WIJ BEATRIX, BIJ DE GRATIE GODS,
KONINGIN DER NEDERLANDEN,
PRINSES VAN ORANJE-NASSAU,
ENZ. ENZ. ENZ.

W13.12.0155/III

Besluit van

houdende aanwijzing van de vormen van zorg die in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidbijdrage op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele wijzigingen in het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG (Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG)

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 mei 2012, kenmerk MC-U-3115170;

Gelet op artikelen 2 en 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg en artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van .....2012, nummer .....);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van... , kenmerk...;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel 1
In dit besluit wordt verstaan onder:

a. Onze Minister: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. wet: Wet marktordening gezondheidszorg;
c. zorgautoriteit: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
d. beschikbaarheidbijdrage: bijdrage, bedoeld in artikel 56a van de wet.

Artikel 2

De zorgautoriteit kan een zorgaanbieder een beschikbaarheidbijdrage toekennen voor het beschikbaar hebben van vormen van zorg omschreven in de bijlage behorend bij dit besluit.

Artikel 3

De zorgautoriteit kan de beschikbaarheidbijdrage toekennen in de vorm van:

a. compensatie voor diensten 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);
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;
c. de-minimissteun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 1998/2006 van de Commissie van 15 december 2006 betreffende de toepassing van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag op de-minimissteun (PbEU L 379);
d. individuele steun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 800/2008 van de Commissie van 6 augustus 2008 waarbij bepaalde categorieën steun op grond van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag met de gemeenschappelijke markt verenigbaar worden verklaard (PbEU L 214) niet zijnde ad-hoc steun, of
e. steun anders dan bedoeld in de onderdelen a tot en met d.

Artikel 4

1. De zorgautoriteit neemt een besluit tot toekenning van een beschikbaarheidbijdrage in de vorm van steun als bedoeld in artikel 3, onderdeel e, en voor vormen van zorg als omschreven in onderdeel A van de bijlage bij dit besluit, niet dan nadat Onze Minister daarvoor een verklaring van geen bezwaar heeft afgegeven.
2. Onze Minister kan een verklaring van geen bezwaar slechts onthouden op grond van strijd met het recht of het algemeen belang.

Artikel 5

1. Onze Minister kan een zorgaanbieder aanwijzen die, onder daartoe door Onze Minister te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, belast is met het beschikbaar hebben van een daarbij aangegeven vorm van zorg als omschreven in onderdeel A van de bijlage bij dit besluit.
2. De zorgautoriteit kan een zorgaanbieder aanwijzen die, onder daartoe door de zorgautoriteit te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, belast is met het beschikbaar hebben van een daarbij aangegeven vorm van zorg als omschreven in onderdeel B van de bijlage bij dit besluit.

Artikel 6

Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 2 wordt na de aanhef en voor onderdeel b een nieuw onderdeel ingevoegd, luidende:

a. de SBOH, voor zover het betreft de toepassing van artikel 56a van de wet ten behoeve van de opleiding tot huisartsen en van de opleiding tot specialisten ouderengeneeskunde;

B

In artikel 3 komt onderdeel b als volgt te luiden:

b. zorg waarvoor subsidie wordt verleend door:

1. Onze Minister op grond van een regeling als bedoeld in artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;
2. het College voor zorgverzekeringen op grond van een regeling als bedoeld in artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of artikel 68 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 7

1. De volgende subsidieregelingen worden ingetrokken:
   a. Subsidieregeling academische functie;
   b. Subsidieregeling ziekenhuisopleidingen;
   c. Subsidieregeling zorgopleidingen 1e tranche;
   d. Subsidieregeling zorgopleidingen 2e tranche.
2. De subsidieregelingen, genoemd in het eerste lid, blijven van toepassingen op de subsidies die voor de intrekking van die regelingen op basis van die regelingen zijn verleend.

Artikel 8

De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 9

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG.

.

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

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

W13.12.0155/III

Bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG

Onderdeel A

Vormen van zorg waarvoor op grond van artikel 4, eerste lid, van het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG een verklaring van geen bezwaar van Onze Minister is vereist, alvorens de Nederlandse Zorgautoriteit een beschikbaarheidbijdrage kan toekennen:

1. *Notificatieplichtige zorg*, zijnde zorg waarvoor het toepassen van horizontale steunmaatregelen door de Europese Commissie niet, op grond van haar bevoegdheid die voortvloeit uit de Verordening nr. 994/98 van de Raad betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) (oud artt. 87 en 88 van het EG-Verdrag), is vrijgesteld van voorafgaande melding door de lidstaat aan die commissie.

2. *Zorg te leveren door een vangnetaanbieder* in geval de zorgverzekeraar door overmacht niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen, zijnde een zorgaanbieder die door Onze Minister is opgericht of mede is opgericht ten behoeve van de continuïteit van de volgende vormen van zorg*:*

    a. *Ambulancezorg :* zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren, of hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar motorvoertuig. Hierbij geldt de voorwaarde dat ten minste 97 procent van de bevolking binnen 15 minuten responstijd bereikt moet kunnen worden en in tenminste 95 procentvan de spoedmeldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding door een centrale post ambulancevervoer ter plaatse moet zijn*;*

    b. *spoedeisende hulp:* 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 de voorwaarde 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 beschikt;

c. *acute verloskunde:* verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij geldt de voorwaarde dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en dat binnen 30 minuten[1] na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart;

d. *crisisopvang geestelijke gezondheidszorg:* zorg, bestaande uit de eerste diagnose, de verwijzing en de opvang van patiënten met een acute psychiatrische crisis. Hierbij geldt de voorwaarde dat regionaal is vastgelegd door welke zorgaanbieders de geestelijke gezondheidszorg in crisissituaties wordt geborgd;

e. zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

3. *Zorg, bedoeld in de aanhef en onder 1 en 2, waarvoor terstond een financiële oplossing moet worden geboden* in de vorm van een beschikbaarheidbijdrage ten behoeve van het beschikbaar hebben van die zorg in afwachting van de besluitvorming op grond van de volgende procedures:
    a. de notificatieprocedure, bedoeld in de aanhef en onder 1;
    b. de procedure, bedoeld in artikel 34 van de Comptabiliteitswet tot het oprichten van een vangnetaanbieder, bedoeld in de aanhef en onder 2;
    c. de procedure, bedoeld in artikel 56a van de wet tot opneming van een vorm van zorg in de bijlage bij onderhavig besluit;
    d. de aanwijzingsprocedure, bedoeld in artikel 59, aanhef en onder j, juncto artikel 7 van de wet.

Onderdeel B

Vormen van zorg waarvoor op grond van artikel 4, eerste lid, van het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG de Nederlandse Zorgautoriteit zonder verklaring van geen bezwaar van Onze Minister een beschikbaarheidbijdrage kan toekennen:

[1] Als de zwangere vrouw, in het geval van een levensbedreigende situatie thuis, vanuit huis naar het ziekenhuis moet worden vervoerd, is het niet gegarandeerd mogelijk om na het vaststellen van een potentieel levensbedreigende situatie binnen 30 minuten te starten met de behandeling in verband met reistijd naar het ziekenhuis

1. *Opleidingen.* Om zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) beschikbaar te hebben, zijn (medische) vervolgopleidingen noodzakelijk. Dit betreft vervolgopleidingen tot (medisch) specialist (per specialisme), tot huisarts of specialist ouderengeneeskunde, tot gespecialiseerd verpleegkundige en voor medisch ondersteunend personeel.
   a. Bij de vervolgopleidingen tot (medisch) specialist gaat het om:
      1. de 27 erkende medisch specialismen, te weten: anesthesiologie, cardiologie, cardio-thoracale chirurgie, dermatologie en venerologie, heelkunde, interne geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, klinische genetica, klinische geriatrie, longziekten en tuberculose, maag-darm-leverziekten, medische microbiologie, neurochirurgie, neurologie, nucleaire geneeskunde, obstetrie en gynaecologie, oogheelkunde, orthopedie, pathologie, plastische chirurgie, psychiatrie, radiologie, radiotherapie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde en urologie;
      2. technische zorg specialismen, te weten: klinische chemie, klinische fysica, ziekenhuisfarmacie;
      3. tandheelkundige specialismen, te weten: orthodontie, kaakchirurgie;
      4. arts verstandelijk gehandicapten, arts infectieziektenbestrijding, arts tbc-bestrijding, jeugdarts, medische milieukundige, SEH-arts, gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist GGZ.
   b. Bij de vervolgopleidingen tot huisarts of specialist ouderengeneeskunde gaat het om de opleiding tot huisarts en de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.
   c. Bij de vervolgopleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige en medisch ondersteunend personeel gaat het respectievelijk om de opleiding tot:
      1. IC-verpleegkundige, IC-neonatologieverpleegkundige, IC-kinderverpleegkundige, kinderverpleegkundige, dialyseverpleegkundige, oncologieverpleegkundige, SEH-verpleegkundige en obstetrie-verpleegkundige, ziekenhuis hygiënist, gipsverbandmeester en cardiac care verpleegkundige;
      2. operatie-assistent, anesthesiemedewerker, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant en klinisch perfusionist.

2. *Academische zorg*. Dit betreft het uitvoeren van topreferente zorg en innovatieve zorg, en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling. 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 hebben betrekking op het bedenken, uitproberen, systematisch 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. Ten behoeve van het uitvoeren van topreferente en innovatieve zorg en de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling is kan een compensatie nodig zijn voor kapitaallasten die samenhangen met de academische functie. Het gaat hierbij om kapitaallasten die niet uit reguliere tarieven kunnen worden gedekt.

3. *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 7 x 24 uur beschikbaar zijn en er voor zorgen dat solide organen worden uitgenomen;

4. *Zorg verleend door het calamiteitenhospitaal*. Dit 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 is een onderdeel van het UMC Utrecht. Het calamiteitenhospitaal komt deels ten laste van de begroting van het ministerie van Defensie. Het andere deel werd tot 2012 bekostigd als onderdeel van het functiegericht budget van het UMCU. Met ingang van 2012 is dat vervangen door een beschikbaarheidbijdrage. Er zijn afspraken met het UMCU over de directe inzetbaarheid van personeel ten behoeve van het calamiteitenhospitaal. Hiermee wordt rekening gehouden bij het inroosteren van het betreffende personeel;

5. *Traumazorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen.* 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;

6. *Traumazorg door mobiel medische teams.* Het gaat hierbij om de zorg door mobiel medisch 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 beroepsuitoefening 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 moeten kunnen uitrukken naar de plek van het ongeval en
    b. twee voertuigen met 7 x 24 uur beschikbare medisch specialistische teams;

7. *Spoedeisende hulp.* Het gaat hier om zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. De spoedeisende hulp (SEH) betreft het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars. Hierbij geldt de voorwaarde 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 beschikt;

8. *Acute verloskunde.* Verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij geldt de voorwaarde 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;

9. *Gespecialiseerde brandwondenzorg.* Dit betreft zorg in een daarvoor toegerust medisch centrum aan brandwondenpatiënten in de categorie II tot en met V en brandwondenpatiënten in de categorie I die vitaal bedreigd zijn (Advies Afbakening zorg beschikbaarheidbijdrage, Nederlandse Zorgautoriteit, februari 2012, pagina 24). De zorg wordt geleverd door multidisciplinaire

teams, waarbij in elk geval (brandwonden)chirurgen, anesthesiologen/ intensivisten, verpleegkundigen, revalidatiedeskundigen, psychosociale ondersteuning en diëtisten zijn betrokken. Ook zijn specifieke bouwkundige voorzieningen zoals een speciaal ingerichte operatiekamer, overdruk op verpleegafdelingen, isolatiekamers, warmtehemels en klimaatregeling tot 28°C vereist;

10. *Gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen.* Het gaat hierbij om derdelijns psychotraumazorg aan oorlogsslachtoffers, vluchtelingen en asielzoekers. Hierbij geldt de voorwaarde dat de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die eveneens de landelijke kennis-, onderzoeks- en opleidingsfunctie voor curatieve geestelijke gezondheidszorg aan getraumatiseerden als gevolg van (systematisch) geweld of misbruik met als bijzondere doelgroepen oorlogsslachtoffers, veteranen, vluchtelingen, asielzoekers en personeel van de politie uitvoert;

11. *Zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers.* Het betreft specifieke zorg voor Joodse oorlogsslachtoffers die samenhangt met het verwerken van de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog. Hierbij geldt de voorwaarde dat de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die specifiek is toegerust voor zorgverlening aan deze doelgroep;

12. *Zorg verleend tijdens transitie bekostigingssystemen*. Ten behoeve van het beschikbaar hebben van zorg bij zorgaanbieders bij de transitie van de ene vorm van bekostiging naar een andere vorm van bekostiging op grond van een aanwijzing, als bedoeld in artikel 59 jo. artikel 7 van de wet;

13. *Zorg verleend tijdens de overgangsregeling kapitaallasten.* Het wijzigen van de bekostiging van ziekenhuizen is een omvangrijke en ingrijpende operatie heeft ook effect op de vergoeding van kapitaallasten. De vergoeding voor de kapitaallasten van de op grond van vergunningen toegekend 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.

NOTA VAN TOELICHTING

W13.12.0155/III

Inhoudsopgave

Algemeen deel

1. Inleiding
2. Algemeen kader zorgstelsel
3. Wettelijk verankering
4. Europese aspecten
5. Verantwoordelijkheidsverdeling
6. Procesbeschrijving
7. Beoordelingskader
8. Wijze van toekennen
9. Bevoorschotting, vermogensvorming en voordeelverrekening
10. Administratieve lasten

Artikelsgewijze toelichting

Toelichting op de bijlage bij het besluit

ALGEMEEN DEEL

1. Inleiding

Met ingang van 2012 is met de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG (AIBWMG) in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) het instrument beschikbaarheidbijdrage geïntroduceerd (artikel 56a). Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of
b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstorend zou werken, en
c. die niet op andere wijze worden bekostigd.

Bij algemene maatregel van bestuur (amvb) wordt bepaald voor welke vormen van zorg en in welke gevallen een beschikbaarheidbijdrage kan worden toegekend. Ook wordt bij amvb bepaald in welke vorm de bijdrage wordt toegekend en welke voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden gesteld aan het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage. Het gaat niet alleen om de beschikbaarheid op korte termijn maar ook op langere termijn. Bij dat laatste kan worden gedacht aan opleidingen die ervoor moeten zorgen dat er voor de zorg ook in de toekomst voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is. Daarbij zij gezegd dat de noodzaak tot het aanwijzen van de vormen van zorg noch het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage een statische situatie is. Van tijd tot tijd wordt de noodzaak van beschikbaarheid opnieuw bezien, net als de onderliggende kostenberekening van een beschikbaarheidbijdrage. Hetzelfde geldt voor eventuele strijdigheid met Europese staatssteunregels.

Het Interimbesluit beschikbaarheidbijdrage WMG, dat alleen betrekking heeft op het jaar 2012, bepaalde voor welke vormen van zorg in 2012 een beschikbaarheidbijdrage kon worden toegekend, welke zorgaanbieders daarvoor in aanmerking kwamen en in welke vorm de bijdrage kon worden toegekend. In dat besluit werd zoveel mogelijk één op één de situatie van 2011 overgenomen in verband met het ontbreken van adequate afbakening of gegevens over kosten van de zorg. Er kan dan ook aan de toekenning van een beschikbaarheidbijdrage in 2012 geen recht worden ontleend op toekomstige toekenning van een beschikbaarheidbijdrage.

Ten opzichte van het Interimbesluit beschikbaarheidbijdrage WMG (hierna: Interimbesluit) zijn in onderhavig besluit ook de ontwikkelingen meegenomen met betrekking tot de invoering van prestatiebekostiging in de geestelijke gezondheidszorg, en de vormgeving van overheidssteun ten behoeve van continuïteit van specifiek aangewezen vormen van cruciale zorg indien een zorgverzekeraar bij faillissement van een zorgaanbieder niet langer in staat zou zijn aan zijn zorgplicht te voldoen (overmachtsituatie).

2. Algemeen kader zorgstelsel

In het zorgstelsel zijn het aanbod en de bekostiging van zorg in beginsel een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Verzekeraars hebben op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een zorgplicht jegens hun verzekerden. Dat houdt in dat de verzekeraars dienen te zorgen dat hun verzekerden de verzekerde zorg ook kunnen krijgen en dat zij daarvoor de nodige maatregelen treffen. De overheid blijft daarnaast wel eindverantwoordelijk voor een aantal vormen van zorg waarvan de kwaliteit, toegankelijkheid c.q. bereikbaarheid en betaalbaarheid mogelijk niet zonder meer voldoende zijn gewaarborgd. Om de beschikbaarheid van deze specifieke vormen van zorg te waarborgen, is overheidsbemoeienis nodig in de vorm van financiële voorwaarden vooraf of achteraf. Die overheidsbemoeienis laat de zorgplicht van de zorgverzekeraars jegens hun verzekerden onverlet.

De hoofdlijn is en blijft dat de zorgaanbieders in beginsel hun kosten financieren uit de opbrengst van tarieven voor geleverde prestaties die zij in rekening brengen aan de individuele verzekerde of diens verzekeraar.

De Raad van State merkte in zijn advies over het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG (AIBWMG)[2] op dat met het uit elkaar halen van aspecten van financiering van zorginstellingen en de totstandkoming van tarieven die specifiek gekoppeld zijn aan de kosten van bepaalde activiteiten of voorzieningen, moet worden voorzien in de financiering van zorg die anders niet gewaarborgd is. Althans voor zover de overheid beschikbaarheid van die zorg noodzakelijk vindt. De beschikbaarheidbijdrage vormt een gepast instrument om daar wat aan te doen. De Raad van State merkte in dat verband ook op dat de beschikbaarheidbijdrage mogelijk als steunmaatregel kan worden gezien en dient te worden aangemeld op grond van artikel 108 van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU) (voorheen artikel 88 EG). Die aanbeveling is gevolgd. In paragraaf 4 van deze nota van toelichting wordt op de Europese aspecten ingegaan.

3. Wettelijke verankering

Om de beschikbaarheidbijdrage mogelijk te maken is met de AIBWMG met ingang van 1 januari 2012 artikel 56a in de WMG opgenomen. De beschikbaarheidbijdrage is bedoeld voor vormen van zorg die de overheid beschikbaar wil hebben en waarvan kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar en in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden. Het kan ook gaan om vormen van zorg die bij een dergelijke toerekening of een dergelijke tarifering marktverstorend zouden werken. Zo kunnen via een beschikbaarheidbijdrage alsnog kosten worden vergoed die de zorgaanbieder noodzakelijkerwijs moet maken om kwalitatief goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren en die niet in de tarieven voor de

[2] 12 maart 2010, no.W13.100048/I

geleverde zorgprestaties zijn verwerkt. Dat is nodig op grond van het uitgangspunt - dat ook door het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) is bevestigd - dat een zorgaanbieder voor de door hem geleverde dienstverlening zodanige inkomsten kan en mag verwerven dat er in redelijkheid een normale exploitatie mogelijk is zodat de gewenste kwaliteit van de beoogde zorg niet in gevaar is[3].

De beschikbaarheidbijdrage ondersteunt het verzekeringssysteem waarbij de plicht om te zorgen dat de verzekerde de nodige zorg kan krijgen bij de verzekeraar ligt. Door het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage voor de vormen van zorg die de overheid beschikbaar wil hebben kan zorg beschikbaar blijven zodat verzekeraars aan hun zorgplicht kunnen blijven voldoen.

De potentiële vormen van zorg die voor een beschikbaarheidbijdrage in aanmerking kunnen komen, worden getoetst aan de hand van het beoordelingskader vermeld in paragraaf 7. Na een positief oordeel kunnen ze worden opgenomen in de bijlage bij onderhavig besluit.

Daarna wordt nog afgewogen of van de mogelijkheid een beschikbaarheidbijdrage toe te kennen voor een specifieke vorm van zorg gebruik wordt gemaakt. Indien tot de mogelijkheid een beschikbaarheidbijdrage voor de desbetreffende vorm van zorg wordt besloten, geeft de minister een aanwijzing aan de zorgautoriteit (art. 59, aanhef en onder e, juncto art. 7 WMG). De minister overweegt een aanwijzing indien wordt gevreesd dat zonder het instrument beschikbaarheidbijdrage de beschikbaarheid van een vorm van zorg mogelijk niet zonder meer voldoende is gewaarborgd. De zorgautoriteit stelt dan op geleide van de aanwijzing beleidsregels vast waarin staat hoe en onder welke omstandigheden zij de bevoegdheid tot het toekennen van de bijdrage voor die aangewezen zorgvorm uitvoert en hoe zij de hoogte en wijze van berekening van de bijdrage vaststelt (art. 57 WMG).

Het karakter van de beschikbaarheidbijdrage maakt dat de te geven compensatie voldoende moet zijn om te voorkomen dat een noodzakelijk geachte vorm van zorg (inclusief de omvang van wat beschikbaar moet zijn) niet tot stand komt of in stand blijft. Zoals hiervoor reeds is aangegeven moet de compensatie op grond van jurisprudentie van het CBb redelijkerwijs bijdragen tot het volledig dekken van de kosten voor het beschikbaar hebben van de desbetreffende vorm van zorg. Daarbij moet rekening worden gehouden met de opbrengsten uit het in rekening brengen van tarieven voor het leveren van die vorm van zorg.

De beschikbaarheidbijdrage is een “beperkte” subsidieregeling in die zin dat er geen wettelijk subsidieplafond geldt. Op welke wijze de hoogte

[3] CBb 30 december 2009, AWB 08/96

van die compensatie voor de desbetreffende vorm van zorg wordt berekend, wordt nader bepaald in de aanwijzing die door de minister aan de zorgautoriteit wordt gegeven. De aanwijzing kan gaan over de uitgangspunten, randvoorwaarden of parameters die gehanteerd moeten worden bij de berekening van de hoogte van een beschikbaarheidbijdrage. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om staffel- of degressieve bedragen, of bedragen voor vaste kosten en variabele kosten. Bij het geven van een aanwijzing weegt de minister ook het algemeen (financieel) belang mee.

Indien de overheid slechts een van tevoren beperkte bijdrage wil verlenen in de vorm van een subsidieplafond kunnen de subsidieregelingen op grond van de Kaderwet VWS-subsidie, de AWBZ of de Zvw worden gehanteerd. Subsidieregelingen op grond van de Kaderwet VWS, de AWBZ of de Zvw hebben een ander karakter dan de beschikbaarheidbijdrage en kennen wel de mogelijkheid om een subsidieplafond te stellen.

De beschikbaarheidbijdrage kan op grond van de WMG alleen worden toegekend door de zorgautoriteit. De beschikbaarheidbijdrage kan door een zorgaanbieder rechtstreeks in rekening worden gebracht bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De bijdrage in de kosten geschiedt daarmee zonder onnodige tussenkomst van verzekeraars. Daartoe zullen de benodigde middelen binnen het Zvf en het AFBZ afzonderlijk worden geregistreerd en zichtbaar gemaakt in de verantwoording van de uitgaven, conform het bepaalde in artikel 40 Zvw respectievelijk artikel 89 Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv).

De beschikbaarheidbijdrage is een subsidie in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb; art. 4:21 Awb). De zorgautoriteit hanteert bij de verlening en vaststelling van de beschikbaarheidbijdrage titel 4.2 van die wet. Die titel is in overeenstemming met de regels van de Europese Unie inzake het verlenen van staatssteun (zie artikelsgewijze toelichting artikel 3).

4. Europese aspecten

Ingevolge artikel 108, derde lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU) melden lidstaten in beginsel voorgenomen steunmaatregelen bij de Europese Commissie. Zij toetst vervolgens of de voorgenomen maatregel verenigbaar is met de interne markt en geeft indien dit het geval is een goedkeuringsbesluit. Staatssteun in de vorm van compensatie ten behoeve van het verrichten van diensten van algemeen economisch belang is verenigbaar met de interne markt en vrijgesteld van genoemde aanmeldingsverplichting indien deze valt onder

het toepassingsbereik van Besluit nr. 2012/21/EU van 20 december 2011 van de Commissie en aan de daarin gestelde voorwaarden wordt voldaan.[4]

De beschikbaarheidbijdrage valt onder het toepassingsbereik van genoemd besluit aangezien deze in de meeste gevallen wordt verleend in de vorm van een compensatie voor diensten van algemeen economisch belang door zorgaanbieders die medische zorg bieden of waarmee wordt voldaan aan sociale behoeften wat betreft gezondheidszorg en langdurige zorg (artikel 2, eerste lid, onderdelen b en c, van bovenbedoeld Besluit).

Aan de compensatie voor een dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in Besluit nr. 2012/21/EU worden de volgende eisen gesteld:

- de onderneming wordt met het beheer van de dienst van algemeen economisch belang belast door middel van één of meer voorafgaand te nemen besluiten, waarin de inhoud en duur van de openbare dienstverplichtingen, het compensatiemechanisme, alsmede de regelingen om overcompensatie te vermijden en terug te vorderen wordt beschreven (artikel 4);
- de compensatie mag niet hoger zijn dan netto-kosten van openbare dienstverplichtingen dus kosten verminderd met de behaalde inkomsten plus een redelijke winst, met andere woorden geen overcompensatie (artikel 5), en
- er moet controle zijn op het voorkomen van overcompensatie (artikel 6).

Bij de toepassing van het instrument beschikbaarheidbijdrage wordt rekening gehouden met het proces van het toekennen van (rechtmatige) staatssteun. In het kader van het Europese recht is het - naast andere voorwaarden - alleen mogelijk staatssteun in de vorm van compensatie voor een dienst van algemeen economisch belang (daeb), of voor een dienst van algemeen belang (dab) dan wel andere goedgekeurde staatssteun te verlenen wanneer er een controlemechanisme achteraf is (na afloop van bijvoorbeeld de periode) waarmee gecontroleerd wordt of er geen overcompensatie heeft plaatsgevonden. Dat betekent dus dat indien er bij aanvang van de periode een bijdrage wordt verleend, dat bedrag na het eind van de periode definitief wordt vastgesteld. Direct definitief vooraf vaststellen zonder controle achteraf is daarbij niet mogelijk. Door gebruik te maken van de mogelijkheid aan de toekenning van het bedrag voor de beschikbaarheidbijdrage voorwaarden, voorschriften en beperkingen te verbinden, kan met die procedure rekening worden gehouden. Zie ook paragraaf 8 van deze toelichting.

[4] Besluit van de Commissie van 20 december 2011 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)

Het is wel toegestaan bij de berekening van de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage uit te gaan van normatieve kosten en normatieve opbrengsten onder de voorwaarde dat de normatieve inkomsten en normatieve opbrengsten (revenu's) achteraf worden gecontroleerd om overcompensatie te voorkomen. Deze systematiek is in een informele consultatie van de Europese Commissie bevestigd.

Op grond van het zevende lid van artikel 56a WMG heeft de minister – naast de zorgautoriteit - expliciet de bevoegdheid zorgaanbieders aan te wijzen die worden belast met een daeb of dab. Tegenover die belasting staat dat de belaste zorgaanbieder bij de zorgautoriteit een beschikbaarheidbijdrage kan aanvragen als compensatie voor de instandhouding van de dienst.

Criteria voor betrokkenen om in aanmerking te kunnen komen voor een eventuele beschikbaarheidbijdrage zijn de volgende Altmark-criteria, waarvan in ieder geval de eerste drie criteria cumulatief zijn en zijn opgenomen in het voornoemd Besluit:

- de zorgaanbieder waaraan een beschikbaarheidbijdrage wordt toegekend is daadwerkelijk belast met de activiteit of voorziening als genoemd in de bijlage bij dit besluit en die activiteit of voorziening is duidelijk afgebakend[5];
- 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 te dekken, rekening houdend met de opbrengsten en met een redelijk rendement vanwege die activiteit of voorziening;
- wanneer de met de uitvoering van de activiteit of voorziening belaste zorgaanbieder in een concreet geval niet wordt gekozen in het kader van een openbare aanbesteding, wordt de noodzakelijke bijdrage vastgesteld op basis van de kosten die een gemiddelde, goed beheerde onderneming zou hebben gemaakt om deze activiteit of voorziening uit te voeren.

Wanneer de beschikbaarheidbijdrage aan de eerste drie criteria voldoet, wordt die bijdrage ingevolge Besluit nr. 2012/21/EU als verenigbaar met de interne markt beschouwd en is de toekenning vrijgesteld van de aanmeldingsverplichting, bedoeld in artikel 108, derde lid, van het VWEU. Als ook aan het vierde Altmark-criterium is voldaan, is er sowieso geen sprake van steun.

[5] Met de woorden "daadwerkelijk belast" wordt bedoeld dat er een expliciete opdracht is gegeven aan de zorgaanbieder zorg te dragen voor de activiteiten of voorzieningen. Het betekent niet dat de zorgaanbieder deze dan ook daadwerkelijk zelf moet uitvoeren.

Wanneer er sprake is van compensatie voor niet-economische diensten van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (PbEU 2008/C 115/01), zonder overcompensatie is er eveneens geen sprake van staatssteun.

In de Europese regelgeving is voor andere vormen van steunverlening bepaald dat deze niet behoeven te worden voorgelegd aan de Europese Commissie. De andere vormen, voor zover hier van belang, waarvoor geen toestemming van de Europese Commissie ingevolge Verordening (EG) nr. 659/1999 voorafgaand aan de daadwerkelijke vaststelling noodzakelijk is, zijn:

- compensatie voor niet-economische diensten van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (PbEU 2008/C 115/01);
- de-minimissteun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 1998/2006 van de Commissie van 15 december 2006 betreffende de toepassing van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag op de-minimissteun (PbEU L 379);
- individuele steun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 800/2008 van de Commissie van 6 augustus 2008 waarbij bepaalde categorieën steun op grond van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag met de gemeenschappelijke markt verenigbaar worden verklaard (PbEU L 214) niet zijnde ad-hoc steun.

De zorgautoriteit is in artikel 56a van de wet aangewezen als bevoegde autoriteit voor het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage. De zorgautoriteit kan in haar rol van marktmeester zorgaanbieders belasten met de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang dan wel een dienst van algemeen belang. De minister kan aan de bevoegdheidstoedeling aan de zorgautoriteit in beide gevallen voorwaarden, voorschriften en beperkingen verbinden.
De wijziging van de WMG die heeft geleid tot opneming van artikel 56a in de wet, dat de grondslag biedt voor de beschikbaarheidbijdrage, is in samenhang met de beleidsvoornemens uit de brief “Zorg die loont” (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6) informeel met de Europese Commissie besproken op 17 mei 2011. De Commissie heeft informeel ingestemd met het geschetste eindperspectief. De Europese Commissie geadviseerd om duidelijk de Europeesrechtelijke vorm waarin de beschikbaarheidbijdrage wordt toegekend te vermelden in de amvb dan wel in de op grond van artikel 59, onderdeel e, van de wet verplichte aanwijzing aan de zorgautoriteit.

5. Bevoegdheidsverdeling

Op grond van het eerste lid van artikel 56a WMG kunnen bij of krachtens amvb voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden verbonden aan

de aangewezen vormen van zorg. Op grond hiervan is een werkbare bevoegdheidsverdeling gemaakt tussen de minister en de zorgautoriteit.

Aan de tussenkomst (goedkeuring) van de minister zijn onderworpen die gevallen waarin zwaardere beleidsmatige en juridische afwegingen worden gemaakt. Deze gevallen, waaronder notificatieplichtige steun, zijn vermeld in onderdeel A van de bijlage bij deze amvb. Naast notificatieplichtige steun gaat het om bepaalde zorg te leveren door een vangnetaanbieder in geval de zorgverzekeraar wegens overmacht niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen. Een vangnetaanbieder is een zorgaanbieder die door de overheid is opgericht ten behoeve van de continuïteit van cruciale zorg en voor zorg waarvoor terstond een financiële oplossing moet worden geboden in de vorm van een beschikbaarheidbijdrage ten behoeve van het beschikbaar hebben van zorg in afwachting van de definitieve besluitvorming of een beschikbaarheidbijdrage kan worden toegekend. Daartoe is voor die gevallen bepaald dat alvorens de beschikbaarheidbijdrage door de zorgautoriteit feitelijk kan worden toegekend, toestemming noodzakelijk is van de minister.

Een voorbeeld waar de notificatieprocedure wordt gevolgd als bedoeld in artikel 108 WVEU is de zogeheten ‘ad-hoc steun’ bedoeld in Verordening (EG) nr. 800/2008. Dit is individuele steun die niet op grond van een steunregeling als bedoeld in deze verordening wordt toegekend. Ook kan gedacht worden aan de beschikbaarheidbijdrage in de vorm van staatssteun als compensatie voor daeb’s die niet vallen onder het toepassingsgebied van het Besluit nr. 2012/21/EU. Reden hiervoor is dat de criteria zijn bepaald in de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie, maar (nog) niet volledig zijn gecodificeerd. Deze jurisprudentie wordt nog altijd nader genuanceerd.

Wanneer de zorgautoriteit het voornemen heeft een beschikbaarheidbijdrage toe te kennen die als staatssteun moet worden aangemerkt waarvoor toestemming ingevolge Verordening (EG) nr. 659/1999 nodig is van de Europese Commissie alvorens deze mag worden toegekend, is de minister het aangewezen bestuursorgaan deze toestemming te vragen.

Een verklaring van geen bezwaar afgegeven door de minister aan de zorgautoriteit is ook vereist voor een beschikbaarheidbijdrage indien een nieuwe rechtspersoon moet worden opgericht ten behoeve van de continuïteit van bepaalde noodzakelijk geachte vormen van cruciale zorg, die voorheen geleverd werd door een gefailleerde zorgaanbieder. Tot de oprichting wordt echter uitsluitend besloten in geval zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht kunnen voldoen (overmachtssituatie). De betreffende zorgvormen zijn: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute

verloskunde, crisisopvang geestelijke gezondheidzorg en zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Met het volledig en zorgvuldig doorlopen van de procedures voor notificatie, het oprichten van een vangnetaanbieder met inachtneming van artikel 34 van de Comptabiliteitswet, het opnemen van een vorm van zorg in de bijlage bij dit besluit en het geven van een aanwijzing aan de zorgautoriteit met voorhang bij het parlement op grond van de WMG kan enige tijd gemoeid zijn. Dat kan gevaar opleveren voor de beoogde continuïteit van de noodzakelijk geachte vormen van zorg. In dat geval heeft de minister de mogelijkheid een voorlopige voorziening te treffen om de doorlooptijd van de procedures te overbruggen, op grond van de vermelding in onderdeel A van de bijlage behorend de artikelen 2 en 4 van het besluit.

Resumerend leidt de bevoegdheidsverdeling tussen minister en de zorgautoriteit tot het volgende:

- De zorgautoriteit kan een beschikbaarheidbijdrage toekennen voor de vormen van zorg bedoeld in Onderdeel B van de bijlage zonder verklaring van geen bezwaar van de minister, mits beschikbaarheidbijdrage valt onder artikel 3, aanhef en onder a tot en met d.
- De zorgautoriteit kan alleen een beschikbaarheidbijdrage toekennen voor de vormen van zorg bedoeld in Onderdeel B van de bijlage met een verklaring van geen bezwaar van de minister, indien de beschikbaarheidbijdrage valt onder artikel 3, aanhef en onder e.
- De zorgautoriteit kan alleen een beschikbaarheidbijdrage toekennen voor de vormen van zorg bedoeld in Onderdeel A van de bijlage met een verklaring van geen bezwaar van de minister, ongeacht of de beschikbaarheidbijdrage valt onder artikel 3, aanhef en onder a tot en met d of e.

6. Procesbeschrijving

Het proces vanaf de totstandkoming van de bevoegdheid tot het gebruik maken van het instrument beschikbaarheidbijdrage laat zich als volgt op WMG-hoofdlijnen omschrijven (de notificatieprocedure en de procedure ex 34 Comptabiliteitswet zijn buiten beschouwing gelaten):

- de minister wijst bij amvb de vormen van zorg aan die voor bijdrage in de kosten in aanmerking kunnen komen (zie beoordelingskader paragraaf 7);
- de minister informeert via de voorhangprocedure het parlement over de zakelijke inhoud van de voorgenomen aanwijzing aan de zorgautoriteit om beleidsregels vast te stellen voor de onderscheiden vormen van zorg die in de algemene maatregel van bestuur zijn opgesomd;

- de minister geeft na afronding van de voorhangprocedure een aanwijzing aan de zorgautoriteit;
- de zorgautoriteit stelt met inachtneming van de aanwijzing beleidsregels op voor vaststelling van de bijdrage;
- de zorgautoriteit handelt op aanvraag van de zorgaanbieder, zorgverzekeraar of ambtshalve;
- de zorgautoriteit neemt beschikkingen voor bijdragen aan individuele zorgaanbieders, met de beschikking krijgt de zorgaanbieder recht op de beschikbaarheidbijdrage;
- de zorgaanbieder verzoekt betaling van de beschikbaarheidbijdrage bij het CVZ;
- het CVZ betaalt het bedrag van de beschikbaarheidbijdrage uit aan de zorgaanbieder ten laste van het Zvf of AFBZ.

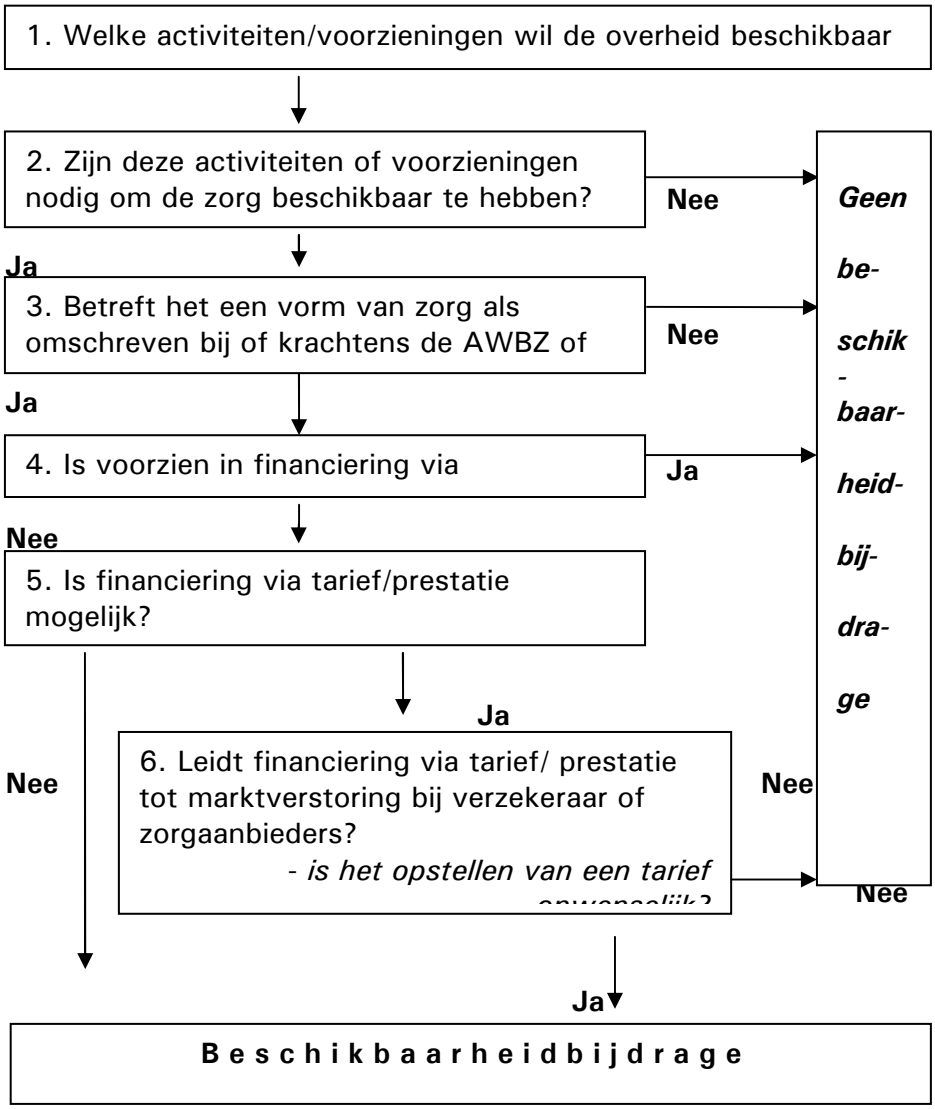
De bovenstaande procesinrichting is in overeenstemming met de standaardrolverdeling in de WMG. De minister bepaalt, in samenspraak met het parlement, het beleid en de zorgautoriteit is binnen de gestelde kaders verantwoordelijk voor de uitwerking van dat beleid en voor de concrete toepassing in individuele gevallen. De rechter toetst of het individuele besluit van de zorgautoriteit door de beugel kan.

Het opnemen van de omschrijving in de amvb van de vormen van zorg en van de vorm waarin de zorgautoriteit die bijdrage kan verstrekken, leidt niet direct tot de mogelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarvoor een beschikbaarheidbijdrage bij de zorgautoriteit aan te vragen of tot een ambtshalve toekenning door de zorgautoriteit. Die cruciale beslissing zit in de aanwijzing die de minister daartoe aan de zorgautoriteit geeft. De zakelijke inhoud van die aanwijzing wordt bij het parlement voorgehangen. Op dat moment is ook duidelijk hoe daarbij concreet invulling kan worden gegeven aan de toepassing van het instrument beschikbaarheidbijdrage, zoals onder andere de wijze van berekening van de hoogte van de bijdrage.

7. Beoordelingskader

In 2012 heeft de zorgautoriteit de afbakening onderzocht van drie vormen van zorg die in 2012 voor een beschikbaarheidbijdrage in aanmerking zijn gekomen in verband met de invoering van prestatiebekostiging van medisch specialistische zorg per 2012. Op grond van de bevindingen bij die afbakening heeft de zorgautoriteit een voorstel gedaan voor nadere invulling van de wettelijke criteria om te bezien welke vormen van zorg mogelijk in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidbijdrage. Mede op grond van dat voorstel wordt bij de beoordeling of er aanleiding kan zijn om af te wijken van de hoofdlijn dat de zorg uit de opbrengst van in rekening gebrachte tarieven voor prestaties wordt gefinancierd en er mogelijk een

beschikbaarheidbijdrage kan worden toegekend het volgende beoordelingskader gehanteerd.



Het resultaat van de toepassing van het beoordelingskader is per definitie een product van omschrijving van de vorm van zorg, de voor de beschikbaarheid daarvan benodigde activiteiten en voorzieningen, en de interpretatie en inschatting of er tarieven kunnen worden toegepast. Het resultaat van de toepassing wordt door de minister eerst neergelegd in de bijlage bij dit besluit. De minister geeft de zorgautoriteit, na de voorhangprocedure bij het parlement, een aanwijzing tot nadere concretisering.

Toelichting beoordelingskader

De nummers in deze toelichting verwijzen naar de nummers in het stroomschema.

Aan de onderdelen 1 tot en met 3 gaan politieke keuzes en wetgeving vooraf. De uitkomst van de toepassing van het beoordelingskader wordt neergelegd in de bijlage bij deze amvb.

De zorgautoriteit toetst een aanvraag voor een beschikbaarheidbijdrage eerst aan de onderhavige amvb en de gegeven aanwijzing(en). Daarna vervolgt de zorgautoriteit, op grond van eigen specifieke kennis en deskundigheid, met de onderdelen 4 tot en met 6. De aanwijzing die de minister aan de zorgautoriteit geeft, bevat de uitgangspunten, randvoorwaarden of parameters die gehanteerd worden om de kosten van een beschikbaarheidbijdrage voor de desbetreffende vorm van zorg vast te stellen. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om staffel- of degressieve bedragen, en bedragen voor vaste kosten en variabele kosten.

Ad 1. Welke activiteiten/ voorzieningen wil de minister beschikbaar hebben?
Het gaat hier om een feitelijke omschrijving. De omschrijving in de te geven aanwijzing is zo concreet mogelijk. Voor zover relevant en mogelijk wordt beschreven hoeveel beschikbaar moet zijn en op welke plek. Welke activiteiten of voorzieningen beschikbaar moeten zijn, waar en hoeveel, is een politieke keuze.

> *Voorbeeld:*
> Vier helikoptervoorzieningen en mobiele medisch teams (MMT's) ten behoeve van de levering van traumazorg. MMT's zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week beschikbaar en kunnen binnen twee minuten uitrukken.

Ad 2. Zijn deze activiteiten of voorzieningen nodig om zorg beschikbaar te hebben?
Hier wordt vastgesteld of de onder 1 beschreven activiteiten en voorzieningen nodig zijn om zorg te kunnen leveren. Op enigerlei wijze dient te worden getoetst of de activiteiten of voorzieningen nodig zijn. Zo nodig doet de zorgautoriteit onderzoek en brengt een signalement uit aan de minister. Het eindoordeel is aan de minister.

> *Voorbeeld:*
> Ja, inzet MMT (al dan niet via helikopter) is noodzakelijk ten behoeve van het verlenen van goede traumazorg.

Ad 3. Betreft het een vorm van zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ of Zvw?
Hier is de vraag aan de orde of de vorm van zorg die beschikbaar moet zijn (zoals bepaald onder 2), zorg is als omschreven bij of krachtens de AWBZ of Zvw. Deze eis hangt samen met artikel 56a van de WMG, waarin is bepaald dat het moet gaan om vormen van zorg als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, sub 1°. Er kan geen beschikbaarheidbijdrage worden gegeven voor vormen van zorg die niet behoren tot de verzekerde zorg als omschreven bij of krachtens AWBZ of Zvw).

> *Voorbeelden:*
> Traumazorg is geneeskundige zorg als omschreven in artikel 10, onder a van de Zvw. De beschikbaarheidbijdrage komt dan ten

laste van het Zorgverzekeringsfonds. De beschikbaarheidbijdrage voor een vangnetaanbieder voor AWBZ-zorg komt ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Ad 4. Is voorzien in financiering via tarief of prestatie?
De vraag is of er al tarieven of prestaties zijn. Het gaat om een feitelijke constatering. Gelet op haar deskundigheid en wettelijke taken is deze vraag eenvoudig door de zorgautoriteit te beantwoorden.

Voorbeeld:
Nee, er zijn thans geen door de zorgautoriteit vastgestelde tarieven voor inzet van MMT en traumahelikopter.

De conclusie kan ook zijn dat er gedeeltelijk is voorzien in financiering via tarief of prestatie. Er zijn dan wel tarieven, maar de opbrengst uit die tarieven biedt onvoldoende dekking voor de kosten om bedoelde vorm van zorg beschikbaar te hebben.

Voorbeeld:
Er bestaan tien tarieven voor gespecialiseerde brandwondenzorg. Echter, deze tarieven bieden onvoldoende soelaas om de gespecialiseerde brandwondenzorg beschikbaar te hebben.

Ad 5. Is financiering via tarief of prestatie mogelijk?
De vraag die hier aan de orde is, is of er tarieven te ontwikkelen zijn, die rechtmatig ten laste van de verzekeringsfondsen kunnen worden gebracht. De Zvw en de AWBZ zijn individuele verzekeringen. Prestaties die door zorgaanbieders worden geleverd en in rekening gebracht aan verzekerden moeten te herleiden zijn naar individuele verzekerden, willen deze verzekerden die tarieven via verzekeraars ten laste van de verzekering kunnen brengen. Om die tarieven of prestaties te kunnen vaststellen, moet de zorg in elk geval herleidbaar zijn naar individuele patiënten.

Voorbeeld:
Indien het calamiteitenhospitaal niet wordt ingezet ten behoeve van levering van zorg (in geval van een ramp die de reguliere opvangcapaciteit te boven gaat), is het niet mogelijk de kosten via tarieven toe te rekenen aan individuele patiënten/verzekerden.

Niet alle kosten van zorg die niet goed in de reguliere systematiek van prestatiebeschrijvingen en tarieven kunnen worden opgenomen, omdat ze tot een te grote kostenspreiding per dbc zouden leiden, leiden tot een beschikbaarheidbijdrage. Deze kosten kunnen namelijk ook worden gedeclareerd als zogenaamde add-on's (toegevoegde prestaties) of als toeslag op de tarieven. Tarieven voor add-on's worden gedeclareerd samen met de tarieven voor de reguliere prestaties waarbij die add-on's zijn geleverd (vandaar de aanduiding: add-on, toegevoegde prestatie). Dat geldt ook voor de toeslag. Omdat in die gevallen een (toegevoegde) prestatie kan worden toegerekend en in rekening worden gebracht bij

een individuele verzekerde of diens verzekeraar is geen beschikbaarheidbijdrage nodig.

Ad 6. Leidt financiering via tarief of prestatie tot marktverstoring bij verzekeraars of zorgaanbieders?

De vraag die hier beantwoord wordt, is of het gewenst is om een tarief of prestatie op te stellen. Het is niet gewenst dat te doen indien daardoor marktverstoring optreedt bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars.

Marktverstoring bij zorgverzekeraars kan bijvoorbeeld optreden bij noodzakelijke zorg met hoge kosten die vergezeld gaat van een zeer laag volume. Het volume kan zo laag zijn dat slechts een of een beperkt aantal verzekeraars met het verzekeringsrisico wordt geconfronteerd. Toerekening van de kosten naar een tarief zou dan betekenen dat de kosten onevenredig bij de verzekeraars neerslaan.

Voorbeeld:

Stel: Een helikopter vliegt één keer uit in het hele jaar. Stel dat de kosten van die helikoptervoorziening € 1 miljoen bedragen. Deze kosten zouden technisch kunnen worden vertaald in een tarief. De verzekeraar, die toevallig die ene patiënt heeft verzekerd, betaalt dan dat hoge tarief van € 1 miljoen. De andere verzekeraars betalen niets.

Overigens doet de vraag naar marktverstoring bij verzekeraars zich thans niet voor in de AWBZ. Verzekeraars krijgen in de AWBZ immers hun volledige schadelast vergoed en lopen dus geen risico.
Omstandigheden die kunnen leiden tot marktverstoring bij zorgaanbieders kunnen zijn: hoge vaste kosten gecombineerd met een sterk wisselend zorgvolume over de aanbieders en/of een wisselend volume tussen jaren. Een zorgaanbieder is dan niet in staat een met andere zorgaanbieders vergelijkbaar tariefaanbod te doen aan de verzekeraar.

8. Wijze van toekennen

Het proces van toekennen van een beschikbaarheidbijdrage geschiedt volgens het bepaalde in titel 4.2 van de Awb over subsidies. Die wet spreekt niet over toekennen maar over verlenen (=voorlopig) en vaststellen (=definitief) van een subsidie. De zorgautoriteit zal eerst een verleningsbeschikking en vervolgens een vaststellingsbeschikking nemen. Er vindt vanwege de Europese regels voor staatssteun immers controle achteraf plaats of er geen sprake is van overcompensatie.
De verleningsbeschikking van de zorgautoriteit vermeldt de activiteiten waarvoor de beschikbaarheidbijdrage wordt verleend en vermeldt ook de berekeningswijze van het definitieve bedrag. De verleningbeschikking vermeldt ook het bedrag waarop de bijdrage ten hoogste kan worden vastgesteld. De zorgautoriteit kan na de verlening van de beschikbaarheidbijdrage, door het College voor zorgverzekeringen (CVZ)

uit te betalen voorschotten verlenen (zie ook volgende paragraaf). De voorschotten worden verrekend met de uiteindelijk vast te stellen beschikbaarheidbijdrage. De zorgautoriteit gaat, indien nodig, over tot terugvordering van het bedrag aan onverschuldigd betaalde voorschotten (dat is het bedrag aan voorschotten dat de vastgestelde beschikbaarheidbijdrage overtreft). De zorgautoriteit stelt het bedrag van de beschikbaarheidbijdrage in beginsel overeenkomstig de verlening vast. Vaststelling overeenkomstig de verlening betekent de verlening zoals die luidt na eventuele wijzigingen, zoals hierna wordt beschreven. Inherent aan de verlening en vaststelling van een beschikbaarheidbijdrage is dat het verlenend en vaststellend bestuursorgaan erop toeziet dat ook daadwerkelijk de activiteiten, voorzieningen of vormen van zorg waarvoor de beschikbaarheidbijdrage wordt ontvangen zijn geleverd. Dat is ook in lijn met het voorkomen van overcompensatie.

De zorgautoriteit kan het bedrag van de beschikbaarheidbijdrage lager vaststellen dan de verlening indien de activiteiten waarvoor de bijdrage is verleend niet of niet geheel hebben plaatsgevonden, de zorgaanbieder niet heeft voldaan aan de voorwaarden, voorschriften of beperkingen die aan de bijdrage zijn verbonden, of indien de bijdrageverlening kennelijk onjuist was. De zorgautoriteit kan de verlening ten voordele van de zorgaanbieder wijzigen om het bedrag waarop de bijdrage ten hoogste kan worden vastgesteld, te verhogen. De zorgautoriteit kan de verlening ten nadele van de zorgaanbieder wijzigen indien zij de bijdrage lager kan vaststellen dan overeenkomstig de verlening. Het CVZ kan de betaling van de vastgestelde beschikbaarheidbijdrage opschorten, indien de zorgautoriteit aan de desbetreffende zorgaanbieder heeft gemeld, dat zij van plan is de verlening ten nadele van de zorgaanbieder te wijzigen. Het CVZ betaalt de uiteindelijke door de zorgautoriteit vastgestelde beschikbaarheidbijdrage aan de zorgaanbieder.

9. Bevoorschotting, vermogensvorming en voordeelverrekening

Zoals gezegd is op de beschikbaarheidbijdrage titel 4.2 van de Awb van toepassing. Op grond daarvan is het mogelijk voorschotten te verlenen in verband met een nog te ontvangen beschikbaarheidbijdrage. De zorgaanbieder die een voorschot ontvangt hoeft niet voor dat bedrag te lenen op de kapitaalmarkt en heeft dus een voordeel ten opzichte van zorgaanbieders die wel moeten lenen om de exploitatie rond te krijgen. Op zich is bij de uitvoering van de subsidieregeling het berekenen van rente als zodanig over genoten voorschotten niet toegestaan. Met titel 4.4 Awb heeft de wetgever beoogd een gesloten stelsel voor de verplichting tot betaling van wettelijke rente en de betaling van voorschotten te introduceren. Artikel 4:41 Awb geeft een gesloten stelsel van vermogensvorming.

Het is wenselijk de aanvragen om een voorschot op een eventuele toe te kennen beschikbaarheidbijdrage binnen de perken houden. Het idee om over de voorschotten een “remrente” in rekening te brengen is niet mogelijk, omdat artikel 4:41 Awb limitatief opsomt wanneer een vergoeding voor vermogensvorming aan de orde kan zijn. Het gaat in dat artikel om de situatie dat het subsidiegeld extra voordeel oplevert, bijvoorbeeld door verkoop van met subsidiegeld aangeschafte goederen.

Wel kan bij de verleningbeschikking onmiddellijk duidelijk worden gemaakt dat bij het (uiteindelijk) vaststellen van de subsidie rekening wordt gehouden met het voordeel dat de subsidieontvanger geniet, zoals “het maken van minder kosten op de kapitaalmarkt”. Het subsidiebedrag mag immers niet meer bedragen dan strikt noodzakelijk, met een redelijke marge. Bovendien mag door de verlening van steun de verkrijgende aanbieder niet in een gunstiger positie worden gebracht dan vergelijkbare aanbieders. Daarom is het geoorloofd in het subsidiebedrag het genoten voordeel te verrekenen dat is ontstaan door het verleende voorschot. Dat dat voordeel normatief wordt vastgesteld aan de hand van een rentepercentage is ook geoorloofd. Het is evident dat dit geen renteheffing over het subsidiebedrag betreft. Indien door de zorgautoriteit voor deze constructie wordt gekozen, wordt in de verleningbeschikking aangegeven wat het maximale subsidiebedrag is (zie art. 4:31, tweede lid, Awb).

10. Administratieve lasten

Het gebruik van het instrument beschikbaarheidbijdrage en het speciale subsidiekarakter daarvan brengen geen verandering in de eisen die daaraan in het kader van de EU-staatssteun regels worden gesteld in verhouding met de eerdere wijze van bekostiging van de activiteiten en voorzieningen ten behoeve van het beschikbaar hebben van de desbetreffende vormen van zorg. Het effect van de overgang naar de bekostiging op basis van de beschikbaarheidbijdrage op administratieve lasten is verwaarloosbaar.
Overigens is als alternatief voor de vaststelling door de zorgautoriteit van de beschikbaarheidbijdrage overwogen om een subsidieregeling te introduceren, waarbij de minister de subsidie vaststelt. Dan zouden de zorgautoriteit en de minister samen over een deel van de bekostiging van zorgaanbieders besluiten. Mede vanwege de administratieve en bestuurlijke lasten die dat met zich zou brengen bij de afstemming en gegevensuitwisseling tussen de verschillende bevoegde bestuursorganen over de bekostiging, bezwaar en beroep, is dat alternatief verlaten.

W13.12.0155/III

Artikelsgewijs

Vormen van zorg (artikel 2)

Vanwege de overzichtelijkheid is ervoor gekozen de vormen van zorg die voor een beschikbaarheidbijdrage in aanmerking kunnen komen op te nemen in de bijlage bij dit besluit. In die bijlage worden ook de daarbij relevante voorwaarden, voorschriften en beperkingen als bedoeld in de eerste volzin van het eerste lid van artikel 56a WMG vermeld. De zorgautoriteit is als enige bevoegd de beschikbaarheidbijdrage toe te kennen. De bijdrage komt ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Ten laste van het Zvf mogen alleen kosten worden gebracht ten behoeve van de beschikbaarheid van zorg als omschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw; art. 39 Zvw). Er mogen alleen kosten ten laste van het AFBZ worden gebracht ten behoeve van de beschikbaarheid van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (art. 90 Wet financiering sociale verzekeringen). Daarom beperkt de WMG het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage tot die vormen van zorg (art. 56a, eerste lid, WMG jo, art. 1, onderdeel b, sub 1°, WMG).

Vormen van beschikbaarheidbijdrage (artikel 3)

In artikel 3 staan de vormen opgesomd waarin de beschikbaarheidbijdrage kan worden verleend op de wijze waarop deze vormen binnen de Europese Unie zijn onderscheiden. De zorgautoriteit controleert bij het toekennen van een beschikbaarheidbijdrage aan een zorgaanbieder of er geen overcompensatie plaatsvindt. Als er sprake zou zijn van overcompensatie wordt dit teruggevorderd. Het is wel toegestaan bij de berekening van de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage uit te gaan van normatieve kosten en normatieve opbrengsten onder de voorwaarde dat de normatieve inkomsten en normatieve opbrengsten (revenu's) achteraf worden gecontroleerd om overcompensatie te voorkomen. Deze systematiek is in een informele consultatie van de Europese Commissie bevestigd.

De Europese Commissie heeft bepaalde soorten steunmaatregelen vrijgesteld van voorafgaande melding. De bevoegdheid daartoe vloeit voort uit de Verordening nr. 994/98 van de Raad betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 VWEU (oud artt. 87 en 88 van het EG-Verdrag) op bepaalde soorten horizontale steunmaatregelen. Deze zogenaamde groepsvrijstellingen zijn uitgewerkt in de verordeningen voor de-minimissteun nr. 1998/2006 (PbEU L 379) en een algemene groepsvrijstellingsverordening nr. 800/2008 (PbEU L 214). Voor de

uitvoering van de vrijgestelde steunmaatregelen hoeft de Commissie geen goedkeuring te verlenen. Die vormen van de beschikbaarheidbijdrage zijn opgenomen in artikel 3, aanhef en onder a tot en met d, van onderhavig besluit.

Met de vorm van de beschikbaarheidbijdrage opgenomen in artikel 3, aanhef en onder e, wordt onder andere gedoeld op individuele ad-hoc-steun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 800/2008 (PbEU L 214), die voldoet aan de criteria voor een beschikbaarheidbijdrage en waarop mogelijk wel notificatieplicht rust.

Algemene en ad-hoc beschikbaarheidbijdrage (artikel 4)

De zorgautoriteit is bevoegd de vormen van beschikbaarheidbijdragen als bedoeld in artikel 3, aanhef en onder a tot en met d, zonder tussenkomst van de minister toe te passen. Voor de toepassing van de vorm van een beschikbaarheidbijdrage als bedoeld in artikel 3, aanhef en onder e, is wel een tussenkomst van de minister vereist. Het eerste en tweede lid van artikel 4 geven die verantwoordelijkheidsverdeling tussen de zorgautoriteit en de minister weer. In die leden van artikel 4 wordt verwezen naar de onderscheiden onderdelen A en B van de bijlage bij het besluit. Onderdeel A bevat de vormen van zorg waarbij een verklaring van geen bezwaar van de minister is vereist, alvorens de zorgautoriteit een beschikbaarheidbijdrage kan verlenen. Onderdeel B bevat de vormen van zorg waarvoor een dergelijke verklaring niet nodig is. Op dit laatste onderdeel wordt hier niet verder ingegaan.

Onderdeel A van de bijlage bevat onder andere notificatieplichtige staatssteun, steun voor de oprichting van een vangnetaanbieder en overbruggingssteun. De zorgautoriteit kan een besluit tot toekenning van beschikbaarheidbijdrage voor die vormen van staatssteun pas nemen indien de minister daarvoor een verklaring van geen bezwaar aan de zorgautoriteit heeft verstrekt.

De zorgautoriteit kan een procedure voor een beschikbaarheidbijdrage starten op aanvraag van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar of ambtshalve indien een beleidsregel van de zorgautoriteit dat vordert (art. 56a, tweede lid, WMG). Indien de zorgautoriteit voor de desbetreffende vorm van zorg een beschikbaarheidbijdrage aangewezen acht en deze niet past in een van de vormen als bedoeld in onderdeel B van de bijlage bij het besluit, meldt de zorgautoriteit dat bij de minister. Deze beoordeelt of het verlenen van een beschikbaarheidbijdrage in strijd is met het recht of het algemeen belang. Als de minister oordeelt dat er van zodanige strijd sprake is, informeert hij de zorgautoriteit en onthoudt de minister de zorgautoriteit de verklaring van geen bezwaar. De zorgautoriteit mag zonder die verklaring geen beschikbaarheidbijdrage verlenen.

Indien de minister oordeelt dat geen sprake is van zodanige strijd beziet hij of er sprake is van notificatieplichtige staatssteun. Als er geen notificatieverplichting van toepassing is, wordt dat aan de zorgautoriteit gemeld en verleent de minister de zorgautoriteit de verklaring van geen bezwaar. De zorgautoriteit bepaalt vervolgens op grond van haar beleidsregels de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage. De beschikbaarheidbijdrage wordt dan verleend als ad-hoc steun als bedoeld in Verordening (EG) nr. 800/2008 van de Commissie van 6 augustus 2008 waarbij bepaalde categorieën steun op grond van de artikelen 87 en 88 van het Verdrag met de gemeenschappelijke markt verenigbaar worden verklaard (PbEU L 214).

Indien de minister oordeelt dat er een notificatieplicht is, wordt dat aan de zorgautoriteit gemeld en start hij de notificatieprocedure. Indien de Europese Commissie oordeelt dat de staatssteun binnen de Europese regels past, stuurt de commissie bericht aan de minister, die op zijn beurt de zorgautoriteit het oordeel van de Europese Commissie laat weten en de verklaring van geen bezwaar verleent. De zorgautoriteit bepaalt vervolgens op grond van haar beleidsregels de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage. De beschikbaarheidbijdrage wordt verleend als ad-hoc steun als bedoeld in voornoemde Verordening (EG) nr. 800/2008 (PbEU L 214).

Als de Europese Commissie oordeelt dat het verlenen van een beschikbaarheidbijdrage in strijd is met de Europese regels, stuurt de commissie bericht aan de minister, die op zijn beurt de zorgautoriteit het oordeel van de Europese Commissie laat weten en de zorgautoriteit de verklaring van geen bezwaar onthoudt. De zorgautoriteit heeft dan geen grond om een beschikbaarheidbijdrage te verlenen.

Het bepaalde in het eerste en tweede lid van artikel 4 betreft de vereiste toestemming van een ander bestuursorgaan voor het nemen van een besluit van een bestuursorgaan, in de zin van artikel 10:32, eerste lid, van de Awb (zie ook Aanwijzingen voor de regelgeving; Ar 126). Het betreft hier geen aanwijzing in een individueel geval in de zin van Ar 124g. De zorgautoriteit heeft altijd toestemming nodig indien ze een beschikbaarheidbijdrage in de vorm van notificatieplichtige staatssteun wil nemen. De minister kan de zorgautoriteit niet verplichten om een beschikbaarheidbijdrage in de vorm van meldingplichtige staatssteun toe te kennen. Ook nadat de minister de zorgautoriteit de verklaring van geen bezwaar heeft toegekend, blijft laatste verantwoordelijk voor het besluit of de beschikbaarheidbijdrage in concreto wordt toegekend en voor de bepaling van de hoogte van beschikbaarheidbijdrage. Het toestemmingsvereiste kan ingevolge artikel 10:32, eerste lid, Awb in verbinding met artikel 10:26 Awb in dit besluit worden opgenomen. Het moet gaan om bij of krachtens de wet geregelde gevallen. Op basis van artikel 56a, zesde lid, van de WMG, kan onder bij amvb te stellen

voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden bepaald in welke vorm de zorgautoriteit de beschikbaarheidbijdrage kan toekennen. Het tweede lid geeft aan dat de minister de verklaring van geen bezwaar slechts kan onthouden op grond van strijd met het recht of het algemeen belang. Dat sluit aan bij artikel 10:27 Awb en geeft de minister een discretionaire bevoegdheid.

Strijd met het recht is onder andere strijd met de wettelijke doelstellingen van de WMG, evenals bijvoorbeeld de bij of krachtens deze wet gestelde regels ten behoeve van concurrentie, adequate bedrijfsvoering, het voorkomen van fraude en transparantie. De afwijzingsgrond van strijd met het algemeen belang sluit aan bij de gronden voor vernietiging van besluiten van de zorgautoriteit door de minister. Deze bevoegdheid is bij amendement Leijten en Van der Veen bij gelegenheid van de aanpassing van de VWS-wetgeving aan de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen in de WMG geïntroduceerd[6]. Daarbij hebben de indieners van het amendement aangegeven dat zij bij algemeen belang onder meer denken aan de door het toenmalige artikel 9 WMG bestreken situaties en hebben zij aldus de lijn voortgezet die uitgebreid uiteen is gezet in de memorie van toelichting bij de Wet herstel goedkeuringsgronden WTG en de memorie van de WMG. Dit houdt in dat onder strijd met het algemeen belang mede wordt verstaan het ontbreken van financiële middelen. Met artikel 4, eerste en tweede lid, kan de minister voorstellen voor een beschikbaarheidbijdrage afwijzen die daarop een inbreuk maken. Onder strijd met het algemeen belang valt ook het ontbreken van een voldoende afbakening met andere zorg of het ontbreken van voldoende kosteninzicht in de activiteiten of voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van de desbetreffende vorm van zorg.

De motivering van het beleggen van het toestemmingsvereiste bij de minister is dat het bij toekenning van een beschikbaarheidbijdrage in de vorm van notificatieplichtige staatssteun, steun voor een vangnetaanbieder of overbruggingssteun, en de enkele wettelijke mogelijkheid de toestemming te onthouden in verband met strijd met het recht of het algemeen belang, om zware beleidsmatige/politieke afwegingen gaat.

De zorgautoriteit mag ingevolge artikel 108, derde lid, van het VWEU, een beschikbaarheidbijdrage in de vorm van notificatieplichtige staatssteun pas toekennen nadat Europese Commissie heeft besloten dat de maatregel verenigbaar is met de gemeenschappelijke markt. Dat hoeft niet als expliciet criterium in onderhavig besluit te worden opgenomen omdat artikel 108, derde lid, VWEU directe werking heeft.

Aanwijzen zorgaanbieders (artikel 5)

[6] Kamerstukken II 2010/11, 31 950, nr. 18

Op grond van het eerste lid van artikel 56a WMG kunnen bij of krachtens amvb voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden verbonden aan de aanwijzing van vormen van zorg. Op grond hiervan is een werkbare bevoegdheidsverdeling gemaakt tussen de minister en de zorgautoriteit. Aan de minister zijn voorbehouden die gevallen waarin zwaardere beleidsmatige en juridische afwegingen moeten worden gemaakt. Deze gevallen zijn vermeld in onderdeel A van de bijlage bij deze amvb. Het gaat om notificatieplichtige zorg, cruciale zorg die voorheen geleverd werd door een gefailleerde zorgaanbieder (continuïteit van zorg) en voor het overbruggen van het doorlopen van procedures alvorens een beschikbaarheidbijdrage kan worden toegekend. Daartoe is voor al die gevallen bepaald dat alvorens de beschikbaarheidbijdrage door de zorgautoriteit feitelijk kan worden toegekend, toestemming van de minister vereist is (zie toelichting artikel 4). De zorgautoriteit kan de beschikbaarheidbijdrage toekennen voor de in onderdeel B van de bijlage bij dit besluit omschreven vormen van zorg zonder dat daarvoor een verklaring van geen bezwaar van de minister nodig is. Op de bevoegdheidsverdeling wordt ingegaan in paragraaf 5 van het algemeen deel van de nota van toelichting. De bevoegdheidsverdeling is uitgewerkt in de bijlage bij dit besluit. Deze bevoegdheidsverdeling zet zich voort in artikel 5 van het besluit. In artikel 5, eerste lid, is opgenomen dat de minister een zorgaanbieder kan belasten met het beschikbaar hebben van vormen van zorg, omschreven in onderdeel A van de bijlage bij dit besluit. In het tweede lid is bepaald dat de zorgautoriteit zorgaanbieders kan belasten met het beschikbaar hebben van vormen van zorg, omschreven in onderdeel B van de bijlage.

Aanpassing werkingssfeer WMG (artikel 6)

Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG wordt zodanig gewijzigd dat als zorg in de zin van de wet worden beschouwd de werkzaamheden van de SBOH, te Utrecht, ten behoeve van de opleiding tot huisartsen en van de opleiding tot specialisten ouderengeneeskunde voor zover het de toepassing van artikel 56a van de wet betreft. De desbetreffende opleidingen zijn in de bijlage bij dit besluit opgenomen. De stichting treedt op voor de opleidende zorgaanbieders en kan na inwerkingtreding van deze wijziging worden aangewezen als zorgaanbieder voor die zorg en een beschikbaarheidbijdrage ontvangen.

Voorts wordt het besluit gewijzigd in verband met de uitsluiting van bemoeienis van de zorgautoriteit met de bekostiging van zorg die wordt gefinancierd op basis van de Kaderwet VWS-subsidies.

Vervallen subsidieregelingen (artikel 7)

Een aantal subsidieregelingen op grond van artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies, voor academische zorg en opleidingen, wordt

ingetrokken, omdat daarvoor nu een beschikbaarheidbijdrage mogelijk is. Deze subsidieregelingen blijven van kracht voor de subsidies die tot de intrekking van de regelingen op basis van die regelingen zijn verleend

Inwerkingtreding (artikel 8)

Nadat de vormen van zorg bij onderhavige amvb zijn aangewezen moet nog een aanwijzing worden gegeven aan de zorgautoriteit, tot het vaststellen van beleidsregels en regels (art. 59, aanhef en onder e, WMG jo art. 7 WMG). In die aanwijzing wordt aangegeven met ingang van welk tijdstip de beleidsregels en regels in werking moeten treden. Vanaf dat tijdstip kan door een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar bij de zorgautoriteit een aanvraag voor een beschikbaarheidbijdrage worden ingediend of kan de zorgautoriteit ambtshalve de beschikbaarheidbijdrage toekennen indien de beleidsregel dat vordert (artikel 56a, tweede lid, WMG). Omdat de feitelijke inwerkingtreding voor de onderscheiden vormen van zorg wordt bepaald bij de aanwijzing aan de zorgautoriteit, hoeft het onderhavig besluit niet te voorzien in de mogelijkheid per onderscheiden vorm de inwerkingtreding te differentiëren.

Toelichting op de bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het besluit

Onderdeel A, aanhef en onder 1. *Notificatieplichtige zorg*

Bij elke nieuwe steunmaatregel of wijziging van een steunmaatregel is het cruciaal dat een lidstaat zo vroeg mogelijk nagaat of deze steunmaatregel gemeld moet worden bij de Europese Commissie. Artikel 108 van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) (voorheen art. 88 EG-Verdrag) bepaalt immers dat nieuwe steunmaatregelen vooraf aan de Commissie in Brussel moeten worden gemeld en alleen na toestemming van de Commissie mogen worden uitgevoerd. Daarnaast heeft de Commissie op grond van Verordening nr. 994/98 van de Raad een aantal vrijstellingen van de meldingsplicht vastgesteld, waarbij zij een kennisgeving achteraf verlangt. Zie voor verdere toelichting het algemeen deel en de artikelsgewijze deel van de nota van toelichting bij het besluit.

Onderdeel A, aanhef en onder 2. *Zorg te leveren door een vangnetaanbieder*

Bij brief van 27 april 2011 zijn de voornemens ten aanzien van het waarborgen van de continuïteit van cruciale zorg uiteengezet (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 10). De laatste jaren hebben zorgaanbieders meer vrijheid gekregen om zelf keuzes te maken. Bij deze vrijheid hoort verantwoordelijkheid voor de financiële gevolgen van die keuzes. Consequentie hiervan is dat zorgaanbieders die in financiële

problemen komen failliet gaan als zij geen oplossing vinden voor hun financiële problemen. Zorgaanbieders zijn zo optimaal gestimuleerd om zelf te zorgen dat hun bedrijfsvoering op orde blijft. In geval van faillissement kunnen andere zorgaanbieders de zorgactiviteiten overnemen. Daarbij is de rol van de zorgverzekeraar van groot belang. Deze heeft een zorgplicht voor zijn verzekerden die inhoudt dat hij, behoudens situaties van overmacht, zorg moet leveren of vergoeden aan zijn verzekerden. De verzekeraar zorgt dat zijn verzekerden zorg (blijven) ontvangen, ook wanneer een aanbieder failliet is gegaan. Pas wanneer de zorgverzekeraar niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen (overmacht), kan de overheid de continuïteit van de in dit onderdeel beschreven zorgvormen waarborgen door het oprichten van een zorgaanbieder die deze zorg (tijdelijk) doorlevert. Om te voorkomen dat het oprichten van een dergelijke vangnetaanbieder de markt structureel verstoort, zorgt de overheid ervoor dat deze stichting in beginsel tijdelijk is. Elk serieus bod voor overname van activiteiten wordt in overweging genomen. De vangnetaanbieder wordt in beginsel bekostigd vanuit de tarieven die de zorgverzekeraar betaalt voor de geleverde productie. Indien de vangnetaanbieder financiering nodig heeft voor bijvoorbeeld het overnemen van onroerend goed, zoekt de vangnetaanbieder die financiering, net als alle andere aanbieders, via de reguliere kanalen (banken, privaat kapitaalverschaffers). Slechts voor een afgebakend aantal kostenposten, wordt het mogelijk gemaakt om deze eenmalig uit de beschikbaarheidbijdrage te bekostigen. Het gaat daarbij om incidentele kosten die specifiek te maken hebben met het tijdelijk overnemen van zorgactiviteiten van een failliete zorgonderneming (beredderingskosten) en die niet uit de reguliere tarieven kunnen worden betaald. Het gaat dan bijvoorbeeld om de kosten voor juridisch advies of het opstellen van juridische documenten tussen curator en vangnetaanbieder. Het doel is de lijst van mogelijke kostenposten zo beperkt mogelijk te houden en in de aanwijzing aan de zorgautoriteit op te nemen.

Voor de curatieve zorg is de mogelijkheid tot verschaffen van een beschikbaarheidbijdrage beperkt tot de oprichting van een vangnetaanbieder voor ambulancezorg, spoedeisende hulp en acute verloskunde. Voor de langdurige zorg is die beperking niet in het algemeen vooraf te maken. Aangezien steun niet nodeloos mag worden verleend zal de beperking bij een vangnetaanbieder voor langdurige zorg duidelijk zijn bij de oprichting van een dergelijke aanbieder. Dan zal na het volgen van de daarvoor geldende procedures bekend zijn voor welke zorgfuncties de vangnetaanbieder moet worden opgericht om de desbetreffende functies beschikbaar te houden. Daarbij is de verwachting dat een of meerdere vormen van langdurige zorg die behoorden tot het werkterrein van de gefailleerde zorgaanbieder, niet tot het werkterrein van de vangnetaanbieder behoren, omdat deze zorgvormen door andere

zorgaanbieders aangeboden worden binnen de sociale context van de door een faillissement getroffen cliënten.

Onderdeel A, aanhef en onder 3. *Zorg waarvoor terstond een financiële oplossing moet worden geboden*

Het gaat hier om zorg bedoeld in onderdeel A, aanhef en onder 1 en 2: notificatieplichtige zorg en zorg te leveren door een vangnetaanbieder. Met het volledig en zorgvuldig doorlopen van de procedures voor notificatie, het oprichten van een vangnetaanbieder via artikel 34 van de Comptabiliteitswet, het opnemen van een vorm van zorg in de bijlage bij dit besluit en het geven van een aanwijzing aan de zorgautoriteit met voorhang bij het parlement op grond van de WMG kan enige tijd gemoeid zijn. Dat kan gevaar opleveren voor de beoogde continuïteit van de noodzakelijk geachte vormen van zorg. In dat geval moet de minister de mogelijkheid hebben een voorlopige voorziening te treffen om de doorlooptijd van de procedures te overbruggen.

Onderdeel B, aanhef en onder 1. *Opleidingen voor Zvw- of AWBZ-zorg*

In 2010 is een evaluatie van het Opleidingsfonds {vervolgopleidingen tot (medisch) specialist} uitgevoerd. Het kabinetsstandpunt daarop is op 4 maart 2011 aan de Tweede Kamer aangeboden (Kamerstukken II 2010/2011, 29 282, nr. 111). Mede op grond van de aanbevelingen die uit de evaluatie voortkomen worden de genoemde (medische) vervolgopleidingen vanaf 2013 via het instrument van de beschikbaarheidbijdrage bekostigd. Bij de vervolgopleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige en medisch ondersteunend personeel zijn ten opzichte van 2012 een drietal nieuwe opleidingen toegevoegd, te weten die tot ziekenhuishygiënist, gipsverbandmeester en cardiac care verpleegkundige. Indien deze opleidingen vanaf de zomer 2013 daadwerkelijk via de beschikbaarheidbijdrage bekostigd worden, zullen deze worden opgenomen in de aan de zorgautoriteit te sturen aanwijzing.

Het voornemen is ten behoeve van de kostenonderbouwing van opleidingen in 2013 een onderzoek uit te voeren. De uitkomst daarvan wordt betrokken bij het vaststellen van de parameters ten behoeve van de bepaling van de hoogte van de beschikbaarheidbijdrage voor de respectievelijke opleidingen.

Onderdeel B, aanhef en onder 2. *Academische zorg*

In 2011 is een interdepartementaal beleidsonderzoek gestart naar de kosten van universitair medische centra. Dat onderzoek is in 2012 afgerond. Op grond van aanbevelingen die voortkomen uit het onderzoek is gestart met het in kaart brengen van de onderscheiden onderdelen van academische zorg. Dit onderzoek en de kabinetsreactie op dat onderzoek zullen voor de zomer 2012 openbaar worden gemaakt. In afwachting van

de uitwerking van de kabinetsreactie en de implementatie daarvan wordt als uitgangspunt gehanteerd dat de bekostiging van academische zorg niet naar een andere wijze van bekostigen overgaat. Derhalve blijft academische zorg in het jaar 2013 bekostigd op dezelfde wijze met een beschikbaarheidbijdrage als in het jaar 2012. Voor de kapitaallasten van zorgaanbieders die zijn belast met academische zorg en die betrekking hebben op bedoelde academische zorg kan een compensatie nodig zijn in aanvulling op de opbrengsten uit in rekening gebrachte tarieven voor die zorg. De ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben daarover met de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra een convenant gesloten, het convenant Decentrale Huisvesting Academische Ziekenhuizen.

Onderdeel B, aanhef en onder 3. *Post mortem orgaanuitname bij donoren*

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 20011/12, 28140, nr. 81). Onderdeel hiervan is een uitbreiding van uitnameteams van solide organen. De voornemens zijn nog niet in de Tweede Kamer behandeld en hebben bovendien 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 naar een eventuele andere wijze van bekostigen over te gaan. Derhalve blijft post mortem orgaanuitname bij donoren tot vorenbedoelde besluitvorming over de toekomst bekostigd door middel van een beschikbaarheidbijdrage.

Onderdeel B, aanhef en onder 4. *Zorg verleend door het calamiteitenhospitaal*

Het calamiteitenhospitaal is in eigendom van het UMC Utrecht. Er is geconcludeerd dat het calamiteitenhospitaal voor een beschikbaarheidbijdrage in aanmerking kan komen. Het UMCU wordt belast met een dienst van algemeen belang het calamiteitenhospitaal beschikbaar te hebben en zal daarvoor een beschikbaarheidbijdrage gaan ontvangen. De beschikbaarheidbijdrage is vooral bedoeld als kostencompensatie voor de weglek eigen productie door de inzet van personeel van het UMCU ten behoeve van het calamiteitenhospitaal. Bijzondere omstandigheden die noodopvang vereisen zijn bijvoorbeeld infectieziekten. Het Ministerie van Defensie draagt jaarlijks financieel bij aan het in stand houden van het calamiteitenhospitaal. Daarvoor sluit de minister van Defensie een dienstverleningsovereenkomst met het UMCU. Er wordt momenteel een convenant opgesteld tussen het Rijk (Defensie

en VWS) en het UMCU over het calamiteitenhospitaal. De verwachting is dat dit nog dit jaar (voor de zomer) wordt ondertekend. In het convenant wordt onder andere geregeld hoeveel het Rijk jaarlijks aan het calamiteitenhospitaal bijdraagt. Het convenant kan met die financiële afspraken een kostenonderzoek vervangen, mits geen overcompensatie plaats vindt.

Onderdeel B, aanhef en onder 5. *Traumazorg voor zover het gaat om coördinatie, opleiden, trainen en oefenen*

De kosten van deze zorg kunnen van jaar tot jaar verschillen afhankelijk van de activiteiten die zijn ontplooid. Zo wordt bijvoorbeeld niet ieder jaar een grote rampenoefening gehouden. Indien de beschikbaarheidbijdrage niet volledig wordt benut wordt de beschikbaarheidbijdrage bij de definitieve vaststelling aangepast. Er wordt een nadere afbakening van noodzakelijke activiteiten en voorzieningen gemaakt, op grond daarvan een nader kostenonderzoek wordt gestart. Indien de uitkomsten van de afbakening en kostenonderzoek van invloed moeten zijn op de beschikbaarheidbijdrage zal dat te gelegener tijd in een aanwijzing aan de zorgautoriteit worden vermeld. Het parlement wordt daarbij door middel van een voorhangprocedure betrokken.

Onderdeel B, aanhef en onder 6. *Traumazorg door mobiel medische teams*

Het gaat hierbij om de zorg door medisch specialisten op de plek van een ongeval in de vorm van voorbehouden handelingen als bedoeld in de Wet op de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg die ambulancepersoneel niet mag verrichten. Het gaat daarbij om vier helikopters met 7 x 24 uur parate medisch specialistische teams en twee voertuigen met 7 x 24 uur beschikbare medisch specialistische teams die naar de plek van het ongeval gaan na aanname van de melding van de centrale ambulancepost. De zorgautoriteit heeft in haar advies van februari 2012 geadviseerd om bij deze zorg de vaste kosten te financieren met een beschikbaarheidbijdrage. De variabele kosten kunnen volgens de zorgautoriteit worden gefinancierd uit het in rekening brengen van een tarief voor de geleverde prestaties. In het advies merkt de zorgautoriteit hierbij overigens op dat het variabele tarief wel een dusdanig niveau moet zijn om een separaat tarief te rechtvaardigen. In het kostenonderzoek dat volgt op het gegeven advies onderzoekt de zorgautoriteit ook hoe de kosten van deze zorg in zijn geheel in een tarief kunnen worden versleuteld, zonodig gedifferentieerd naar aanbieder. Op basis van deze informatie kan een zuivere afweging in het kader van de vast te stellen afbakening worden gemaakt. De beslissing zal te gelegener tijd in een aanwijzing aan de zorgautoriteit worden vermeld. Het parlement wordt daarbij door middel van een voorhangprocedure betrokken.

Onderdeel B, aanhef en onder 7 en 8. *Spoedeisende hulp en Acute verloskunde*

In onderdeel A, aanhef en onder 2, zijn spoedeisende hulp en acute verloskunde genoemd ten behoeve van het waarborgen van de continuïteit van die vorm van zorg een vangnetaanbieder kan worden opgericht, die voor met die oprichting van doen hebbende kosten in aanmerking kan komen voor een beschikbaarheidbijdrage. Bij spoedeisende hulp (SEH) geldt de voorwaarde 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 beschikt. Bij Acute verloskunde geldt de voorwaarde 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.
Voorwaarde voor toekenning van een beschikbaarheidbijdrage is 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 voornoemde voorwaarden beschikbaar te hebben. Dat zal voornamelijk het geval zijn in krimpgebieden, waar wellicht onvoldoende vraag is en waar geen ander aanbod van die vorm van zorg aanwezig is.

Onderdeel B, aanhef en onder 9. *Gespecialiseerde brandwondenzorg*

In haar advies Afbakening beschikbaarheidbijdrage van februari 2012 heeft de zorgautoriteit geadviseerd over de afbakening van de gespecialiseerde brandwondenzorg. Dit advies van de zorgautoriteit wordt in deze amvb overgenomen. Dat betekent dat voor de benodigde specifieke vaardigheden en personele inzet wordt aangesloten bij de Europese richtlijnen. De specifieke bouwkundige en overige voorzieningen bestaan uit een speciaal ingerichte operatiekamer, overdruk op verpleegafdelingen, isolatiekamers, warmtehemels, klimaatregeling tot 28°C, aantoonbaar innovatieve/kennisfunctie, een programma voor bewaking en voorkoming van contaminatie, standaarduitrusting voor O.K., Intensive Care (IC) en reguliere verpleegafdelingen. 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. Deze strengere Nederlandse doorverwijscriteria worden in deze amvb 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. 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. Tot slot wordt ook het advies van de zorgautoriteit om de variabele (direct patiëntgebonden) kosten in een prestatie en bijbehorend /tarief op te nemen dat aan verzekeraars in rekening kan worden gebracht, overgenomen. De variabele kosten zitten voornamelijk in genees- en verbandmiddelen, voeding, materiaal voor huidoperaties en huidtransplantaties en de wondverzorging. De beschikbaarheidbijdrage dekt dan de vaste kosten, waarmee de kosten van het in stand houden van de infrastructuur gedekt worden.

Onderdeel B, aanhef en onder 10 en 11. *Gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers*

Het is noodzakelijk om zorg voor betreffende doelgroepen die nu wordt gefinancierd uit de individuele budgetcomponenten 'bestendig beleid', 'bijzonderheid organisatie', 'oorlogsslachtoffers' en 'vluchtelingen/ asielzoekers' ook na invoering prestatiebekostiging voor de geestelijke gezondheidszorg per 2013, beschikbaar te houden. Vanwege het psychotrauma dat bepaalde doelgroepen is aangedaan in oorlogssituaties zoals de Tweede Wereldoorlog, is het noodzakelijk zeker te stellen dat deze voorzieningen in stand blijven. Het gaat daarbij specifiek om activiteiten die nu worden geleverd door het Sinaï Centrum. Bovendien gaat het om de specifieke kennis- en last resort functie van Centrum '45. De kennis over psychotrauma van Centrum '45 wordt ook ingezet voor zorgvragers die werkzaam zijn in overheidsfuncties zoals politiefunctionarissen. Het gaat voor beide categorale aanbieders van curatieve ggz om bovenregionale activiteiten voor een relatief kleine complexe patiëntendoelgroep waarvoor meerkosten moeten worden gemaakt. Hierdoor is er een reële kans op marktfalen. Bovendien is nu (nog) niet mogelijk de kosten die de bewuste activiteiten met zich brengen te verhalen op de individuele zorgvrager, aangezien er (nog) geen dbc-tarieven beschikbaar zijn. In een overgangsperiode wordt daarom het instrument beschikbaarheidbijdrage gehanteerd. Deze periode wordt gebruikt om een onderzoek uit te voeren om te bezien of toerekening naar tarieven een optie is. Een beschikbaarheidbijdrage is in een overgangsperiode juridisch haalbaar. In de somatische zorg heeft de Europese Commissie laten weten in te stemmen met een beperkte overgangsperiode.

Onderdeel B, aanhef en onder 12. *Zorg verleend tijdens transitie bekostigingssystemen*

Bij de overgang(transitie) van het ene bekostigingssysteem naar het andere bekostigingssysteem kan de continuïteit van zorg 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 Nederlandse Zorgautoriteit, na voorhang bij het parlement.
Een voorbeeld van een dergelijke beschikbaarheidbijdrage is de bijdrage die kan worden toegekend in het kader van het transitiemodel prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 (Aanwijzing; Stcrt. 2011, nr. 13950). In het Interimbesluit beschikbaarheidbijdrage WMG is in artikel 4 bepaald dat de zorgautoriteit ten behoeve van de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg bij de transitie van functiegerichte bekostiging naar prestatiegerichte bekostiging een beschikbaarheidbijdrage kan 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. Die toekenning valt nu onder onderdeel B, aanhef en onder 11, van deze bijlage.

Onderdeel B, aanhef en onder 13. *Zorg verleend tijdens overgangsregeling kapitaallasten*

Op grond van de Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 juni 2010 op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake overgangsregeling kapitaallasten algemene en academische ziekenhuizen (Stb. 2010, 10255) heeft de zorgautoriteit de Beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016 (CU-2001) vastgesteld. Die beleidsregel bevat voor de algemene en academische ziekenhuizen de definities en gedetailleerde beschrijving van de werking van de garantieregeling. De garantieregeling kapitaallasten garandeert een bepaald (aflopend) percentage van de kapitaallasten zoals deze onder vergunning en/of trekkingsrechten gebaseerd op de verleende vergunningen op basis van de Wet toelating zorginstellingen zouden zijn. In 2011 gold het budgetteringssysteem met een 100 procent vergoeding van de kapitaallasten. Met ingang van 2012 is – met een transitieperiode – van 2 jaren een systeem van prestatiebekostiging ingevoerd bij bedoelde ziekenhuizen. Daarbij gaan de ziekenhuizen meer risico lopen over die kapitaallasten. In 2014 is die transitieperiode afgelopen en kunnen zorgverzekeraars zodanig selectief inkopen dat de kapitaallasten niet goed meer in de tarieven kunnen worden verwerkt zonder dat de instelling zichzelf uit de markt prijst. Daarom geldt er een overgangsregeling tot en met 2016 voor een

compensatie van kapitaallasten. De garantie wordt procentueel als volgt afgebouwd:

Jaar	Garantiepercentage
2011	95%
2012	90%
2013	85%
2014	80%
2015	75%
2016	70%
2017 e.v.	0%

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers