

Toetsingskader vestiging Zorg en Opvang Westerveld 2022

Inleiding
In 2011 is de nota Toetsingskader zorg- en opvangvoorzieningen geschreven vanuit de noodzaak dat de gemeente regelmatig werd gevraagd medewerking te verlenen aan de realisatie en vestiging van allerlei vormen van zorg en opvang. Een besluit om mee te werken kan verstrekkende gevolgen hebben voor andere taken en verantwoordelijkheden van de gemeente. Met name vragen over de kwaliteit van de zorg en de mogelijke toename van kosten in het kader van voorzieningen die door de gemeente uitgevoerd en betaald worden, hebben geleid tot de vaststelling van een gemeentelijk toetsingskader zorg.
Het toetsingskader zorg is opgesteld om enerzijds de kwaliteit van de zorg in het particulier initiatief meer te borgen dan het geval was en anderzijds om een "wildgroei" van met name grote zorg- en opvanginstellingen in de gemeente te voorkomen. Het is niet de bedoeling om de groei van het kleinschalig particulier initiatief te belemmeren of tegen te gaan. De gemeente ziet ook kansen voor de lokale economie in combinatie met kleinschalige zorg. Echter, omdat het in zorg en opvang altijd gaat om kwetsbare mensen is het belangrijk dat kwaliteit zoveel mogelijk geborgd is, ook in de gemeente Westerveld.

Die vraag is ook nu nog steeds aan de orde.

De vraag is divers. Het kan gaan om kleinschalige dagopvang of 24-uursopvang van verschillende doelgroepen met een zorgbehoefte door zogenaamde zorgboerderijen. Het kan ook gaan om grootschalige opvang van bepaalde doelgroepen door particuliere instellingen. De medewerking die dan wordt gevraagd aan de gemeente betreft vaak de (wijziging van de) bestemming.
Echter een besluit om mee te werken kan verstrekkende gevolgen voor andere taken en verantwoordelijkheden van de gemeente, met name op het gebied van zorg, kwaliteit van zorg, sociale zekerheid, openbare orde en veiligheid en draagvlak en druk op voorzieningen.

Het toetsingskader zorg en opvang is in 2011 geaccordeerd door het college en de raad. Vervolgens is er in 2013 een aanvulling gekomen waarbij besloten is voorlopig niet meer mee te werken aan nieuwe aanvragen tot wijziging of herziening van bestemmingen richting zorg- en opvang als hoofdfunctie, tot een jaar na het vaststellen van de kaders en keuzes van de gemeente in de in de drie transities door de raad. De zogenoemde nullijn.
In 2015 is het toetsingskader herbevestigd aangezien er vragen waren gerezen bij zorgondernemers, college en raad. Die actuele thema's zijn destijds uitgediept om te bepalen of en waar het huidige beleid eventueel bijgesteld moet worden tot de evaluatie en actualisatie van 2017.

De evaluatie heeft wat langer op zich laten wachten en werd een feit in 2021. Vanuit die evaluatie is besloten een geactualiseerd toetsingskader zorg op te stellen.

Aanleiding en indeling
Doel van het toetsingskader toen en nu is om meer grip te krijgen en te houden op de vestiging van zorg- en opvanginstellingen in de gemeente. Het is niet de bedoeling om de groei van het kleinschalig perspectief initiatief te belemmeren of tegen te gaan. De gemeente ziet ook kansen voor de lokale economie in combinatie met kleinschalige zorg. Echter, omdat het in zorg en opvang altijd gaat om kwetsbare mensen is het belangrijk dat kwaliteit zo goed mogelijk geborgd wordt, ook in de gemeente Westerveld.

In dit geactualiseerde toetsingskader wordt eerst beschreven wat de belangrijkste voorzieningen voor onze gemeente zijn wanneer het gaat om zorg en opvang in relatie tot verschillende inkomensgeoriënteerde regelingen. Vervolgens wordt kort ingegaan op enkele belangrijke toekomstontwikkelingen die invloed hebben op zorg en opvang en dus in de ontwikkeling van een toetsingskader ook een rol spelen. Ook komt kwaliteit in de zorg en opvang en het toezicht erop aan de orde. We zoomen ook in op het ruimtelijk aspect en met name de mogelijkheden en onmogelijkheden die er bestemmingsplan technisch zijn voor zorg- en opvanginstellingen. Financiële risico's worden geschetst. Als laatste zal het werkproces benoemd worden zodat dat voor alle betrokkenen helder en transparant is.

Inhoudsopgave

Inleiding

Aanleiding en indeling

Leeswijzer

Hoofdstukken
1. Belangrijkste voorzieningen
2. Toekomstontwikkelingen
3. Kwaliteit en toezicht op zorg
4. Ruimtelijke ontwikkelingen en vestiging van zorg en opvang
5. Financiële risico's
6. Werkproces

Bijlage:
Leveringsvormen Wlz

Hoofdstuk 1. Belangrijkste voorzieningen c.q. regelingen

1.1 Wmo

De belangrijkste opgave is het bieden van algemene, collectieve en individuele maatwerkvoorzieningen voor het bevorderen en ondersteunen van zelfredzaamheid en participatie van personen met een beperking en een chronisch, psychisch, psychosociaal of psychiatrisch probleem.

Inwoners van onze gemeente en personen die in een zorg- en opvanginstelling verblijven, kunnen een beroep doen op de Wmo voor diverse individuele voorzieningen, zoals bijvoorbeeld;

- Vervoervoorzieningen
- Huishoudelijke hulp
- Begeleiding (PGB, ZIN)

1.2 Jeugdwet

Gemeenten zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van alle vormen van jeugdhulp. Bijvoorbeeld hulp aan huis bij problemen in het gezin, maar ook intramurale zorg.

1.3 Participatiewet en minimabeleid

Inwoners van onze gemeente die in instellingen verblijven, 21 jaar en ouder zijn, en geen ander inkomen hebben, kunnen een beroep doen op de bijstand in onze gemeente. De hoogte van die bijstand is afhankelijk van de soort inrichting c.q. instelling waar men woonachtig is en wat de leveringsvorm is (zie bijlage 1).

1.4 Wet langdurige zorg (Wlz)

Onder deze wet vallen alle zorgtaken voor mensen met een zware, langdurige zorgbehoefte, zoals kwetsbare ouderen, en mensen met een ernstige beperking, chronische ziekte of handicap. Vaak hebben zij 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig. Zorg vanuit de Wlz kan worden georganiseerd in een verpleeghuis, verzorgingshuis, woonvorm voor gehandicapten of gewoon bij je thuis. Op basis van de inhoud en omvang van de zorg waar de zorgbehoevende recht op heeft, wordt het zorgprofiel gebaseerd (zie bijlage 1).

1.5 Beschermd wonen

Beschermd wonen is een vorm van ondersteuning in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).
Beschermd wonen is bedoeld voor cliënten die door omstandigheden (tijdelijk) niet zelfstandig kunnen wonen en waarbij een aanbieder voor beschermd wonen de cliënt (enige tijd) in een 'gecontroleerde' omgeving opvangt. Het gaat om cliënten met psychische of psychosociale problematiek.

1.6 Zorgverzekering

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een wet die de verplichte basisverzekering regelt voor verzekerden. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Zvw.

1.7 Huisvesting

Als personen die in zorg- en opvanginstellingen verblijven, deze instelling verlaten, is de gemeente niet verantwoordelijk voor huisvesting.
Een ieder kan zich in laten schrijven als woningzoekende in Westerveld.

Hoofdstuk 2. Toekomstontwikkelingen

Voor het toetsingskader zijn twee ontwikkelingen van belang:

- Decentralisatie beschermd wonen.
- Trends gezondheidszorg, die invloed hebben op personeel, zorgkosten, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Een concrete ontwikkeling is de decentralisatie Beschermd Wonen. Het doel is om mensen zoveel als mogelijk weer terug in de wijk te laten wonen en hen te laten deelnemen aan de samenleving.
Beschermd wonen wordt een taak van álle gemeenten, niet alleen van de centrumgemeenten. Daarom komt er een nieuwe verdeling van het beschikbare budget En per 1 januari 2023 is de Wlz ook open voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Trends gezondheidszorg

1. Juiste zorg op de juiste plaats, op het juiste moment
   Volgens onderzoek kan in 2030 een vijfde van de huidige ziekenhuiszorg op afstand worden gegeven. Digitalisering is daarvoor het hulpmiddel. Het betekent ook meer aandacht voor leefstijl en preventie waardoor later minder (dure) zorg nodig is. In de ouderenzorg ontstaan nieuwe woonzorgvormen om het gat tussen thuis en verpleeghuis te kunnen op te vullen.

2. Digitaal wordt het nieuwe normaal
   Het gaat hierbij om twee soorten digitalisering die nauw met elkaar samenhangen: de digitalisering van het dienstverleningsproces en de digitalisering van het zorginhoudelijk proces.

3. Zorg op maat door ‘personalized healthcare’
   Door de combinatie van big data en kunstmatige intelligentie zijn gedrag en ziektes steeds beter te voorspellen waardoor zorg op maat geleverd kan worden. Patiënten en cliënten worden meer en meer regisseur van hun eigen zorg.

4. Personeelstekort in de zorg
   Het personeelstekort in de zorg is groot en lijkt niet snel opgelost. Door hoge werkdruk, slechte loopbaanbegeleiding en gebrek aan waardering zijn het ziekteverzuim en personeelsverloop groot.

5. Zorgcontactparadox
   Het gevaar van toenemende digitalisering is dat het menselijke contact en de menselijke maat naar de achtergrond verdwijnt. Meer gepersonaliseerde zorg leidt tot minder persoonlijk contact. De essentie van zorg zit namelijk opgesloten in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener.

6. Minder marktwerking, meer samenwerking
Sinds 2006 is er sprake van een gereguleerde marktwerking. Toch wordt de roep om minder marktwerking luider. Al dan niet ogenschijnlijke concurrentie tussen aanbieders draagt bij aan deze roep. Waarschijnlijk worden dat eerder kleine verbeteringen dan grote stelselwijzigingen.

7. Bouwen aan wendbare netwerken en ecosystemen
Er wordt gesproken over netwerkzorg en waarin zorgorganisaties transformeren naar ecosystemen met wendbare zelforganiserende eenheden die het werk doen. Zorgorganisaties zich sneller en vloeiender kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden. Samenwerken wordt essentieel, niet alleen hoe je tot samenwerking komt, maar vooral hoe je langdurig succesvol blijft samenwerken met betalers, aanbieders, afnemers en regelgevers van zorg.
In lijn met deze ontwikkeling komt er meer aandacht voor nieuwe samenwerkingsvormen (joint ventures) en onderwerpen als stakeholdermanagement, relatiebeheer, netwerk- en ketenregie, accountmanagement, co creatie, zorgverkoop, onderhandelen en conflictoplossing.

8. Zorgvernieuwing door multi-innovatie
De gezondheidszorg moet flink op de schop. Dat maken voorgaande ontwikkelingen en trends wel duidelijk. Om dat succesvol te kunnen doen, moeten zorgorganisaties over de grenzen van hun eigen organisatie en belangen heen kijken. Het vraagt samenwerking en innovatie op meerdere gebieden en niveaus. Van product-, proces- en sociale innovatie tot innovatie in waarde proposities en verdien- en businessmodellen. Dat zal zeker ook gevolg hebben voor de uitvoering in van zorg in de gemeente.

Hoofdstuk 3. Kwaliteit en toezicht op zorg

De zorgsector kent meerdere wetten en keurmerken die de kwaliteit van zorg controleren. Het toetsingskader vestiging zorg en opvang toetst primair aan de **vestiging** van aanbieder (initiatiefnemer) van zorg en opvang en niet aan de kwaliteit van de zorg en of opvang.

Hieronder wordt ingegaan op de wetten en keurmerken die de kwaliteit van zorg betreffen.

3.1 HKZ

Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector stelt kwaliteits- en veiligheidsnormen op voor ruim 30 branches in Zorg en Welzijn. Bijvoorbeeld voor apotheken, verpleeghuizen, verzorgingshuizen & thuiszorgorganisaties, kinderopvang en GGZ. Aan deze normen is het HKZ-keurmerk verbonden. Een organisatie met dit keurmerk heeft intern de zaken goed op orde, stelt de klant principieel centraal en werkt voortdurend aan verbetering van de zorg- en dienstverlening. Inmiddels staan er bijna 4000 HKZ-certificaten uit en werken meer dan 10.000 organisaties met HKZ normen.
Sinds 1 mei 2012 is HKZ samengegaan met NEN. Het HKZ-keurmerk blijft bestaan als een van de keurmerken binnen NEN. Er is blijvende aandacht voor zowel herziening als ontwikkeling van HKZ-normen. Ook aan de ruim 3000 afgegeven HKZ-certificaten verandert niets.

3.2 Zorg keurmerk

Zorginstellingen moeten zorg leveren die voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen. Deze eisen staan beschreven in zorgwetgevingen zoals de WTZi en de Wkkgz. Naast het voldoen aan deze zorgwetgevingen kan een zorginstelling een keurmerk of certificering voor de kwaliteit van zorgverlening hebben. Een keurmerk geeft aan wat kwaliteit inhoudt en hoe deze wordt gemeten. Alleen organisaties die gecertificeerd zijn ontvangen een keurmerk.

3.3 Wkkgz

Sinds 2016 kennen we de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Deze regelt:

- Een betere en snelle aanpak van klachten;
- Zorgmedewerkers kunnen veilig incidenten melden;
- Cliënt krijgt sterkere positie;
- Uitbreiding meldplicht zorgaanbieders;

3.4 WTZi

Deze wet regelt de toelating van zorginstellingen voor het leveren van de zorg waarop aanspraak bestaat vanuit de Zvw en de AWBZ. De regering wil de Wtzi vervangen door de Wet Toelating Zorgaanbieders (Wtza).

3.5 CIBG

Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De letters CIBG staat oorspronkelijk voor Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, maar alleen de afkorting wordt nog als naam gevoerd. Het CIBG voert overheidsbeleid uit, met name op gebied van de zorg. Zo registreert het CIBG zorgverleners in het BIG-register en orgaandonoren in

het Donorregister. Verder zorgt het CIBG voor veilige digitale gegevensuitwisseling in de zorg met de UZI-pas. De meeste taken van het CIBG liggen op het gebied van zorgregistraties.

3.6 BIG
Het BIG-register is een Nederlands register, waarin het basisberoep is opgenomen van personen die werkzaam zijn in een aantal beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Het BIG-register geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener. Iedereen kan het BIG-register raadplegen.

3.7 Wmg
Wet marktordening gezondheidszorg. In deze wet staat beschreven dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars informatie moeten verschaffen over hun aanbod, tarieven, kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden zorg. Er staat ook beschreven hoe de tarieven in de zorg tot stand komen en de wet maakt het mogelijk om in de gaten te houden of de zorgmarkten (zorgverzekering, zorginkoop én zorgverlening) goed werken en om in te grijpen als dat niet zo is.

3.8 NZa
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de markttoezichthouder in de zorg. Zij ziet erop toe dat alle partijen zich aan de regels houden en dat de zorgmarkten goed blijven functioneren. De NZa moet, bij alles wat zij doet, het belang van de consument voorop stellen.

3.9 Wcz
Wet cliëntenrechten Zorg regelt de rechten van patiënten beter.

3.10 Wtza
Wet toetreding zorgaanbieders. Op 1 januari 2022 treedt de Wtza in werking. Deze wet heeft nieuwe toetredingsregels voor zorg- en jeugdhulpaanbieders. Daardoor veranderen een aantal dingen voor startende aanbieders en krijgen zij bijvoorbeeld te maken met een meldplicht.

3.11 IGZ
De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland.

3.12 DKK
Vanuit de jeugdhulpregio Drenthe is het kwaliteitskader 2017 ontwikkeld. Het is en wordt als basis gebruikt voor kwaliteitsmanagement bij de afspraken met aanbieders van ondersteuning voor Wmo en Jeugdwet. Het kwaliteitskader is opgenomen in de contracten en wordt getoetst bij aanbieders in gesprekken en/of door aanvullend onderzoek.
Bij de overeenkomsten voor de jaren 2020 en dienen aanbieders zich conformeren aan het DKK.

Hoofdstuk 4. Ruimtelijke ontwikkelingen en vestiging van zorg en opvang

In de omgevingsvisie is een aantal ambities benoemd, die invloed hebben op de vestiging van zorg en opvanglocaties:

- een bereikbaar en veilig Westerveld
- een bedrijvig en gastvrij Westerveld
- een leefbaar en inclusief Westerveld
- een gezond en groen Westerveld
- een herkenbaar en toekomstgericht Westerveld

4.1 Zorglocaties

De gemeente Westerveld leent zich, vanwege haar agrarische en recreatieve uitstraling, bij uitstek voor de vestiging van particuliere zorg, groot en klein. De gemeente vindt het belangrijk dat particuliere zorg- en opvanginstellingen draagvlak hebben in de gemeente, waarbij haar karakter als agrarische en recreatieve gemeente niet wezenlijk aangetast wordt. Schaalgrootte, locatiekeuze, veiligheid, kwaliteit, het reeds aanwezige aantal van instellingen en de bereidheid van een aanbieder om met de gemeente afspraken te maken, zijn belangrijke punten wanneer overwogen wordt mee te werken aan de vestiging van een (woon)zorg- of opvanginstelling. Tevens wil de gemeente haar draaglast en draagkracht in balans houden.

4.2 Bestemmingsplannen binnen en buiten de bebouwde kom

Binnen de bebouwde kom zijn er verschillende bestemmingen, zoals wonen, bedrijf, horeca of bijvoorbeeld centrumdoeleinden. In de plannen voor dorpen die een centrumdoeleinden bestemming kennen, is het bedrijfsmatig aanbieden van wonen met zorg niet specifiek uitgesloten. Bij deze vorm huur je een woning en krijg je zorg aangeboden. De financiële stroom hiervoor verschilt per woonvorm (zie hoofdstuk 1).

Binnen deze bestemming is ‘wonen’ toegestaan en niet via de bestemmingsplanregels gereguleerd. In principe is een woonvorm een vorm van wonen. Het onderscheid tussen wonen en zorgwonen is, in ruimtelijke ordening, vaak te maken aan de hand van de mate van zorg die aangeboden wordt. Bij 24u/dag zorgpersoneel/begeleiding gaat het vaak om een maatschappelijke bestemming. Hierbij heeft de hoge mate van zorg een nadrukkelijk effect op de omgeving (parkeren personeel, schaalgrote, bezoekers).
In dit proces van omgevingsvergunning is het raadzaam om in vooroverleg het toetsingskader te raadplegen. Wel is het zo dat het bestemmingsplan leidend is en wanneer een aanvraag daar binnen past, moet deze verleend worden.

In het buitengebied geeft de gemeente Westerveld prioriteit aan een drietal bestemmingen:

- agrarische bestemming;
- natuur en landschap;
- toerisme en recreatie.

In het bestemmingsplan Buitengebied (oktober 2021: geldend bestemmingsplan Buitengebied 2012 en oude bestemmingsplannen Buitengebied voormalige gemeenten) is

zorg mogelijk in combinatie met een agrarisch bedrijf. Binnen bestaande bebouwingen mogen ook woonappartementen gerealiseerd worden. Indien iemand naast de hoofdbestemming (bijv. wonen, bedrijf) bedrijfsmatige zorg wil aanbieden dan zal dit altijd door middel van een afwijkingsprocedure of afweging moeten gaan. Zorg is bij meerdere bestemmingen mogelijk als nevenfunctie. Als beleidsmatig kader kunnen de mogelijkheden voor het buitengebied aangehouden worden. Alleen kan een (woon)zorginitiatief/zorgboerderij niet bij recht vergund worden.

4.3 Bestemming maatschappelijke doeleinden

De bestemming maatschappelijke doeleinden is een breed begrip. Diverse vormen van opvang kunnen hieronder geschaard worden namelijk educatieve, sociale, medische, sociaal culturele, levensbeschouwelijke voorzieningen ten behoeve van openbare dienstverlening. De meeste bestaande (ouderen) woonvoorzieningen hebben een maatschappelijke bestemming.

4.4 Zorgboerderijen(agrarische bestemmingen)

De bestaande zorgboerderijen variëren, in doelgroep, omvang en functie. Sommige zorgboerderijen bieden alleen dagbesteding en andere zorgboerderijen bieden (ook) 24 uursopvang. Hiervoor geldt dat in principe de vraag om een zorgfunctie te mogen vestigen veelal vooraf gaat met een principeverzoek of vooroverleg. Ook in die gevallen wordt het toetsingskader gebruikt als leidraad naast de bestemmingsplantoets.

4.5 Beleidsmatig kader

Het toetsingskader werkt als beleidsmatige onderbouwing en kader. Doordat er vroegtijdig overleg plaats vindt tussen gemeente (RO/VTH, Maatschappelijk Welzijn) en de initiatiefnemer kan bepaald worden of een plan past binnen het bestemmingsplan en het toetsingskader. Bij afwijkingen kan gestuurd worden op maximale oppervlakte en hoeveelheid personen.
Indien wenselijk en nodig volgt een privaatrechtelijke overeenkomst afgesloten tussen gemeente en initiatiefnemer/zorgaanbieder. Hierin worden afspraken vastgelegd over doelgroepen en de financiële situatie die mogelijk gevolgen heeft voor de gemeente. Tevens kan er een beheerconvenant opgesteld worden. Dit zijn afspraken tussen gemeente, zorgaanbieder en politie. Een andere vereiste is dat de initiatiefnemer zorgt voor draagvlak in de omgeving. Er kan ook een communicatieplan verlangd worden.

Hoofdstuk 5. Financiële risico's

De gemeente krijgt nog altijd verzoeken om mee te werken aan zorg- of opvang bestemmingen. Vaak zijn dit private (commercieel gerichte) partijen die gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeringswet, de Wlz en uit private inkomsten. Er ligt een financieel risico voor de gemeente in een mogelijke toename in gebruik van inkomens- en zorgvoorzieningen als de Participatiewet en Wmo, met name bij een stijging van de 24 uursopvang. Immers, daarbij gaat het om mensen die van buiten in de gemeente komen wonen en die gelijk een concrete zorgvraag kunnen hebben. Het gaat niet om de eigen inwoners die wel of niet een zorgvraag gedurende hun leven zullen hebben. Het kan zijn dat bij een grote toename van de 24 uurs opvang het beroep op de voorliggende inkomens- en zorgvoorzieningen navenant toeneemt.

Als de gemeente verantwoordelijk wordt voor de begeleiding, dan wordt zij ook verantwoordelijk voor de kwaliteit van die begeleiding. De afspraken over kwaliteit zijn via het inkoop- en aanbestedingstraject geregeld en de gemeente moet er zelf toezicht op houden.

Wanneer onze gemeente in toenemende mate zorginstellingen huisvest, dan kan het zijn dat het aantal mensen dat gebruik maakt van diverse inkomensgerelateerde regelingen en voorzieningen niet meer in balans is met hetgeen de gemeente daarvoor door het rijk via het gemeentefonds aan inkomsten krijgt. Hier ligt een groot financieel risico.
Een ander risico is een mogelijk faillissement van een instelling. Dat kan grote consequenties met zich meebrengen voor een gemeente. Denk hierbij aan leegstand van (grote) gebouwen en (groepen) bewoners die geen huisvesting meer hebben en waarvoor nieuw onderdak gevonden moet worden. Om die reden is het aan te bevelen een bedrijfsplan als gemeente goed te beoordelen.

Hoofdstuk 6. Werkproces

Een initiatiefnemer die dergelijke zorg- of opvang wil bieden, dient vanzelfsprekend te voldoen aan de wettelijke regels (WTZi toelating, Kwaliteitswet zorg) en dient te voldoen aan de HKZ- certificering voor de sector waarin zij zorg of opvang wil verlenen. In geval van een startende instelling, dient aangetoond te worden dat zij de procedure voor certificering aan het doorlopen is. Ook dit zal zijn beslag moeten krijgen in de aanvraagmodule voor de omgevingsvergunning. De toetser zal naast RO ook Maatschappelijk Welzijn, AOV'er om advies vragen. Bij een positief principebesluit zal minimaal een bestemmingsplanherziening of projectbesluit gevolgd moeten worden. De maatschappelijke bestemming van de instelling zal een specifieke aanduiding krijgen. Dit, om sturing te blijven geven aan de huisvesting van een volgende instelling op een specifieke locatie wanneer de huidige instelling haar activiteiten beëindigd.

6.1 Criteria
Daarnaast wil de gemeente bij een verzoek om mee te werken aan de vestiging van een dergelijke grootschalige instelling, uitgaan van een aantal aanvullende criteria:
a. Er mag geen sprake zijn van clustering van meerdere zorg- en opvang instellingen in één deel van de gemeente. De gemeente wil immers haar agrarische en recreatieve uitstraling behouden.
b. De veiligheid in en om de instelling dient aantoonbaar en professioneel gewaarborgd te zijn. Er dient een beheers convenant hierover met de gemeente gesloten te zijn;
c. De instelling moet qua schaal in evenwicht zijn met de directe omgeving en voldoende draagvlak hebben in de omgeving. De instelling dient een communicatieplan te hebben ten aanzien van de communicatie met betrokken partijen in brede zin, in en om haar omgeving.
d. Om disbalans te voorkomen, mogen niet te veel grote opvanginstellingen zich vestigen in de gemeente met het oog op de financiële draagkracht van de gemeente. Het huisvesten van een grote groep mensen die naar verwachting langdurig aanspraak zal maken op Wmo en WLZ voorzieningen, een participatiewet-uitkering, Wajong, of behoren tot de WSW doelgroep kan de draagkracht van de gemeente overstijgen wanneer daar geen of te weinig compensatie via het gemeentefonds voor de gemeente tegenover staat.

De afspraken ten aanzien van spreiding, specifieke schaalgrootte, veiligheid, draagvlak en draagkracht van grote instellingen, vragen om maatwerk. De criteria a tot en met d zijn bedoeld om in de afweging om wel of niet mee te werken aan huisvesting van grote instellingen, te komen tot een breed, afgewogen en doordacht besluit.

6.2 Monitoring gevestigde zorg- en opvanglocaties
Gevestigde zorg- en opvanglocaties worden jaarlijks gemonitord. Dit gebeurt door het opvragen van gegevens vanuit Participatiewet, om zo zicht te houden op de gemeentelijke bijdragen aan de bewoners van een zorglocatie. Inzake Wmo voorzieningen vinden er accountgesprekken plaats op locatie waarin de kwaliteit van dienstverlening wordt besproken. Op deze manier kan er gehandhaafd worden wanneer gemaakte afspraken niet worden nageleefd of de doelgroep is gewijzigd waardoor er meer dan afgesproken beroep gedaan wordt op de gemeentelijke voorzieningen.

Bijlage 1 Leveringsvormen Wlz

Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz)
Verzekerden met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen ervoor kiezen in een instelling te gaan wonen om de zorg te krijgen die zij nodig hebben. Zij kunnen er onder voorwaarden ook voor kiezen om zorg thuis te ontvangen met een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of om de benodigde zorg zelf te regelen met een persoonsgebonden budget (pgb). Deze mogelijkheden worden leveringsvormen genoemd. Er zijn twee vormen:

1. Verblijf in een instelling

Bij verblijf in een instelling gaat het om het wonen in een instelling met daarbij de zorg waarop verzekerde is aangewezen. Een combinatie van verblijf met mpt en/of pgb is mogelijk bij deeltijdverblijf. Deeltijdverblijf is een combinatie van in een instelling wonen en thuis wonen. Het is geen aparte leveringsvorm.

2. Zorg thuis (vpt, mpt en pgb)

Verzekerde kan er onder bepaalde voorwaarden voor kiezen om de zorg thuis te ontvangen. Thuis omvat onder meer een aanleunwoning, een al dan niet aangepaste woning en een geclusterde woning die verzekerde zelf huurt of waar hij eigenaar van is.
Er zijn verschillende leveringsvormen voor zorg thuis:

- Volledig pakket thuis (vpt)
- Modulair pakket thuis (mpt)
- Persoonsgebonden budget (pgb)
- Een combinatie van mpt en pgb is ook mogelijk.

Wet langdurige zorg (Wlz)
Zorgprofielen zijn onderverdeeld in 7 sectoren

Sector	Voorbeeld zorgprofiel
Sector Verpleging en verzorging (V&V)	Beschermd wonen en intensieve zorg bij dementie
Sector Verstandelijk gehandicapt (VG)	Wonen met begeleiding en verzorging
Sector Licht verstandelijk gehandicapt (LVG)	Wonen met behandeling en begeleiding
Sector Lichamelijk gehandicapt (LG)	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
Sector Zintuiglijk gehandicapt, auditief en communicatief (ZGaud)	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
Sector Zintuiglijk gehandicapt, visueel (ZGvis)	Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging
Sector GGZ, B-groep (GGZ-B)	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering
Sector GGZ Wonen	

Bij een Wlz-indicatie wordt er ook met het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) besproken over de vorm van de zorg die geleverd zal worden. In principe wordt de zorg op één van de volgende twee manieren geleverd:

- Intramuraal: zorg in een zorginstelling, middels zorg in natura of een persoonsgebonden budget (pgb)
- Extramuraal: zorg thuis (als de situatie dit toelaat en de kosten niet hoger zijn dan bij verblijf in een instelling), middels een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb)

Met een Wlz-indicatie kan de cliënt er voor kiezen om naar een zorginstelling te gaan, zoals een verpleeghuis, verzorgingshuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten.
Zorg in een instelling kan geregeld worden op basis van:

1. Zorg in natura

   Bij zorg in natura contracteert het zorgkantoor de zorgaanbieders en ondersteuning. Ook regelt de het zorgkantoor de administratie daaromheen. U maakt met de zorgaanbieder afspraken over de manier waarop u zorg en ondersteuning krijgt.
2. Pgb (zelf zorg inkopen)

   Met een persoonsgebonden budget kan de verzekerde zelf zorg inkopen bij één of meerdere zorgaanbieders. Het budget wordt door de Sociale Verzekeringsbank beheerd.

Er kan vaak ook worden gekozen om intensieve zorg thuis te krijgen. Er zijn meerdere mogelijkheden om deze zorg te organiseren, namelijk via:

1. Een volledig pakket thuis (vpt): wordt geleverd door één zorgaanbieder
   Dan wordt alle zorg die in het zorgprofiel past, geleverd door één zorgaanbieder en valt dus onder de verantwoordelijkheid van één Wlz-instelling. Er worden afspraken gemaakt over de gewenste zorg en over de tijden waarop zorgverleners langskomen.
2. Een modulair pakket thuis (mpt)
   De cliënt laat de zorg thuis leveren door één of meerdere zorgaanbieders middels zorg in natura. Voor bepaalde zorgvormen, zoals persoonlijke verzorging en verpleging, is het ook mogelijk om zorg zelf in te kopen met een pgb.
3. Een persoonsgebonden budget (pgb)
   Ook een pgb (zelf zorg inkopen) is mogelijk als er wordt gekozen voor zorg thuis. Er wordt dan wel gekeken of de verzekerde in staat is om bepaalde administratieve zaken zelf te regelen (bijvoorbeeld het inkopen van zorgaanbieders). Uiteindelijk bepaalt het zorgkantoor welke leveringsvormen haalbaar zijn.
4. Combinatie
   Een combinatie van mpt en pgb is tevens mogelijk. Voordat de zorg middels een vpt of mpt thuis wordt toegekend, beoordeelt het zorgkantoor eerst of het verantwoord en doelmatig is om de zorg bij de cliënt thuis te organiseren.

Vpt	Mpt	Pgb
Persoonlijke verzorging en verpleging Begeleiding Huishoudelijke hulp Noodzakelijke geneeskundige of paramedische zorg Vervoer naar behandeling en begeleiding Verstrekken van maaltijden en drinken Schoonmaken woning cliënt Logeeropvang	Persoonlijke verzorging en verpleging Huishoudelijke hulp Begeleiding Noodzakelijke geneeskundige of paramedische zorg Vervoer naar behandeling en begeleiding Logeeropvang	Persoonlijke verzorging en verpleging Begeleiding Huishoudelijke hulp Logeeropvang