



Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2012, MC-U-3147126, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake beschikbaarheidsbijdrage curatieve somatische zorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Na op 25 mei 2012 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2011/12, 32 393, nr. 16) als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Gezien het verslag 29 juni 2012 van een schriftelijk overleg met de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2011/2012, 32 393, nr. 21);

Besluit:

Artikel 1 definities

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:

- a. *minister*: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *wet*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- c. *zorgautoriteit*: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
- d. *Besluit*: Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG;
- e. *bijlage*: bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit;
- f. *dienst van algemeen belang*: dienst van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie;
- g. *dienst van algemeen economisch belang*: dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdelen b en c, van Besluit nr. 2012/21/EU van 20 december 2011 van de Commissie, betreffende de toepassing van artikel 106, lid 2, VWEU op staatssteun in de vorm van compensatie voor de openbare dienst, verleend aan bepaalde met het beheer van diensten van algemeen economisch belang belaste ondernemingen (PbEU 2012, L 7);
- h. *convenant*: convenant voor de jaren 2013 en volgende tussen de Staat der Nederlanden, vertegenwoordigd door de minister en de minister van Defensie, en het Universitair Medisch Centrum Utrecht met betrekking tot de voorziening calamiteitenhospitaal.

Artikel 2 werkingsfeer

Deze aanwijzing is van toepassing op medisch specialistische zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 3 tot en met 9, 12 en 13 van de bijlage.

Artikel 3 opdrachtverlening

De zorgautoriteit stelt ter uitvoering van deze aanwijzing regels of beleidsregels vast.

Artikel 4 post mortem orgaanuitname bij donoren

1. De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 3, van de bijlage.
2. De zorgautoriteit dient met betrekking tot de zorgaanbieders die voor deze zorg met een dienst van algemeen belang worden belast uit te gaan van de situatie in 2012.

Artikel 5 zorg verleend door het calamiteitenhospitaal

1. De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 4, van de bijlage.
2. De zorgautoriteit baseert de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage op het aandeel in de financiële



bijdrage van de Staat der Nederlanden dat in het convenant aan de minister wordt toegerekend.

Artikel 6 traumazorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen

1. De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 5, van de bijlage.
2. De zorgautoriteit dient met betrekking tot de zorgaanbieders die voor deze zorg met een dienst van algemeen economisch belang worden belast uit te gaan van de situatie in 2012.
3. De zorgautoriteit dient voor de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage uit te gaan van de situatie in 2012.

Artikel 7 traumazorg door mobiel medische teams

De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 6, van de bijlage.

Artikel 8 spoedeisende hulp

1. De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7, van de bijlage.
2. Voor de zorgaanbieders die voor deze zorg in 2012 een beschikbaarheidsbijdrage ontvingen en deze blijven ontvangen in 2013 gaat de zorgautoriteit uit van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 2012.
3. Voor zorgaanbieders die in 2012 geen beschikbaarheidsbijdrage voor deze zorg ontvingen, verstrekt de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage uitsluitend onder de voorwaarde dat met die bijdrage wordt bereikt dat geen verslechtering in de bereikbaarheid optreedt ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie, uitgaande van gevoeligheid voor de zogenaamde 45-minuten bereikbaarheidsnorm als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7 van de bijlage.

Artikel 9 acute verloskunde

1. De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 8, van de bijlage.
2. De zorgautoriteit verstrekt de beschikbaarheidsbijdrage uitsluitend onder de voorwaarde dat met die bijdrage wordt bereikt dat geen verslechtering in de bereikbaarheid optreedt ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie, uitgaande van gevoeligheid voor de zogenaamde 45-minuten bereikbaarheidsnorm als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 8, van de bijlage.

Artikel 10 gespecialiseerde brandwondenzorg

De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 9, van de bijlage.

Artikel 11 zorg verleend tijdens transitie bekostigingssysteem curatieve somatiek

De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 12, van de bijlage aan algemene, academische en categorale instellingen voor medisch specialistische zorg voor zover de transitie in een daartoe strekkende aanwijzing als bedoeld in artikel 7 van de wet is vermeld.

Artikel 12 zorg verleend tijdens de overgangsregeling kapitaallasten

De zorgautoriteit verleent een beschikbaarheidsbijdrage en stelt deze vast voor zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 13, van de bijlage aan algemene, academische en categorale instellingen voor medisch specialistische zorg voor zover de overgangsregeling in een daartoe strekkende aanwijzing als bedoeld in artikel 7 van de wet is vermeld.



Van deze aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing met de bijbehorende toelichting in de Staatscourant.

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



TOELICHTING

1. Algemeen

Deze aanwijzing betreft de beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a van de Wet marktorde-ning gezondheidszorg (WMG) voor:

- post mortem orgaanuitname bij donoren,
- zorg verleend door het calamiteitenhospitaal,
- traumazorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen,
- traumazorg door mobiel medische teams,
- spoedeisende hulp,
- acute verloskunde,
- gespecialiseerde brandwondenzorg,
- zorg verleend tijdens transitie bekostigingssysteem curatieve somatiek en
- zorg verleend tijdens de overgangsregeling kapitaallasten.

Deze vormen van zorg zijn in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (Stb. 2012, 396) aangewezen als vormen voor zorg waarvan bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage nodig kan zijn om de beschikbaarheid van die zorg te kunnen borgen.

De hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen wordt in beginsel bepaald door onderzoeken van de zorgautoriteit naar de kosten van het beschikbaar houden van de desbetreffende zorg. Het is aan de zorgautoriteit zelf om te bepalen hoe zij deze kostenonderzoeken inricht en hoe zij met de resultaten uit die onderzoeken omgaat. Zo kan de zorgautoriteit in haar beleidsregels een normatief kader vaststellen. Ook kan de zorgautoriteit, in plaats van zelf een kostenonderzoek te doen, zich verlaten op een kostenonderzoek dat door derden is gedaan of op een kostenverdeling die door derden is vastgesteld. Dat kan aan de orde zijn indien de overheid afspraken heeft gemaakt over de bijdrage voor de desbetreffende vorm van zorg waarbij reeds is gebleken dat die zorg met een bepaalde bijdrage door een zorgaanbieder beschikbaar kan worden gehouden. De zorgautoriteit moet daarbij de overtuiging hebben dat de afspraken berusten op een adequate kostenonderbouwing.

De zorgautoriteit mag geen te lage beschikbaarheidsbijdrage verstrekken, de beschikbaarheidsbijdrage moet genoeg zijn om een normale exploitatie van de beoogde vorm van zorg mogelijk maken (norm College van Beroep voor het bedrijfsleven). De zorgautoriteit mag ook niet te veel aan beschikbaarheidsbijdrage verstrekken, maar net genoeg voor een normale exploitatie van de beoogde vorm van zorg (staatssteunnorm Europese Commissie). Uit die laatste norm vloeit automatisch voort dat eventuele opbrengsten uit de exploitatie van de vorm van zorg moeten worden meegerekend bij het bepalen van de hoogte van een eventuele beschikbaarheidsbijdrage.

Waar ik zelf expliciet wil sturen op de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage, of op de zorgaanbieders die voor een bijdrage in aanmerking kunnen komen is dat in deze aanwijzing vermeld.

2. Artikelsgewijs

Artikel 4 post mortem orgaanuitname bij donoren

Post mortem orgaanuitname bij donoren gaat over 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 7 x 24 uur beschikbaar zijn en ervoor zorgen dat solide organen worden uitgenomen. Op 22 december 2011 zijn bij brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal de voornemens over een toekomstige structuur en bekostiging van donorwerving en orgaanuitname bekend gemaakt (Kamerstukken II 2011/12, 28 140, nr. 81). Onderdeel hiervan is een uitbreiding van uitnameteams van solide organen. De voornemens hebben een experimenteel karakter. Een definitief standpunt over de toekomst van uitnameteams kan pas worden ingenomen na evaluatie van deze experimenten op landelijke schaal. Deze evaluatie is naar verwachting aan het einde van het jaar 2014 gereed. Daarna wordt een besluit genomen over de toekomstige structuur van donorwerving en orgaanuitname. In dat licht bezien is het niet zinvol tussentijds op een eventuele andere wijze van bekostigen over te gaan. De zorgautoriteit heeft een kostenonderzoek uitgevoerd op basis van de afbakening in haar advies 'Afbakening zorg beschikbaarheidsbijdrage' van februari 2012. De experimenten die in 2012 tot en met 2014 lopen, waarbij de teams zijn uitgebreid, worden daarbij buiten beschouwing gelaten. Derhalve dient de zorgautoriteit met betrekking tot de zorgaanbieders die met het beschikbaar hebben van deze zorg worden belast en de daarbij betrokken formatie van die zorgaanbieders uit te gaan van de situatie in 2012.



Artikel 5 zorg verleend door het calamiteitenhospitaal

Het calamiteitenhospitaal betreft een voorziening voor een situatie van oorlog(dreiging), crises met grote aantallen slachtoffers, ongevallen in het buitenland met repatriëring, rampen en aanslagen die de reguliere opvangcapaciteit te boven gaan 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. Het calamiteitenhospitaal draagt zorg voor de opvang van groepen militaire en civiele slachtoffers van rampen en crises in binnen- en buitenland. Het calamiteitenhospitaal is een onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. De bij het calamiteitenhospitaal betrokken partijen zijn de minister van Defensie, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het UMC Utrecht. De verantwoordelijkheidsverdeling is opgenomen in een in november 2012 getekend convenant. Het convenant betreft de jaren 2013 en volgende en wordt in afschrift aan de zorgautoriteit toegezonden.

Artikel 6 traumazorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen

Dit artikel betreft de beschikbaarheid van traumazorg in instellingen voor medisch specialistische zorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen. Elf traumacentra dragen zorg voor de opvang en behandeling van multi-traumapatiënten, die 7 x 24 per dag beschikbaar zijn. Het gaat om het ontwikkelen van de kennisfunctie en de coördinatiefunctie ten behoeve van acute zorgverlening en zorgverlening bij rampen, alsmede het opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen. In 2012 is gestart met een nadere afbakening van noodzakelijke activiteiten en voorzieningen, op grond waarvan een nader kostenonderzoek wordt gestart. De afbakening en het daarbij behorende kostenonderzoek zullen te gelegener tijd uitmonden in een nieuwe aanwijzing aan de zorgautoriteit. De zorgautoriteit dient voor de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 2013 en de zorgaanbieders die in verband met deze zorg met een dienst van algemeen economisch belang worden belast, uit te gaan van de situatie in 2012.

Artikel 7 traumazorg door mobiel medische teams

Dit artikel gaat over de zorg verleend door mobiel medische teams, bestaande uit een medisch specialist (meestal anesthesioloog of chirurg/traumatoloog) en een gespecialiseerde verpleegkundige, die op de plek van een ongeval voorbehouden handelingen als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kunnen verrichten, waartoe ambulancepersoneel niet bevoegd is. Het gaat om:

- a. vier helikopters met 7 x 24 uur parate medisch specialistische teams die binnen twee minuten na aanname van de melding van de centrale ambulancepost moeten kunnen uitrukken naar de plek van het ongeval, en
- b. twee voertuigen met 7 x 24 uur beschikbare medisch specialistische teams.

Vanzelfsprekende voorwaarde voor verstrekking van een beschikbaarheidsbijdrage is dat de opbrengsten uit tarieven die door de zorgaanbieder in rekening zijn gebracht in verband met het verlenen van deze zorg niet toereikend zijn om de vorm van zorg beschikbaar te houden. De zorgautoriteit heeft voor de vier helikopters met 7 x 24 uur parate medisch specialistische teams een kostenonderzoek uitgevoerd op basis van de afbakening in haar advies 'Afbakening zorg beschikbaarheidsbijdrage' van maart 2012. De zorgautoriteit zal wat betreft de twee voertuigen met 7 x 24 uur beschikbare medisch specialistische teams nog een kostenonderzoek uitvoeren; voornamelijk zal de zorgautoriteit de thans gebruikelijke vergoeding als uitgangspunt hanteren.

Artikel 8 spoedeisende hulp

Dit artikel betreft zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat bij de spoedeisende hulp (SEH) om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars. Hierbij geldt in ieder geval dat een afdeling SEH binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en 7 x 24 uur over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige moet beschikken. Daarbij maakt dit artikel een onderscheid tussen aan de ene kant zorgaanbieders die de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH in 2012 ontvingen en aan de andere kant nieuwe gevallen.

Bij brief van 1 maart 2012 (Kamerstukken II 2011/12, 29 247, nr. 171) is de Tweede Kamer der Staten-Generaal bericht dat mede op basis van het onderzoek van de Gezondheidsraad naar de gewenste inhoud en omvang van spoedeisende hulp een kabinetstandpunt zou worden bepaald over de toekomst van de SEH.

Als gevolg van het demissionair worden van het kabinet was er onvoldoende politieke grondslag voor het nemen van dergelijke verstrekkingen en moest het kabinetstandpunt ter zake aan een volgende kabinet worden overgelaten. Door deze noodgedwongen pas op de plaats is er geen



grondslag voor het aanbrengen van wijzigingen voor die zorgaanbieders die de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH reeds in 2012 ontvingen. Dat geldt zowel voor de zorgaanbieders die nog voldoen aan de vereisten als opgenomen in het besluit als voor de zorgaanbieders die daaraan niet meer voldoen. Voor die eerstbedoelde zorgaanbieders kan de zorgautoriteit uitgaan van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 2012. Voor de andere zorgaanbieders die in 2012 een beschikbaarheidsbijdrage voor SEH ontvingen en niet (meer) voldoen aan de vereisten als opgenomen in het besluit wordt een oplossing gezocht.

Voor zorgaanbieders voor wie de zorgautoriteit eerst in 2013 een beschikbaarheidsbijdrage verstrekt, stelt de zorgautoriteit op basis van door haar vast te stellen beleidsregels de bijdrage vast. Voor deze zorgaanbieders verleent de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage voor SEH-zorg uitsluitend onder de voorwaarde dat daarmee wordt bereikt dat geen verslechtering in bereikbaarheid optreedt ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie. Met andere woorden: spoedeisende hulp op die locatie moet noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat de huidige bereikbaarheidssituatie niet verslechtert. Om de bereikbaarheid van ziekenhuizen met een spoedeisende hulp, die voldoet aan de thans geldende normen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, te beoordelen wordt uitgegaan van de zogenaamde 45-minutennorm. De norm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulp vervoerd moet kunnen worden. De spoedeisende hulp van een ziekenhuis kan noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid binnen de 45 minuten in die situaties dat de sluiting van de spoedeisende hulp van dit ziekenhuis tot gevolg heeft dat een aantal mensen niet meer binnen de norm naar een spoedeisende hulp vervoerd kan worden. Kortom, als ook maar één inwoner door de sluiting van de betreffende spoedeisende hulp niet meer binnen 45 minuten bij een spoedeisende hulp zou kunnen komen, en dat wordt niet op een andere manier opgelost, dan komt de SEH-aanbieder in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage. Er wordt dus geen bereikbaarheidsverlies geaccepteerd. Om deze status-quo te bewerkstelligen zijn zorgverzekeraars als eerste aan zet om te blijven voldoen aan hun zorgplicht. De zorgautoriteit kan zowel bij de bepaling van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage als bij de bepaling welke aanbieders eventueel in aanmerking komen, aansluiting zoeken bij de beleidsregels inzake functiegerichte budgettering zoals die tot en met 2011 van toepassing waren voor de zogenaamde kleinschaligheidstoeslag SEH.

Artikel 9 acute verloskunde

Dit artikel maakt een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk voor verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij gelden de voorwaarden dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart. Vanzelfsprekende voorwaarde voor verstrekking van een beschikbaarheidsbijdrage is verder dat de opbrengsten uit tarieven die in rekening gebracht zijn in verband met het verlenen van deze zorg niet toereikend zijn om de vorm van zorg onder de genoemde voorwaarden beschikbaar te hebben. Het hiervoor in de toelichting bij het onderdeel SEH (artikel 8) vermelde met betrekking tot de brief van 1 maart 2012 en met betrekking tot de gevoeligheid voor de bereikbaarheidsnorm geldt ook voor acute verloskunde.

Artikel 10 gespecialiseerde brandwondenzorg

Dit artikel betreft zorg in een daarvoor toegerust medisch centrum aan brandwondenpatiënten in de categorie II tot en met V en aan brandwondenpatiënten in de categorie I die vitaal bedreigd zijn. In haar advies 'Afbakening beschikbaarheidsbijdrage' van februari 2012 heeft de zorgautoriteit geadviseerd over de afbakening van de gespecialiseerde brandwondenzorg. Dit advies is overgenomen. Dat betekent dat voor de benodigde specifieke vaardigheden en personele inzet wordt aangesloten bij de Europese richtlijnen. In haar advies heeft de zorgautoriteit aangegeven dat Nederland strengere doorverwijscriteria hanteert dan de 'European Practice Guidelines for Burn Care'. Dat betekent dat Nederlandse brandwondenpatiënten sneller worden doorverwezen naar een brandwondencentrum. Ik hecht eraan dat deze strengere Nederlandse doorverwijscriteria worden gecontinueerd, mede gelet op de specifieke Nederlandse situatie waarbij de ruime aandacht voor preventie van brandwonden in Nederland heeft geleid tot een relatief lager aantal brandwondenpatiënten dan in andere Europese landen. Bij continuering van Nederlandse doorverwijscriteria blijft de huidige capaciteit van elf IC-bedden in de drie brandwondencentra in Nederland noodzakelijk. Daarnaast worden bij de huidige Nederlandse criteria voor het opnemen van patiënten maximaal 34 niet-IC bedden gelijktijdig in Nederland benut. De zorgautoriteit heeft een kostenonderzoek uitgevoerd op basis van de afbakening in haar bovenvermeld advies.

Artikel 11 zorg verleend tijdens transitie bekostigingssystemen

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid een beschikbaarheidsbijdrage te verstrekken bij de transitie van de ene vorm van bekostiging naar een andere vorm van bekostiging. Bij een dergelijke overgang



(transitie) kan de continuïteit van zorg verleend door een zorgaanbieder in gevaar komen door ongewisheid of de opbrengsten in het nieuwe bekostigingssysteem voldoende dekking bieden voor de exploitatie. In een dergelijk geval is het uit bestuurlijke zorgvuldigheid gewenst de desbetreffende zorgaanbieders door middel van een financiële bijdrage te steunen bij die overgang. Zo kunnen zij gedurende de transitieperiode tijdig maatregelen treffen en hun exploitatie aanpassen zonder dat de levering van zorg in gevaar wordt gebracht. Het moet daarbij wel gaan om een transitie die door de overheid is opgedragen in een aanwijzing aan de zorgautoriteit, na voorhang bij het parlement. Een voorbeeld van een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage is de bijdrage die kan worden verleend en vastgesteld in het kader van het transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 (Aanwijzing; Stcrt. 2011, nr. 13950).

Artikel 12 zorg verleend tijdens de overgangsregeling kapitaallasten

Het wijzigen van de bekostiging van zorgaanbieders is een omvangrijke en ingrijpende operatie. De vergoeding voor de kapitaallasten van bijvoorbeeld algemene, academische en categorale ziekenhuizen van op grond van toelatingen op basis van de Wet toelating zorginstellingen gefinancierde vaste activa (immateriële, materiële en financiële vaste activa) wordt in de eindsituatie niet langer gebaseerd op een risicoloos systeem van nacalculatie van de werkelijke lasten. De overheid heeft daarom voorzien in een uitgebreide overgangsregeling. Onderdeel hiervan is de garantieregeling kapitaallasten. In de periode die loopt van 2011 tot en met 2016 worden de kapitaallasten in het budget met aflopende percentages gegarandeerd. In die periode moeten ziekenhuizen in staat worden geacht de benodigde aanpassing door te kunnen voeren om voldoende voorbereid te zijn op het uiteindelijke bekostigingsregime. Om het instrument beschikbaarheidsbijdrage te kunnen gebruiken is op grond van artikel 59 WMG een expliciete aanwijzing als bedoeld in artikel 7 WMG noodzakelijk.

Op grond van de aanwijzing van 22 juni 2010 inzake de overgangsregeling kapitaallasten algemene en academische ziekenhuizen (Stb. 2010, 10255) heeft de zorgautoriteit de Beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016 (CU-2001) vastgesteld. Voor zelfstandige revalidatiecentra, radiotherapeutische centra en dialysecentra is de zorgautoriteit bij aanwijzing opgedragen ook een overgangsregeling met betrekking tot kapitaallasten vast te stellen (Aanwijzing kapitaallasten transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012; Stcrt.2012, nr. 1962).

De zorgautoriteit dient bij de opbouw, hoogte en wijze van berekening van de beschikbaarheidsbijdrage en bij de voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen uit te gaan van hetgeen ter zake in de genoemde aanwijzingen is aangegeven.

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