

---

## 589

### **Besluit van 28 november 2011, houdende aanwijzing van de vormen van zorg die in 2012 in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage in verband met de invoering van prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg (Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG)**

---

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2011, kenmerk DWJZ/OBZ-3081908;

Gelet op artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 31 oktober 2011, no. W13.11.0400/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 november 2011, kenmerk DWJZ/OBZ-3091414;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **Artikel 1**

In dit besluit wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Wet marktordening gezondheidszorg;
- b. *beschikbaarheidsbijdrage*: bijdrage genoemd in artikel 56a van de wet.

#### **Artikel 2**

De zorgautoriteit kan een zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage toekennen ten behoeve van de beschikbaarheid van de volgende vormen van medisch specialistische zorg:

- a. academische zorg;
- b. brandwondenzorg;
- c. zorg verleend door het calamiteitenhospitaal;
- d. post mortem orgaanuitname bij donoren;
- e. spoedeisende hulp;
- f. traumazorg.

#### **Artikel 3**

1. De zorgautoriteit wijst zorgaanbieders aan die belast zijn met het beschikbaar hebben van een in artikel 2 genoemde vorm van zorg.

2. De zorgautoriteit wijst alleen zorgaanbieders aan die in 2011 voor de betreffende vorm van zorg bekostigd werden op grond van het functiegericht budget dat door de zorgautoriteit werd vastgesteld of subsidie hebben ontvangen op grond van de Subsidieregeling academische functie.

#### **Artikel 4**

De zorgautoriteit kan ten behoeve van de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg bij de transitie van functiegerichte bekostiging naar prestatiegerichte bekostiging een beschikbaarheidsbijdrage toekennen aan instellingen voor medisch specialistische zorg met uitzondering van zelfstandige behandelcentra, ggz-instellingen, centra voor long/astma en epilepsie-inrichtingen. De zorgautoriteit wijst instellingen aan die belast zijn met het beschikbaar hebben van deze zorg.

#### **Artikel 5**

De zorgautoriteit kan de beschikbaarheidsbijdrage toekennen in de vorm van:

a. compensatie voor diensten van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel b, van de Beschikking van de Commissie nr. 2005/842/EG van 28 november 2005 betreffende de toepassing van artikel 86, lid 2, van het EG-Verdrag op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst die aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen wordt toegekend (PbEU L 312) of

b. compensatie voor niet-economische diensten van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

#### **Artikel 6**

Indien het bij koninklijke boodschap van 25 mei 2010 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG) (Kamerstukken 32 393) tot wet wordt verheven en in werking treedt en artikel I, onderdeel K, van die wet voor wat betreft artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg in werking treedt, treedt dit besluit op hetzelfde tijdstip in werking.

#### **Artikel 7**

Dit besluit vervalt met ingang van 1 januari 2013.

#### **Artikel 8**

Dit besluit wordt aangehaald als: Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG.

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt met de daarbijbehorende stukken openbaar gemaakt door publicatie in de Staatscourant.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 28 november 2011

Beatrix

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

Uitgegeven de *twaalfde* december 2011

De Minister van Veiligheid en Justitie,  
I. W. Opstelten

## **NOTA VAN TOELICHTING**

### **Algemeen**

#### **1. Inleiding**

Met de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG is in artikel 56a een wettelijke grondslag geïntroduceerd voor het instrument beschikbaarheidsbijdrage. Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties in redelijkheid niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar en in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden; of
- b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven serieus marktverstrend zou werken.

Bij algemene maatregel van bestuur (amvb) wordt bepaald voor welke vormen van zorg en in welke gevallen een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verleend. Ook wordt bij amvb bepaald in welke vorm de beschikbaarheidsbijdrage wordt verleend en welke nadere voorwaarden of beperkingen worden gesteld aan het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage.

De onderhavige amvb bepaalt voor de duur van één jaar voor welke vormen van zorg in 2012 een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verleend (artikelen 2 en 4), welke zorgaanbieders daarvoor in aanmerking komen (artikel 3 en 4) en in welke vorm de beschikbaarheidsbijdrage kan worden verleend (artikel 5).

#### **2. Interimkarakter**

In 2012 is het, zoals is toegelicht in de brief «Zorg die loont» (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6), de bedoeling dat de bekostiging van de in die brief genoemde vormen van zorg grotendeels ongewijzigd blijft. Dat betekent dat zowel qua hoogte van de vergoeding als wat betreft de ontvangende aanbieders in 2012 zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de bestaande situatie. Verder zijn voor wat betreft de academische component de beschikbare middelen zoals verwerkt in de begroting leidend. Voor wat betreft de spoedeisende hulp wordt aangesloten bij de situatie die in 2011 geldt voor de beschikbaarheidstoeslag voor kleine ziekenhuizen. Reden om de bekostiging in 2012 zoveel mogelijk ongewijzigd te laten, is dat de voorbereiding van de nadere afbakening van genoemde vormen van zorg niet vóór 2012 zal zijn afgerond. Eind 2011 wordt bijvoorbeeld het advies van de Gezondheidsraad verwacht over de afbakening van de spoedeisende hulp. Daarnaast betekent deze nieuwe afbakening dat de zorgautoriteit opnieuw een onderzoek zal moeten doen naar de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. Ook de invoering van de DOT-zorgproducten per 2012 zal ertoe leiden dat de zorgautoriteit voor de vormen van zorg die deels via de beschikbaarheidsbijdrage worden bekostigd, opnieuw een reële, objectieve en transparante vergoeding zal moeten vaststellen. Aangezien dit onderzoek niet vóór 2012 zal zijn afgerond, is een interim-amvb voor 2012 noodzakelijk.

#### **3. Europeesrechtelijke aspecten**

De beschikbaarheidsbijdrage is Europeesrechtelijk te kwalificeren als een vorm van overdracht van staatsmiddelen. Daarom is aansluiting gezocht bij de verscheidene gecodificeerde Europeesrechtelijke regelingen, zodat op voorhand vaststaat dat een op deze wijze verleende beschikbaarheids-

bijdrage niet in strijd is met de Europese staatssteunbepalingen. Het betreft met name een beschikbaarheidsbijdrage in de vorm van compensatie voor diensten van algemeen economisch belang<sup>1</sup> of compensatie voor diensten van algemeen belang<sup>2</sup>.

Voor het toekennen van de beschikbaarheidsbijdrage en voor het belast zijn met een dienst van algemeen economisch belang, gelden de volgende voorwaarden. Deze zijn ontleend aan de criteria van de vrijstellingsbeschikking (2005/842/EG):

- De zorgaanbieder waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage wordt vastgesteld moet daadwerkelijk belast zijn met de activiteit of voorziening als genoemd in de amvb en die activiteit of voorziening moet duidelijk zijn afgebakend.
- De parameters op basis waarvan de zorgautoriteit de bijdrage berekent, zijn vooraf op objectieve en doorzichtige wijze vastgesteld.
- De bijdrage die de zorgautoriteit vaststelt mag niet hoger zijn dan nodig is om de kosten van de uitvoering geheel of gedeeltelijk te dekken, rekening houdend met de opbrengsten en met een redelijke winst.

Het wetsvoorstel is in samenhang met de beleidsvoornemens uit de brief «Zorg die loont» informeel met de Europese Commissie besproken op 17 mei 2011. De Europese Commissie heeft informeel ingestemd met het geschetste eindperspectief en met de lijn zoals die vanuit de huidige situatie naar het eindperspectief is uitgezet. De Europese Commissie onderkent dat een zorgvuldige transitie onlosmakelijk verbonden is aan een overgang van het ene naar het andere bekostigingssysteem. Gedurende deze transitieperiode kan als startpunt worden aangesloten bij de huidige praktijk, waarbij vooralsnog geen Europeesrechtelijke problemen zijn geconstateerd. Wel heeft de Europese Commissie geadviseerd om duidelijk de Europeesrechtelijke vorm waarin de beschikbaarheidsbijdrage wordt verleend te vermelden in de amvb dan wel in de op grond van artikel 59, onderdeel e, van de wet verplichte aanwijzing aan de zorgautoriteit.

Zoals eerder is aangegeven wordt in deze amvb vastgelegd in welke vorm de zorgautoriteit die bijdrage kan verstrekken. Behalve deze amvb is een aanwijzing aan de zorgautoriteit vereist, waarvan de zakelijke inhoud bij het parlement wordt voorgehangen. In die aanwijzing zal concreet worden aangegeven hoe het instrument beschikbaarheidsbijdrage wordt ingevuld. Deze invulling betreft onder andere de parameters en criteria waarop de zorgautoriteit de bijdrage berekent, de hoogte van de bijdrage en de Europeesrechtelijke vorm waarin de zorgautoriteit de beschikbaarheidsbijdrage toekent.

#### **4. Eindperspectief**

In de brief «Zorg die loont» is het eindperspectief van de bekostiging voor medisch specialistische zorg geschetst. Hierbij is uitgangspunt dat zoveel mogelijk zorg via dbc-zorgproducten of «add on's» wordt bekostigd. Slechts dat deel van de medisch specialistische zorg dat niet (geheel) is toe te rekenen aan tarieven of bij een dergelijke toerekening marktverstoring zou werken, komt in aanmerking voor bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage, ook wel aangeduid met het vaste segment. Het betreft een aantal vormen van zorg die geheel via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd worden, te weten donorumuitnameteams, een calamiteiten-hospitaal, helikoptervoorzieningen voor traumazorg en het ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(keten)zorg en het opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen. En een aantal vormen van zorg die *deels* via de beschikbaarheidsbijdrage worden bekostigd, omdat hiervoor ook declarabele zorgprestaties bestaan. Het

<sup>1</sup> Compensatie voor diensten van algemeen economisch belang als bedoeld in de Beschikking van de Commissie nr. 2005/842/EG van 28 november 2005 betreffende de toepassing van artikel 86, lid 2, van het EG-Verdrag op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst die aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen wordt toegekend (PbEU L 312).

<sup>2</sup> Compensatie voor niet-economische diensten van algemeen belang als bedoeld in het Protocol nr. 26 bij het Verdrag.

gaat hierbij om spoedeisende hulp, traumazorg en brandwondenzorg. Behalve de bovengenoemde vormen van zorg, die nu uit de ziekenhuisbudgetten worden bekostigd, wordt ook de zogenaamde «academische component» per 2012 onder het vaste segment gebracht. Tot slot is, zoals gemeld in het kabinetsstandpunt over de evaluatie van het Opleidingsfonds en het CBOG (zie de Arbeidsmarktbrief van 4 maart 2011 met kenmerk MEVA/ABA-3054508) het voornemen om de huidige aparte systematiek van begrotingsfinanciering van de medische vervolgopleidingen in 2013 te vervangen door een wijze van bekostiging en financiering via het vaste segment. Aangezien deze interim-amvb slechts betrekking heeft op 2012 zijn de vervolgopleidingen hierin niet opgenomen. Voor de periode vanaf 2013 en verder zal de zorgautoriteit voorts nieuwe kostenberekeningen op basis van helder afgebakende vormen van zorg maken. Dit zal leiden tot objectieve en transparante parameters op basis waarvan de zorgautoriteit de beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen.

## **Artikelsgewijs**

### **Vormen van zorg (artikel 2)**

In dit artikel worden de vormen van zorg aangewezen die in 2012 in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage.

Het gaat daarbij om:

a. academische zorg. Dit betreft het uitvoeren van topreferente zorg en innovatie en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling<sup>1</sup>. Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Innovatie en ontwikkeling heeft betrekking op het bedenken, uitproberen, uittesten en verspreiden van nieuwe behandelingen en vormen van diagnostiek. Het betreft uitsluitend die vormen van innovatie en ontwikkeling die steunen op fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

b. brandwondenzorg. Dit betreft de zeer gespecialiseerde en multidisciplinaire behandeling van brandwonden, waarvoor specialistisch opgeleid personeel en een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is; daartoe werken brandwondenspecialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen, psychologen en ondersteunend paramedisch personeel zeer nauw samen. Daarnaast is het van belang dat de beschikbaarheid van brandwondenzorg is gewaarborgd in het geval van calamiteiten.

c. zorg verleend door het calamiteitenhospitaal. Dit betreft een voorziening voor een situatie van oorlog(sdreiging), crises met grote aantallen slachtoffers, ongevallen in het buitenland met repatriatie, rampen en aanslagen die de reguliere opvangcapaciteit te boven gaan<sup>2</sup> en situaties waarin de Nederlandse overheid hulp aanbiedt bij de medische opvang van buitenlandse slachtoffers van ongevallen in het buitenland. Het gaat altijd om bijzondere omstandigheden die noodopvang vereisen.

d. post mortem orgaanuitname bij donoren. Het betreft specialistische chirurgische werkzaamheden vanaf de eerste incisie tot en met het transportklaar maken van de organen en weefsels. Deze werkzaamheden worden verricht door speciale teams die 7x24 uur beschikbaar zijn en er voor zorgen dat solide organen worden uitgenomen.

e. spoedeisende hulp (SEH). Een basis-SEH is binnen 45 minuten bereikbaar per ambulance. Op een basis-SEH moet voldoende deskundigheid en materieel beschikbaar zijn voor herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. De SEH-arts kan de behandeling inzetten of doorverwijzen naar een meer gespecialiseerde

<sup>1</sup> Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2007, nr. CZ/FBI-2183467, houdende vaststelling van regels voor subsidiëring van de academische functie (Subsidieregeling academische functie).

<sup>2</sup> Bijv. microbiologische organismen als SARS.

afdeling in het eigen of een ander ziekenhuis. In ieder geval moet binnen vijf minuten een arts bij het bed van de patiënt zijn die de luchtweg van de patiënt kan zeker en kan reanimeren. Daarnaast dient minimaal één gespecialiseerd SEH-verpleegkundige aanwezig te zijn die zowel is opgeleid in het opvangen van trauma patiënten als in de opvang van zieke kinderen. De Gezondheidsraad zal in december 2011 een advies uitbrengen over welke deskundigheid en faciliteiten aanwezig moeten zijn op de basis-SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is.

f. traumazorg. Het gaat hierbij om de beschikbaarheid van traumazorg in instellingen voor medisch specialistische zorg. Daarnaast gaat het om het ontwikkelen van de kennisfunctie ten behoeve van zorgverlening bij rampen, de coördinatie van de trauma(keten)zorg en het opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen. Deze activiteiten zijn nodig ten behoeve van de beschikbaarheid van goede traumazorg. Ook omvat dit de beschikbaarheid van vier helikoptervoorzieningen voor traumazorg en tien voertuigen voor de mobiele medische teams. Bij de helikoptervoorziening gaat het om hoog kwalitatieve zorg in aanvulling op ambulancezorg die wordt geboden door mobiele medische teams in helikopters. Ten behoeve van een goede landelijke dekking zijn vier traumacentra met traumahelikopter nodig. Via samenwerking in de grensregio's met Belgische en Duitse partners kan ook in de grensregio's dekking van voldoende kwaliteit worden gegarandeerd.

### **Aanwijzen zorgaanbieders (artikel 3)**

In artikel 3 is bepaald dat de zorgautoriteit zorgaanbieders kan belasten met een dienst van algemeen (economisch) belang. Uitgangspunt daarbij is dat de zorgaanbieders die in 2011 deze zorg leverden en in aanmerking kwamen voor een vergoeding in de kosten voor deze vormen van zorg ook in 2012 zullen worden belast met deze functie en een beschikbaarheidsbijdrage zullen ontvangen.

### **Transitiebedrag (artikel 4)**

In artikel 4 wordt geregeld dat de zorgautoriteit instellingen een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen in het kader van de overgang van functiegerichte naar prestatiebekostiging. Deze overgang brengt voor instellingen voor medisch specialistische zorg financiële en uitvoeringsrisico's met zich. Er kunnen namelijk omzetverschillen ontstaan voor instellingen die in voorkomende gevallen de continuïteit van zorg in gevaar zouden kunnen brengen. Om de risico's beheersbaar te houden is een zorgvuldige en soepele overgang nodig. Hiertoe wordt in 2012 een transitie-model ingevoerd. Het transitiebedrag<sup>1</sup> zorgt daarbij voor een gefaseerde en zorgvuldige overgang. Een toerekening van de kosten van dit transitiebedrag naar de tarieven voor individuele prestaties is niet goed denkbaar, aangezien de betrokken instellingen zich daarmee alleen maar verder «uit de markt» zouden prijzen. De keuze voor het instrument beschikbaarheidsbijdrage in het geval dat de zorgautoriteit een positief transitiebedrag vaststelt, leidt ertoe dat de transitieperiode op een wijze wordt doorlopen die zo min mogelijk marktverstoring is. De beschikbaarheidsbijdrage als hier bedoeld zal worden toegekend in de vorm van compensatie voor een dienst van algemeen economisch belang. De zorgautoriteit kan daartoe instellingen voor medisch specialistische zorg, met uitzondering van zelfstandige behandelcentra, ggz-instellingen, centra voor long/astma en epilepsie-inrichtingen, tijdelijk, dat wil zeggen voor de duur van de transitieperiode, belasten met een dienst van algemeen economisch belang. Bij de verplichte aanwijzing aan de zorgautoriteit op grond van artikel 59, onderdeel e, van de wet zal dit, conform informeel

<sup>1</sup> Een door de zorgautoriteit vast te stellen verrekenbedrag tussen budget en prestatiebekostiging.

advies van de Europese Commissie, nader worden vastgelegd. Voorts impliceert het (tijdelijk) belasten met een dienst van algemeen economisch belang dat de zorgautoriteit bij het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage aan een instelling voor medisch specialistische zorg moet controleren of er geen overcompensatie plaatsvindt. Als er sprake zou zijn van overcompensatie moet dit conform de regels voor diensten van algemeen economisch belang worden teruggevorderd. Bij het transitie-model hanteert de zorgautoriteit normatieve kosten en normatieve opbrengsten onder de voorwaarde dat de normatieve inkomsten en normatieve opbrengsten (revenues) worden nagecalculeerd om overcompensatie te voorkomen. Ook deze systematiek wordt in het informele advies van de Europese Commissie bevestigd.

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