

---

## **Beleidsregels WTZi 2017**

### **Geldend van 01-01-2017 t/m 06-12-2017**

---

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 4 van de Wet toelating zorginstellingen;

Besluit:

#### **Artikel 1**

1. Bij de beoordeling van aanvragen om – onderscheidenlijk bij het verbinden van beperkingen aan – een toelating als bedoeld in artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen worden de beleidsregels gebruikt die zijn opgenomen in de bijlage bij deze regeling.
2. Aan toelatingen als bedoeld in artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen worden de voorschriften verbonden die zijn opgenomen in paragrafen 3 en 4 van de bijlage bij deze regeling.

#### **Artikel 2**

De Beleidsregels WTZi wordt ingetrokken.

#### **Artikel 3**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2017.

#### **Artikel 4**

Deze regeling wordt aangehaald als: Beleidsregels WTZi 2017.

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

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

#### **Bijlage bij artikel 1**

##### **1. Inleiding**

Artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) bepaalt dat alle instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zvw), moeten beschikken over een toelating. Vooropgesteld dat een verzoek om een toelating op de juiste wijze is ingediend, voorzien van het juiste formulier en van de correcte bijlagen, dient te worden beoordeeld of de aanvraag kan worden gehonoreerd. Daartoe zal de toelatingsaanvraag worden getoetst aan de eisen, gesteld in de wet, het Uitvoeringsbesluit WTZi en de beleidsregels vastgesteld op grond van artikel 4 van de WTZi.

Deze regeling bevat twee soorten beleidsregels. Allereerst beleidsregels op grond van artikel 4 van de WTZi die de criteria bevatten waaraan, naast de wettelijke eisen, bij de beoordeling van de aanvraag van een (wijziging van een) toelating wordt getoetst. Daarnaast bevat de regeling beleidsregels die tot uitdrukking brengen welke voorschriften in beginsel aan een toelating worden verbonden. Ook deze laatste beleidsregels worden, waar dat mogelijk is, betrokken bij de beoordeling van de aanvraag van een (wijziging van een) toelating in die zin dat wordt beoordeeld of de organisatie en regels van de

instelling voldoende waarborgen dat in voorkomend geval aan het te stellen voorschrift wordt voldaan. Om die reden is er voor gekozen beide soorten beleidsregels in één regeling op te nemen.

## **2. Beleidsregels ter toetsing van aanvragen om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van de wet**

### **2.1. Vermelden capaciteit**

1. Een aanvraag om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van de wet bevat een opgave van de (wijziging van de) capaciteit die met de aanvraag is gemoeid, voor zover er sprake is van Wlz-verblijf of Zvw-verblijf, uitsluitend in verband met een psychiatrische aandoening, of als er sprake is van een kinderdagcentrum. Tevens dient te zijn aangegeven of er sprake is van groot- of kleinschalige woonvoorzieningen als bedoeld in artikel 2.1, zevende lid, van het Uitvoeringsbesluit WTZi. De aanvraag omvat eveneens een opgave van de uiteindelijke (verblijf)capaciteit van de voorziening als de aanvraag wordt gehonoreerd. Tevens moet zijn gemotiveerd op basis van welke afweging voor de gevraagde omvang is gekozen.
2. Wijziging van de toelating in verband met wijziging van de capaciteit voor verblijf voor kleinschalige woonvoorzieningen vindt slechts twee maal per jaar plaats.

#### **Toelichting**

Met ingang van 1 januari 2018 vervalt de opgave van capaciteit bij de toelating, zoals opgenomen in beleidsregel 2.1. Reden hiervoor is dat per 1 januari 2018 het overgangsregime voor de invoering van integrale tarieven is afgerond. Opgave van capaciteit bij de toelating is dan niet meer nodig voor de Nederlandse zorgautoriteit.

### **2.2. Kliniek voor intensieve behandeling (KIB)**

Een (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van de WTZi, voor uitbreiding van de capaciteit voor een kliniek voor intensieve behandeling, kan bij bestaande aanbieders plaatsvinden. Nieuwe aanbieders dienen in overleg met de huidige aanbieders te constateren dat een nieuwe voorziening noodzakelijk is. Dan kunnen ook nieuwe aanbieders worden toegelaten.

#### **Toelichting**

Een kliniek voor intensieve behandeling (KIB) is een afzonderlijke kliniek deel uitmakend van een GGZ-instelling die specialistische zorg aanbiedt. De behandeling is kortdurend van aard en er is een landelijke opnameplicht. Het aantal instellingen met een KIB is beperkt.

De specialistische functie en de hoge kosten voor behandeling vereisen een begrenzing van de capaciteit en van het aantal instellingen dat deze zorg aanbiedt.

Uitbreiding van de capaciteit vindt plaats bij de bestaande aanbieders, tenzij de huidige aanbieders met nieuwe aanbieders constateren dat een nieuwe voorziening noodzakelijk is.

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

### **2.3. Klinische SGLVG-behandelplaatsen**

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

## **3. Beleidsregels ter toetsing van aanvragen om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van de wet én ten behoeve van het verbinden van voorschriften aan toelatingen van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, onder de nummers 1, 5 en 12 van het Uitvoeringsbesluit WTZi. De beleidsregels in deze paragraaf hebben betrekking op de acute zorgketen**

### **3.1. Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg en crisisdienst GGZ (acute somatische en acute gecombineerde somatische/psychiatrische zorg)**

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen 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 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>. Daarnaast stemmen GGZ-aanbieders (incl. de verslavingszorg) onderling regionaal het aanbod af van de GGZ-zorg in crisissituaties en informeren zorgverzekeraars daarover.

## **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, differentiatie en invulling. Bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening wordt uitgegaan van een 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 kunnen worden om de primaire behandeling te kunnen laten beginnen. Op 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 dient er voor te zorgen dat er aansluitend een werkend systeem is (7x24 uur) waarin op voorhand duidelijk is naar welke instelling de patiënt vervoerd kan c.q. moet worden. Daarbij moet per regio, op initiatief van het traumacentrum, een passende oplossing worden gezocht.

De consequenties van eventuele wijzigingen in het zorgaanbod van één van de zorgaanbieders in de keten acute zorg dienen binnen de regio te worden opgevangen. Deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen kunnen alleen (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een SEH-afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt.

Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.

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

Als een instelling met een voorgenomen wijziging in het zorgaanbod niet voldoet aan de bereikbaarheidsnorm, kan aan de bestaande toelating van de instelling het voorschrift worden verbonden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH-afdeling op het niveau van een basisziekenhuis op een bepaalde locatie. Indien sprake zou zijn van het niet nakomen van de in de toelating verbonden voorschriften, biedt de wet de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien nodig, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Dit is een laatste redmiddel dat, vooral op een dringend, gezamenlijk verzoek van de zorgverzekeraar en het traumacentrum (als initiatiefnemer van het regionale overleg acute zorgketen) kan worden gebruikt.

## **4. Beleidsregels ter toetsing van aanvragen om (wijziging van) een toelating als bedoeld in artikel 9, eerste lid, van de wet en ten behoeve van het verbinden van voorschriften aan toelatingen van instellingen die worden genoemd in artikel 1.2, onder nummer 1, van het Uitvoeringsbesluit WTZi, al dan niet in combinatie met verblijf als bedoeld in artikel 10, onder g, van de Zorgverzekeringswet. De beleidsregels in deze paragraaf zijn van toepassing op ziekenhuiszorg**

### **4.1. Voorbereiding op opgeschaalde hulpverlening**

Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen en academische ziekenhuizen bereiden zich in samenwerking met andere zorgverleners en diensten uit de acute ketenzorg voor op inzet in opgeschaalde situaties. Hiervoor dient de zorginstelling over een Rampen Opvang Plan te

---

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

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

beschikken. De instelling legt dit Rampen Opvang Plan over bij de aanvraag van een toelating. Het Rampen Opvang Plan dient regelmatig te worden bijgesteld op grond van ervaringen uit trainingen en oefeningen.

De zorginstelling stemt haar werkwijze af met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGZ) van de veiligheidsregio waarin de instelling is gelegen.

De gemaakte afspraken zullen worden opgenomen in een regionaal crisisplan, dat door het bestuur van de veiligheidsregio wordt vastgesteld.

### **Toelichting**

Het leveren van verantwoorde zorg betreft ook het zorgaanbod in geval van zware ongevallen, bij crises en rampen, zogenaamde opgeschaalde situaties.

De bedoelde instellingen dienen zich hierop voor te bereiden aan de hand van een Rampen Opvang Plan. De Leidraad voor het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (Zirop) kan hiertoe behulpzaam zijn.

Opleiden, trainen en oefenen zijn onderwerpen die onlosmakelijk zijn verbonden aan een kwalitatief goed plan. Uit elke training en oefening zal blijken dat er punten zijn waarop verbetering mogelijk is, hetgeen zal moeten leiden tot bijstellingen van het plan.