van forensische psychiatrische cliënten zou gelijk moeten zijn aan de ruimte voor dagverzorging of dagverpleging voor ouderen. Dit zelfde principe zou gelden voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding.

Het Bouwcollege gaat ervan uit dat het niet de bedoeling is om voor gebouwde voorzieningen de modernisering van de AWBZ op deze wijze te gaan inrichten. Het Bouwcollege zoekt daarom in deze uitvoeringstoets naar optimale harmonisatie ten behoeve van de modernisering AWBZ en voldoende differentiatie om recht te doen aan de verschillende zorgvragen van de cliënten.



2. BOUWMAATSTAVEN EN BASISKWALITEITSEISEN PER FUNCTIE

“Ik verzoek u bij het omvormen van de bouwmaatstaven naar prestatie-eisen en bij het ontwerpen van de eisen voor bestaande bouw uit te gaan van de voorgenomen functiegerichte benadering, zodat deze eisen met ingang van 2003 kunnen worden gekoppeld aan de functie verblijf. Hierbij geef ik prioriteit aan het tijdig beschikbaar zijn van de prestatie-eisen voor nieuwbouw. Indien u voorziet dat het omvormen van beide categorieën eisen niet kan worden afgerond voor 1 januari 2003, verzoek ik u mij op korte termijn een implementatieplan voor te leggen waarin u de omvorming aan de hand van de te nemen stappen en het daarbij behorend tijdspad illustreert.”

“Voor de berekening van omslagpunten zijn nodig een drietal type gegevens: zorgzwaartegegevens op basis van de nieuwe functiegerichte indicatie, tarieven voor de functies extramuraal en een normatieve correctie op die tarieven voor de kapitaallasten indien de functies intramuraal worden geleverd. Ik verzoek u het laatste type gegevens aan te leveren.”

De bouwmaatstaven WZV die op de care-sectoren van toepassing zijn, bestrijken in beginsel alle zeven AWBZ-functies. De in de maatstaven beschreven ruimtelijke voorzieningen zijn echter zeer ongelijk over deze functies verdeeld, zoals uit het navolgende blijkt.

2.1 Functies en voorzieningen

In dit onderdeel wordt nader gekeken naar de zeven functies die in de verschillende voorzieningen in de gezondheidszorg worden uitgeoefend.

Verblijf en zorggerelateerde functies

In de woonvoorzieningen binnen elk van de sectoren kunnen de meeste ruimten tot de functie verblijf worden gerekend, in het bijzonder de patiënten-/cliëntenkamers, de dagverblijfruimten (huiskamers e.d.), sanitaire ruimten en berg ruimten voor patiënten/cliënten. Ook de keuken of pantry kan tot de verblijfsfunctie worden gerekend, als de patiënten/cliënten in beginsel zelf hun maaltijden bereiden. Is dit niet het geval, dan is sprake van dienstverlening of de functie huishoudelijke verzorging. Dat laatste geldt ook voor werkkast en spoelruimte. Is in het woonareaal een zuster- of teampost aanwezig, dan kan deze, gelet op en afhankelijk van de taken van het betreffende personeel, worden gerekend tot een van de functies persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding of zelfs verpleging, of een combinatie hiervan.

De niet tot de verblijfsfunctie te rekenen ruimten in het woonareaal behoren, zoals uit het voorgaande blijkt, tot verschillende van de andere functies. Bovendien maakt de oppervlakte van deze ruimten tezamen slechts 5 tot 10% van de totale oppervlakte van het woonareaal uit, soms zelfs minder. In de in de volgende paragraaf weergegeven vergelijking per sector van de ruimtebehoefte van de verschillende zorgvoorzieningen zijn deze tot andere functies te rekenen ruimten daarom vooralsnog meegeteld met de 'hoofd functie' verblijf.

Activerende begeleiding en behandeling met verblijf

Bij de behandelvoorzieningen is vooral sprake van verschillen tussen de sectoren onderling. In de GGZ-sector blijken de opzet en de ruimtebehoefte van deze voorzieningen echter eveneens sterk uiteen te lopen, afhankelijk van de cliëntengroepen en het doel van de behandeling.

Tot de functie behandeling kunnen in het bijzonder de ruimten worden gerekend waar patiënten/cliënten gebruik van maken. Recreatiezaal c.q. ontmoetingsruimten behoren tot de functie activerende begeleiding.

Ook bij de behandelvoorzieningen zijn, naast ruimten voor de functie behandeling respectievelijk activerende begeleiding, ruimten aanwezig ten behoeve van functie huishoudelijke verzorging (pantry, werkkast e.d.) en de functies persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding (teamruimten).

Ook hier maken deze een relatief klein deel van de totale oppervlakte uit.

In de in de volgende paragraaf weergegeven vergelijking per sector van de ruimtebehoefte van de verschillende zorgvoorzieningen zijn deze tot andere functies te rekenen ruimten daarom vooralsnog meegeteld met de 'hoofdfunctie' behandeling respectievelijk activerende begeleiding.

Activerende of ondersteunende begeleiding en behandeling zonder verblijf

Waar in instellingen sprake is van behandeling zonder verblijf, gaat het eveneens vooral om verschillen tussen de sectoren onderling. In de sector verpleging en verzorging wordt in verpleeghuizen dagbehandeling gegeven aan verpleeghuisgeïndiceerden (behandeling), en in verzorgingshuizen dagopvang / dagverzorging aan verzorgingshuisgeïndiceerden (activerende begeleiding).

In de sector GGZ wordt in diverse soorten instellingen psychiatrische deeltijdbehandeling gegeven, en bovendien poliklinische hulp.

Ondersteunende functies

Ten behoeve van de uitoefening van de verschillende AWBZ-functies zijn (ruimten voor) ondersteunende functies (onder andere directie en beheer, civiele en technische diensten, eventueel centrale personeelsvoorzieningen) nodig. Deze ruimten kunnen niet exact naar die functies worden toegerekend, omdat ze geen betrekking hebben op de individueel toe te kennen functionele aanspraken.

De omvang van de ruimten voor de ondersteunende functies is mede afhankelijk van schaafeffecten en verschilt bovendien tussen en binnen de sectoren.

2.2 Vergelijking ruimtebehoefte

Sector Verpleging en verzorging

In deze sector is, net zoals in de andere AWBZ-sectoren, de ruimtebehoefte afhankelijk van de doelgroepen die gebruik maken van verpleging en verzorging. Er zijn mensen die vooral behoefte hebben aan wonen met persoonlijke en huishoudelijke verzorging (de huidige verzorgingshuisbewoners, sommige groepen lichamelijk gehandicapten). Mensen die voornamelijk een beroep doen op de functie verpleging zijn onder meer somatisch zieken, psychogeriatrische patiënten, jongeren (chronisch somatisch zieken, lichamelijk gehandicapten met cognitieve stoornissen), comapatiënten, patiënten met Korsakow of Chorea van Huntington, revalidatiecliënten. Voor deze mensen staat, met uitzondering van de jongeren, meestal het wonen minder centraal maar zijn de functies daaromheen (behandeling, de twee begeleidingsfuncties) vaak belangrijker. In de ruimtetoekenning in de bouwmaatstaven worden de doelgroep en de zorgvraag dan ook als uitgangspunt genomen.

In de sector verpleging en verzorging wordt standaard uitgegaan van bed- en rolstoeltoegankelijkheid, zodat een eventuele lichamelijke handicap in principe niet leidt tot extra verschillen in ruimtebehoefte. Wel wordt bij de bewonerscategorie Chorea van Huntington een hogere bruto/nuttig-factor gehanteerd



in verband met aanvullende eisen aan verkeersruimten, en worden specifieke eisen aan de bouwkundige afwerking gesteld, die eveneens tot extra investeringskosten leiden.

Eigen sanitair per bewoner is alleen standaard bij de categorie verzorging en bij de categorie jongeren (chronische somatiek). Bij de andere categorieën binnen de sector V&V is eigen sanitair optioneel. (De huidige bouwmaatstaven gaan uit van een badstretchtoegankelijke sanitaire ruimte per twee eenpersoonskamers.)

Installatietechnisch bestaan er verschillen tussen verpleging en verzorging: bij de eerste is de aanwezigheid van koelingsmogelijkheden standaard, bij de tweede niet.

Bij de behandelvoorzieningen vraagt de categorie reactiveringspatiënten om aanvullende ruimte ten behoeve van de fysio- en ergotherapie.

De totale investeringskosten voor de woonvoorzieningen (voor het overgrote deel te rekenen tot de functie verblijf), variëren, als gevolg van de hierboven beschreven verschillen, van circa € 75.000,-- tot circa € 90.000,-- per plaats, exclusief grond-, start- en inventariskosten.

Voor de behandelvoorzieningen variëren de totale investeringskosten van circa € 3.750,-- tot circa € 8.000,-- per plaats (voor de dagbehandeling echter tot circa € 29.000, -- per plaats), exclusief grond-, start- en inventariskosten.

Voor de voorzieningen voor activerende begeleiding (recreatiezaal e.d.) variëren de totale investeringskosten van circa € 5.000,-- tot circa € 12.000,-- per plaats, exclusief grond-, start- en inventariskosten.

Sector Gehandicaptenzorg

Ook hier komen bij de woonvoorzieningen de verschillen voort uit de kenmerkende eigenschappen van de doelgroepen. De verstandelijk gehandicaptenzorg kent twee bouwkundige concepten: individueel wonen (1 of 2 personen) en groeps wonen (3 tot 6 personen). De zorgbehoefte van de verstandelijk gehandicapte is bepalend voor de vorm. In beide woonvormen kan ook beveiligd verblijf voorkomen, namelijk voor bewoners met ernstige gedragsproblematiek, zoals sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG), licht verstandelijk gehandicapten met achtervang (LVG) en autisten.

In deze sector moet voor specifieke categorieën cliënten rekening worden gehouden met extra ruimtebehoefte in verband met (lig)rolstoeltoegankelijkheid. Dat geldt in het bijzonder voor de meer- of minder-voudig complex gehandicapten. Eigen sanitair per bewoner is standaard in geval van individueel wonen, maar is voor groeps wonen optioneel.

De meeste lichamelijk gehandicapten gebruiken een elektrische rolstoel en hebben daardoor extra ruimte nodig (in woonkamer, slaapkamer en sanitair). Zintuiglijk gehandicapten stellen daarentegen weer andere eisen aan hun woonomgeving, zoals veel verlichting en overzichtelijke ruimten.

De totale investeringskosten voor de woonvoorzieningen (voor het overgrote deel te rekenen tot de functie verblijf, zie hiervoor), variëren, als gevolg van de hierboven beschreven verschillen, van circa € 63.000,-- tot circa € 113.500,-- per plaats, exclusief grond-, start- en inventariskosten.

Voor de voorzieningen voor ondersteunende begeleiding (dag- en vrijetijdsbesteding) wordt uitgegaan van minimaal circa € 20.500,-- aan investeringskosten per plaats, exclusief grond-, start- en inventariskosten.

De behoefte van lichamelijk gehandicapten aan een grotere oppervlakte voor wonen, werk en recreatie leidt tot nog meer kostenverschillen binnen de sector gehandicaptenzorg.



Sector Geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg richt de aandacht zich steeds meer op het voorkomen en zoveel mogelijk bekorten van de opname van cliënten. Dit gebeurt door ambulante behandeling, substitutieprojecten, casemanagement en dergelijke. Voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg veranderen daardoor steeds meer van verblijfsvoorzieningen naar behandelvoorzieningen.

Woonvoorzieningen in de GGZ verschillen onderling door de specifieke cliëntencategorie en de daarbij behorende groeps grootten. Voor cliënten bij wie de psychiatrische ziekte minder acuut is geworden maar die behoefte blijven hebben aan een beschermde woonomgeving is bij de woonruimte sprake van een relatief gunstige bruto/nuttig-verhouding, waarbij standaard wordt uitgegaan van eigen sanitair.

Verblijfsvoorzieningen voor beveiliging behoevende cliënten (forensisch-psychiatrische klinieken of afdelingen, afdelingen voor intensieve behandeling en de gesloten afdelingen van andere GGZ-instellingen) vragen daarentegen relatief meer vloeroppervlakte, met name door een ongunstiger bruto/nuttig-verhouding, die onder meer samenhangt met een grotere breedte van verkeersruimten.

Bij de gesloten afdelingen zijn ruimten voor dagactiviteiten gewoonlijk geïntegreerd in het woonareaal. Voor mindervaliden (incidenteel binnen de diverse voorzieningen aanwezig) en ouderen is ook in deze sector rekening gehouden met extra oppervlakte in verband met toegankelijkheidseisen.

Met name bij de beveiligde verblijfsvoorzieningen worden zwaardere eisen gesteld aan het bouwkundige afwerkingsniveau, wat niet leidt tot extra ruimtebehoefte, maar wel tot hogere kosten. Bij voorzieningen voor beveiligd verblijf behoren bovendien separeervoorzieningen aanwezig te zijn, hetgeen wel leidt tot extra ruimtebehoefte en kosten.

Voor categorieën van langdurige zorg wordt uitgegaan van meer dagverblijfruimte (huiskamers, rookkamers, hobbyruimten) dan voor de kortdurende zorg. Omgekeerd is de personeelsinzet bij kortdurende zorg juist hoger, waardoor daar meer personeelsruimte(n) nodig zijn dan bij de langdurige zorg.

De totale investeringskosten voor de woonvoorzieningen (voor het overgrote deel te rekenen tot de functie verblijf, zie hiervoor), variëren, als gevolg van de hierboven beschreven verschillen, van circa € 60.000,- tot circa € 170.000,- per plaats, exclusief grond-, start- en inventariskosten.

Voor de behandelvoorzieningen variëren de totale investeringskosten van circa € 22.000,- tot circa € 55.000,- per plaats, exclusief grond-, start- en inventariskosten.

2.3 Conclusies

Het blijkt niet eenvoudig te zijn de huidige bouwmaatstaven volgens het nieuwe stelsel te beschrijven. Daarvoor bestaan er te veel specifieke verschillen, die voortkomen uit de sterk uiteenlopende kenmerken van de diverse doelgroepen.

Het Bouwcollege tracht thans reeds meer harmonisatie van de bouwmaatstaven te bereiken door verschillen waar mogelijk weg te nemen. In dit verband kan de harmonisatie van de ruimte- en kostennormen voor semi- en intramurale voorzieningen in de gehandicaptenzorg in herinnering worden geroepen, die in de onlangs goedgekeurde bouwmaatstaven gehandicaptenzorg is doorgevoerd. Daarnaast zijn de afgelopen jaren bij de ontwikkeling en actualisatie van bouwmaatstaven voor de diverse voorzieningen in de sector geestelijke gezondheidszorg verschillen in ruimtebehoefte waar mogelijk opgeheven. Ook wordt in de bouwmaatstaven gestreefd naar een afstemming tussen de diverse voorzieningen in de care-sector, in het bijzonder de woonvoorzieningen. Deze harmonisatie wordt voortgezet.



Verblijf

Om toch de relatief grote verschillen in omvang en kosten van met name de woonvoorzieningen in het nieuwe stelsel te kunnen opvangen, zou kunnen worden overwogen een onderscheid te maken naar de in het voorgaande reeds naar voren komende drie categorieën:

- 'licht' (wonen met verzorging),
- 'zwaar' (verblijf met verzorging / verpleging / behandeling),
- beveiligd verblijf.

Voor de categorie licht zou een bruto oppervlakte van ongeveer 70 m² kunnen worden toegekend tegen circa € 1.100 investeringskosten per m². Voor de categorieën zwaar en beveiligd verblijf liggen de bruto oppervlakten tussen 45 en 55 m² per plaats. De investeringskosten voor de categorie zwaar zouden ongeveer € 1.500 kunnen bedragen, terwijl voor beveiligd verblijf de kosten kunnen variëren tussen €1.600 (gedragsstoornissen) en € 2.000 per m² (forensische psychiatrie).

Daarnaast zouden voor bepaalde specifieke subcategorieën bewoners / cliënten 'plussen' in de vorm van een opslag in m² oppervlakte en eventueel kosten kunnen worden gehanteerd. Ook zou een 'plus' gehanteerd kunnen worden als sprake is van specifieke toegankelijkheidseisen, bijvoorbeeld als rekening moet worden gehouden met lichamelijke handicaps c.q. rolstoelgebruik.

Behandeling en ondersteunende of activerende begeleiding

De verschillen in behandeling en activerende / ondersteunende begeleiding tussen (en soms ook binnen) de care-sectoren zijn zo mogelijk nog groter dan de verschillen in de verblijfbehoeften. Dit geldt zowel voor deze functies die gekoppeld zijn aan verblijf als voor ambulante cliënten. De verschillen per doelgroep zorgvragers zijn zo groot dat harmonisatie van de bouwmaatstaven voor behandeling of activerende / ondersteunende begeleiding AWBZ-breed of binnen de sectoren niet doelmatig is. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om voor de functie behandeling en activerende begeleiding eveneens doelgroepen te benoemen.

Ondersteunende functies

De ondersteunende functies kunnen niet worden toegerekend aan één enkele functie. Om praktische redenen en ter vereenvoudiging van het systeem zou overwogen kunnen worden de ruimtebehoefte van deze functies als toeslag toe te delen aan de functie verblijf. Met deze functie is immers in de meeste gevallen de grootste ruimtebehoefte verbonden.

Samenvattend

Het Bouwcollege stelt voor om voor de functie verblijf uit te gaan van de drie genoemde categorieën voor verblijf. De doelgroepen per sector kunnen in deze drie categorieën worden ondergebracht. Voor specifieke doelgroepen kan in ruimte of in afwerkingsniveau worden opgeplust. Bij de functie verblijf wordt tevens impliciet uitgegaan van ruimten voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding. In verband met de verschillen in ruimtebehoefte per doelgroep per sector voor de functies behandeling en activerende begeleiding stelt het Bouwcollege voor ook hier te kiezen voor de doelgroepbenadering. Aanbevolen wordt de ruimte voor ondersteunende functies als een toeslag op het verblijf te zien.



2.4 Huisvestingskosten per functie

In de bijlage, tabellen 1 tot en met 4, is nader ingegaan op de ruimtebehoefte en de investeringskosten per functie. De verschillen in ruimtebehoefte worden bepaald, zoals hiervoor reeds omschreven, door de verschillen in doelgroepen zorgvragers, de aard en intensiteit van de behandeling of activerende / ondersteunende begeleiding.

De verschillen in investeringskosten worden bepaald door de volgende factoren. Bij de aard van het verblijf speelt de vraag of er sprake is van wonen, verblijf met verpleging en/of behandeling of beveiligd verblijf. Afwerkingsniveau, plafondhoogte, luchtbehandeling, aanwezigheid van (24 uur) verpleging of verzorging, de aanwezigheid van afzonderingsruimten en dergelijke bepalen de verschillen. Bij behandeling en activerende begeleiding spelen dezelfde factoren een rol.

Concluderend is er geen eenduidig antwoord te formuleren over de huisvestingskosten per functie. Dit wordt vooral veroorzaakt door de verschillen in ruimtebehoefte per functie, per sector en per doelgroep. De investeringskosten per m² per plaats exclusief grondkosten lopen uiteen van €1.100 tot €2.000.

2.5 Tijdpad

Nadat een definitief besluit door de minister van VWS is genomen over het al dan niet werken met de door het Bouwcollege voorgestelde doelgroepenbenadering, zal de omzetting van de bouwmaatstaven voor nieuwbouw in het nieuwe stelsel van functionele aanspraken ongeveer één jaar tijd vergen. De ombouw tot basiskwaliteitseisen per functie voor bestaande bouw zal parallel aan die voor nieuwbouw kunnen plaatsvinden.

Het gevraagde implementatieplan (doelgroepen, categorieën van verblijf, basiskwaliteitseisen per functie en doelgroep) zal onderdeel vormen van het in oktober uit te brengen werkprogramma 2003.



3. CAPACITEIT IN DE TOELATING BIJ VERBLIJF

“Kunt u aangeven of het feit dat alleen nog in de gevallen van verblijf capaciteiten worden aangegeven in de toelatingsbeschikking voor u tot problemen leidt in de uitvoering?”

Het Bouwcollege onderschrijft het handhaven van de capaciteitsaanduiding in de toelating bij verblijf met het oogmerk een bouwkundige voorziening te kunnen beoordelen. Het Bouwcollege acht dit noodzakelijk voor de uitvoerbaarheid van zijn taken. Tevens wil het Bouwcollege hieraan het voorstel koppelen om in de toelating ook te vermelden voor welke doelgroep het verblijf bestemd wordt en niet alleen uit te gaan van de drie sectoren (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging). De reden hiervoor is dat binnen de sectoren verschillende doelgroepen verschillende eisen stellen aan hun verblijfsomgeving. Het niet vermelden van doelgroepen zou inhouden dat alle gebouwen in de verschillende sectoren zouden moeten voldoen aan de hoogste basiskwaliteitseisen. Dit zou ook inhouden dat de indicatiestelling uitgaat van doelgroepen. Zie hiervoor verder ook de vorige paragraaf.

Het Bouwcollege stelt verder voor om de voorzieningen voor de andere functies waarvoor niet de capaciteitsaanduidingen worden gehandhaafd (maar die wel samenhangen met verblijf) te relateren aan de verblijfs capaciteit volgens het gebruikelijkheids criterium. Hiervan kan worden afgeweken als de behoefte aan een grotere capaciteit c.q. voorziening wordt aangetoond of uit de aanvraag blijkt dat voor de bijkomende functies geen voorzieningen nodig zijn of elders worden gerealiseerd. Ook stelt het Bouwcollege voor de algemene voorzieningen te laten corresponderen met het samenstel van toegestane functies.

Vanuit zorginhoudelijke overwegingen acht het Bouwcollege het wenselijk om voor bepaalde doelgroepen de minimaal benodigde samenhang van verblijf en andere functies als voorwaarde te kunnen stellen. Ook kan het noodzakelijk zijn dat er voorwaarden worden gesteld aan de capaciteit van de overige functies in samenhang met het verblijf. Dit betreft bijvoorbeeld cliënten met een psychiatrische aandoening die gesloten verblijf nodig hebben of bedlegerige cliënten. Deze cliënten zijn vanwege hun ziekte niet in staat om verzorging of behandeling elders te betrekken. Het Bouwcollege zal bij de omvorming van de bouwmaatstaven tot basiskwaliteitseisen deze samenhang als basiskwaliteit voor bijzondere doelgroepen (zijnde een wezenlijk kwaliteitsonderdeel van de voorziening) formuleren.

4. BESLUIT AANWIJZING INRICHTINGEN WZV

“Kunt u aangeven op welke punten en in welke vorm het Besluit aanwijzing inrichtingen WZV aanpassing behoeft?”

4.1 Definities

De WZV richt zich op de intramurale gezondheidszorgvoorzieningen. De wet hanteert als uitgangspunt voor het toepassingsgebied het begrip ‘ziekenhuisvoorziening’ (art. 1, lid 1, onder c). De werking richt zich vervolgens op ‘bouw’ in ruime zin (ook ingebruikneming en bestemmingswijziging, zie art. 1, lid 4). Het toepassingsgebied van de WZV haakt aan bij de inrichtingen die in het kader van de ZFW/AWBZ zijn toegelaten, maar is daarvan niet afhankelijk gesteld (MvT). De WZV heeft een eigen toepassingsgebied, dat niet uitblinkt door duidelijke begripsbepalingen, zoals voor ‘inrichting voor gezondheidszorg’ of ‘polikliniek’. Wel bestaat het voordeel dat nadere aanduidingen van de onder de wet vallende instellingen zijn opgenomen in een AMvB: het Besluit aanwijzing inrichtingen WZV (BAI). Alleen instellingen die kunnen worden aangewezen (gedekt door het begrip ‘inrichting voor gezondheidszorg’) en die als groep of categorie zijn aangewezen in het Besluit, vallen onder de wet. Het onder de wet vallen is, zoals gezegd, van belang zowel voor de verbodsbepaling als voor de (collectieve) bekostiging. Niet alleen de inrichting of instelling zelf (en de daarmee verbonden bouwkundige voorzieningen) vallen onder de wet, ook de voorzieningen die fungeren ten behoeve van de instelling, d.w.z. daarvoor stelselmatig een functie vervullen. De wettelijke bepaling kan bovendien een oplossing bieden voor de financiering van de extramuraal functionerende zorginfrastructuur uitgaande van een instelling.

De huidige definitie van het begrip ‘inrichting voor gezondheidszorg’ in de toelichting bij het Besluit (accommodatie voor de huisvesting van patiënten gedurende (in beginsel) dag en nacht, die noodzakelijk is voor ...) laat twijfels bestaan over de betekenis van het opnamebegrip voor toepassing van de wet. De wet zelf en de wetsgeschiedenis bieden ruimte om ook instellingen waar de patiënt slechts een deel van de dag is opgenomen (bijv. zelfstandige poliklinieken, centra voor dagbehandeling, e.d.) onder het bereik van de wet te brengen. Deze uitleg wordt ook gevolgd in de Regeling zelfstandige behandelcentra (Stcrt. 1998, nr. 30).

Daarnaast is het, wat met de functionele omschrijving van de zorgaanspraken thans wordt beoogd, goed mogelijk om bij de aanwijzing van ‘ziekenhuisvoorzieningen’ de omschrijving te volgen van de verstrekking (ZFW) of de aanspraak op zorg (AWBZ). In twee gevallen is dat al gebeurd.

De aanwijzing van de Zelfstandige BehandelCentra volgt de omschrijving van de aanspraak in de ZFW op medisch-specialistische zorg: onder een zelfstandig behandelcentrum wordt verstaan een organisatorisch verband ... dat strekt tot de verlening van medisch-specialistische zorg als waarop bij of krachtens de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, ongeacht de wijze waarop de kosten worden vergoed; opname gedurende de nacht is uitgesloten.

Ook de aanwijzing van de verzorgingshuizen (Stcrt. 2000, nr. 245) volgt de (instellingsgebonden) omschrijving van de zorgaanspraak in de AWBZ: Verzorgingshuizen, zijnde instellingen waar of van waaruit op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten bekostigde verzorging ... wordt geboden.

4.2 Aanbevelingen voor de BAI

Het verdient aanbeveling in het BAI een ruimere, meer bij de wet en huidige praktijk aansluitende omschrijving op te nemen van het instellingsbegrip (dat zich niet beperkt tot 24 uren-verblijf). Leidraad hiervoor kan zijn de in de jurisprudentie (Rb. Den Haag 5 maart 1993, TvGr 1993/56) gebezigde omschrijving: ... 'een bouwkundige voorziening waarin stelselmatig medische handelingen (kunnen) worden verricht, daaronder begrepen handelingen gericht op de verpleging van personen'. Essentieel is dat de instelling beschikt over een **bouwkundige voorziening** die is ingericht tot het leveren van de zorgaanspraak en dat de patiënt daarin **verblijft** gedurende een (deel van een) etmaal. Het feitelijke toepassingsgebied kan dan via het beleid tot aanwijzing worden beperkt.

De aanwijzing van inrichtingen of instellingen (in formele zin: ziekenhuisvoorzieningen) kan, uitgaande van verblijf, de omschrijving volgen van de functionele zorgaanspraak, met dien verstande dat de wet een toepassing veronderstelt op (specifieke) bouwkundige voorzieningen die aan bepaalde maatstaven voldoen (art. 1, 15 en 15a). Voor dit laatste is het nodig dat de bouwkundige voorziening aan een bepaalde **doelgroep** wordt gekoppeld.

4.3 Conclusies

De modernisering van de AWBZ kan binnen de WZV relatief eenvoudig gestalte krijgen door de aanwijzing van instellingen in het BAI te richten op de verblijfs capaciteit voor een aangegeven doelgroep in combinatie met één of meer overige vormen van zorg volgens de functionele aanspraken.

De voorgestelde AMVB van het ministerie zou werkbaar kunnen zijn (gaat net zoals het Bouwcollege voorstelt uit van doelgroepen), maar de vraag is of bijvoorbeeld RIBW'en (bieden verblijf en andere functies aan mensen met een psychiatrische aandoening) en gezinsvervangende tehuizen voor verstandelijk, lichamelijk of zintuiglijk gehandicapten (bieden verblijf en andere functies aan gehandicapten en zijn nu semi-murale voorzieningen) ook niet onder de definitie van de BAI en daarmee onder de WZV zullen vallen.

De concept-AMVB wil dit oplossen met een ministeriële regeling die kleinschalige voorzieningen wil uitsluiten van de BAI. Het probleem zal voornamelijk zitten in de definiëring van kleinschalige voorzieningen. Als conform de regeling kleinschalige woonvoorzieningen voor de gehandicaptensector maximaal 12 zorgvragers per postcodegebied als kleinschalige voorziening wordt gedefinieerd, zou dit problemen kunnen opleveren voor de bestaande RIBW'en en gezinsvervangende tehuizen. Zij hebben vaak meer zorgvragers per postcodegebied. RIBW'en variëren in omvang van 1 tot 24 plaatsen. Gezinsvervangende tehuizen voor verstandelijk, zintuiglijk of lichamelijk gehandicapten (nu semi-murale sector) kunnen ook een flinke omvang hebben (12, 16, 50 plaatsen met als uitschieter ongeveer 200 plaatsen).

Het Bouwcollege vindt het niet noodzakelijk dat het bouwregime van de WZV gaat gelden voor bovenstaande kleinschalige voorzieningen en pleit daarom voor een zorgvuldige formulering van de AMVB en een overgangsregeling ten behoeve van bestaande kleinschalige voorzieningen.

5. OVERIGE OPMERKINGEN

Naast de beantwoording van de gestelde vragen in de uitvoeringstoets Modernisering AWBZ wil het Bouwcollege nog drie extra punten in overweging meegeven.

5.1 Extramurale zorgverlening en zorginfrastructuur

Met referentie aan de uitvoeringstoets eerste fase en de reactie hierop van het ministerie van VWS wil het Bouwcollege het standpunt van VWS ondersteunen dat het extramuraliseren van de zorg en het overhevelen van de welzijnscomponent naar een maatschappelijke infrastructuur een complexe aangelegenheid is en dat voorkomen moet worden dat beleid strandt door verkeerde prikkels. Het Bouwcollege constateert evenwel in zijn adviespraktijk dat door het wegvallen van de welzijnscomponent ingeval van extramuralisering, intramurale instellingen minder geneigd zijn over te gaan tot scheiden van wonen en zorg.

Uit het veld komt verder nog het signaal dat de omstandigheden per locatie en per gemeente zeer verschillen en dat weinig helderheid bestaat in gemeenten over de uitvoering van dienstverlening aan ouderen. Ook wordt aangegeven dat in de care-sectoren het onderscheid in de zorgverlening tussen geïndiceerde en ongeïndiceerde zorg en tussen intramuraal en extramuraal vervaagd. Gevraagd wordt daarom om een niet al te strikte scheiding te handhaven tussen extramuraal en intramuraal en vrijheid te laten in verband met de lokale omstandigheden en mogelijkheden. Ook wordt gewezen op de doorwerking van het beleid op macroniveau (zoals zorg opknippen in functies en beheersing van de macrokosten) naar het microniveau (de wensen van de individuele zorgvrager). Hierin blijken grote verschillen in uitkomsten en verwachtingen te zitten.

Voorstel voor zorginfrastructuur bij extramurale zorgverlening

Om scheiden van wonen en zorg te blijven stimuleren, raadt het Bouwcollege aan, om de huidige regeling voor de bouw van een bouwkundige zorginfrastructuur door WZV-instellingen voort te zetten. De investeringskosten voor de zorginfrastructuur zullen ongeveer 10 tot 20% bedragen in vergelijking tot de investeringskosten voor een reguliere plaats in een intramurale instelling. In veel gevallen van scheiden van wonen en zorg worden de investeringen gedaan door een woningcorporatie, waar de instelling vervolgens huur volgens de netto constante waardeberekening voor betaalt.

Om de zorginfrastructuur vervolgens in het stelsel van de functionele aanspraken onder te brengen heeft het Bouwcollege een aantal mogelijkheden overwogen. Als beste oplossing ziet het Bouwcollege de functie verblijf als aangrijpingspunt. De functie verblijf wordt dan tweeledig: verblijf en zorginfrastructuur. Voor de bouw of huur van zorginfrastructuur kan een beroep gedaan worden op de WZV en financiering door de AWBZ. De cliënt wordt geïndiceerd voor een aantal functies inclusief de functie verblijf en kan zelf kiezen of hij/zij kiest voor verblijf of zelfstandig wonen met zorginfrastructuur. De woningen waarop de zorginfrastructuur betrekking heeft zijn uitsluitend bestemd voor cliënten met een indicatie voor verblijf (dit komt overeen met de huidige situatie waarin woningen uitsluitend mogen worden toegewezen aan zorggeïndiceerden). De wettelijke bepaling van de WZV biedt bovendien een oplossing voor de financiering van de extramuraal functionerende zorginfrastructuur uitgaande van een instelling.



Conform het verzoek van het ministerie zal het Bouwcollege overigens de huidige bouwmaatstaven voor de bouwkundige zorginfrastructuur bij scheiden van wonen en zorg gaan wijzigen in basiskwaliteitseisen / prestatie-eisen per functie.

5.2 Realisatie van verblijf op langere termijn

Zorgkantoren hebben een zorgplicht om geïndiceerde cliënten die kiezen voor zorg in natura te voorzien van de zorg waar zij volgens het indicatiebesluit recht op hebben. Dit betekent dat een cliënt met een indicatie voor verblijf binnen afzienbare tijd terecht moet kunnen op de plaats naar keuze. Het Bouwcollege vraagt zich af wie verantwoordelijk is voor de realisatie en instandhouding van voldoende verblijfsplaatsen op termijn. Ingeval dit onder de verantwoordelijkheid van de zorgkantoren valt, vraagt het Bouwcollege hoe deze verantwoordelijkheid zich verhoudt met de tijdelijke concessieverlening van vier jaar aan zorgkantoren en het aangaan van financiële verplichtingen op de lange termijn (momenteel voor 50 jaar).

5.3 Contracteerruimte

Met de invoering van het systeem van functionele aanspraken ontstaat contracteerruimte voor cliënten. Zorgkantoren behouden voorlopig een contracteerplicht met alle toegelaten instellingen. Met de staatssecretaris onderschrijft het Bouwcollege dat zolang nog niet is voorzien in aanvullende maatregelen voorzichtigheid in het toelaten van contracteervrijheid geboden is. In de op 13 november 2000 uitgebrachte uitvoeringstoets 'Herziening overeenkomstenstelsel ZFW / AWBZ', heeft het Bouwcollege dit ook aangegeven. In genoemde uitvoeringstoets heeft het Bouwcollege aangedrongen op een stapsgewijze invoering van contracteervrijheid. Een complete overgang naar contracteerruimte in één keer, zou het Bouwcollege dan ook niet willen aanraden.

Ook constateert het Bouwcollege dat instellingen in het verleden op basis van toen geldend overheidsbeleid langdurige verplichtingen zijn aangegaan en destijds niet hebben kunnen voorzien dat het overheidsbeleid zou wijzigen. Het Bouwcollege stelt in dit verband voor om de saneringsregeling ex WZV (of WEZ) te wijzigen opdat instellingen ook bij vrijwillige sanering of bij intrekking van de exploitatietoestemming voor sanering in aanmerking kunnen komen.

BIJLAGEN

Tabel 1

Functie verblijf inclusief zorggerelateerde functies voor de grootste doelgroepen in de AWBZ (huidige situatie, afgeronde bedragen)

Sector en doelgroepen	Bruto oppervlakte in m ² per plaats	Kosten per m ² exclusief grondkosten (in €)
Verpleging en verzorging*		
Verpleging (somatisch zieken, coma, psychogeriatrische cliënten, reactivering)	45	1.650
Chorea van Huntington	48	1.650
Palliatieve zorg	54	1.650
Wonen met verzorging	70	1.100
Gehandicaptenzorg**		
Verstandelijk gehandicapten	42 – 55	1.490
Gedragsproblematiek (SGLVG, LVG)	47 – 55	1.490
Meervoudig Complex Gehandicapten	55 – 63	1.490
Lichamelijk gehandicapten	71 – 76	1.490
Beveiligd verblijf SGLVG, LVG	47 – 55	1.640
Geestelijke gezondheidszorg**		
Langdurende zorg	42 – 58	1.490
Kortdurende zorg	45 – 53	1.490
Kinderen en jeugd	47	1.490
Verslaafden	47	1.490
Beveiligd verblijf forensische psychiatrische klinieken	73	2.020
Beveiligd verblijf forensische afdelingen / intensieve behandeling	54	1.820

* gegevens gebaseerd op de huidig geldende maatstaven die op dit moment worden herzien.

** aantal m² wordt bepaald door schaalgrootte (1-, 2-, 3-, 4- of 6-persoonswooneenheden) en specifieke kenmerken bepaalde zorgvragers (rolstoel, leeftijd).

Tabel 2

Functie behandeling voor de grootste doelgroepen in de AWBZ (huidige situatie, afgeronde bedragen)

Sector en doelgroepen	Bruto oppervlakte in m ² per plaats	Kosten per m ² exclusief grondkosten (in €)
Verpleging en verzorging*		
Verpleging (somatisch zieken, coma, psychogeriatrische cliënten, reactivering)	2,4 – 4,3	1.565
Chorea van Huntington	2,4	1.565
Palliatieve zorg	2,4	1.565
Wonen met verzorging	n.v.t.	n.v.t.
Gehandicaptenzorg**		
Verstandelijk gehandicapten	p.m.	
Gedragsproblematiek (SGLVG, LVG)	p.m.	
Meervoudig Complex Gehandicapten	p.m.	
Lichamelijk gehandicapten	p.m.	
Beveiligd verblijf SGLVG, LVG	p.m.	
Geestelijke gezondheidszorg***		
Langdurende zorg	14 – 16	1.490
Kortdurende zorg	18 – 21	1.490
Kinderen en jeugd	25 – 34	1.490
Verslaafden	19 – 30	1.490
Beveiligd verblijf forensische psychiatrische klinieken	22 – 28	2.020
Beveiligd verblijf forensische afdelingen / intensieve behandeling	11 – 13	1.820

* gegevens gebaseerd op de huidig geldende maatstaven die op dit moment worden herzien.

** in de gehandicaptenzorg wordt indien mogelijk gebruik gemaakt van maatschappelijke voorzieningen.

*** in de geestelijke gezondheidszorg is de aard en intensiteit van de behandeling bepalend voor de ruimtebehoefte (kortdurende zorg intensievere behandeling dan in de langdurende zorg, bij de behandeling voor kinderen en jeugd zijn vaak de ouders betrokken).

Tabel 3

Functie ondersteunende of activerende begeleiding voor de grootste doelgroepen in de AWBZ (huidige situatie, afgeronde bedragen)

Sector en doelgroepen	Bruto oppervlakte in m ² per plaats	Kosten per m ² exclusief grondkosten (in €)
Verpleging en verzorging*		
Intramuraal		
Verpleging (somatisch zieken, coma, psychogeriatrische cliënten, reactivering)	7,3	1.650
Chorea van Huntington	7,3	1.650
Palliatieve zorg	7,3	1.650
Wonen met verzorging	4,4	1.100
Ambulant: dagbehandeling verpleging	19	1.520
Ambulant: dagverzorging	10,5	1.100
Gehandicaptenzorg**		
Verstandelijk gehandicapten	16 – 21	1.240
Gedragsproblematiek (SGLVG, LVG)	16 – 21	1.240
Meervoudig Complex Gehandicapten	16 – 21	1.240
Lichamelijk gehandicapten	26	1.240
Beveiligd verblijf SGLVG, LVG	16 – 21	1.240
Geestelijke gezondheidszorg***		
Langdurende zorg	6 - 20	680 – 1.240
Kortdurende zorg		
Kinderen en jeugd		
Verslaafden		
Beveiligd verblijf forensische psychiatrische klinieken		
Beveiligd verblijf forensische afdelingen / intensieve behandeling		

* gegevens gebaseerd op de huidig geldende maatstaven die op dit moment worden herzien. Verpleeg- en verzorgingshuizen bieden ook de functie activerende begeleiding aan niet-opgenomen cliënten: dagbehandeling en dagverzorging.

** in de gehandicaptenzorg bestaat de functie ondersteunende begeleiding vooral uit dag- en vrijetijdsbesteding.

*** in de geestelijke gezondheidszorg is de functie activerende begeleiding bestemd voor extramuraal wonende cliënten en bestaat uit inloop, educatie, recreatie, arbeidsmatige / industriële activiteiten.

Tabel 4

Ondersteunende functies voor de grootste doelgroepen in de AWBZ (huidige situatie, afgeronde bedragen)

Sector en doelgroepen	Bruto oppervlakte in m ² per plaats	Kosten per m ² exclusief grondkosten (in €)
Verpleging en verzorging*		
Verpleging (somatisch zieken, coma, psychogeriatrische cliënten, reactivering)	8,8	1.650
Chorea van Huntington	8,8	1.650
Palliatieve zorg	8,8	1.650
Wonen met verzorging	5,7	1.100
Gehandicaptenzorg**		
Verstandelijk gehandicapten	min. 2,5	1.400
Gedragsproblematiek (SGLVG, LVG)	min. 2,5	1.400
Meervoudig Complex Gehandicapten	min. 2,5	1.400
Lichamelijk gehandicapten	min. 2,5	1.400
Beveiligd verblijf SGLVG, LVG	min. 2,5	1.400
Geestelijke gezondheidszorg		
Langdurende zorg	8 – 10	1.490
Kortdurende zorg	8 – 9	1.490
Kinderen en jeugd	10 – 19	1.490
Verslaafden	8 – 13	1.490
Beveiligd verblijf forensische psychiatrische klinieken	6 – 9	2.020
Beveiligd verblijf forensische afdelingen / intensieve behandeling	8 – 9	1.820

* gegevens gebaseerd op de huidig geldende maatstaven die op dit moment worden herzien.

** in de gehandicaptenzorg is voor directie en beheer 2,5 m² beschikbaar, de andere functies worden p.m. bepaald.