

WIJ WILLEM ALEXANDER,
BIJ DE GRATIE GODS,
KONING DER NEDERLANDEN,
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

houdende de aanwijzing van werkzaamheden als zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg en de aanwijzing van cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg die in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Uitvoeringsbesluit Wmg)

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van....., kenmerk .;

Gelet op artikel 2, eerste, tweede en derde tot en met vijfde lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van vul in datum advies, RvS., no. vul in nummer advies, RvS.);

Gezien het nader rapport van van vul in datum nader rapport, vul in kenmerk nader rapport);

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

beschikbaarheidsbijdrage: beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56b van de wet;
dienst van algemeen belang of algemeen economisch belang: dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie of een dienst van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie;
wet: Wet marktordening gezondheidszorg.

Artikel 2

1. Als zorg in de zin van de wet worden aangewezen de werkzaamheden van:
 - a. personen ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet, voor zover het betreft werkzaamheden in het kader van hun beroepsuitoefening met uitzondering van bedrijfsgeneeskundige zorg of verzekeringsgeneeskundige zorg, al dan niet onder eigen verantwoordelijkheid uitgevoerd, en die niet zijn begrepen onder de begripsomschrijving van zorg in artikel 1 van de wet;
 - b. instellingen waarvan de werkzaamheden zijn gericht op donatie of transplantatie van weefsel of organen.
2. Artikel 3, vierde lid, 34, 38, eerste en derde tot en met zevende lid, 40 tot en met 43 zijn niet van toepassing op forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg of in een krachtens artikel 3, vierde lid, van dat besluit vastgestelde ministeriële regeling.

Artikel 3

1. Onze Minister kan een zorgaanbieder, of een krachtens artikel 56b, eerste lid, van de wet aangewezen instantie, belasten met een dienst van algemeen belang of algemeen economisch belang om cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies als omschreven in bijlage 1 bij dit besluit beschikbaar te hebben onder daartoe door Onze Minister te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen.
2. De zorgautoriteit kan een zorgaanbieder, of een krachtens artikel 56b, eerste lid, van de wet aangewezen instantie, belasten met een dienst van algemeen belang of algemeen economisch belang, om daarbij aangewezen cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies als omschreven in bijlage 2 bij dit besluit beschikbaar te hebben onder daartoe door de zorgautoriteit te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen.

Artikel 4

1. De zorgautoriteit kan een zorgaanbieder, of een krachtens artikel 56b, eerste lid, van de wet aangewezen instantie, een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor het beschikbaar hebben van cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies als omschreven in bijlage 1 en 2 behorend bij dit besluit.
2. De zorgautoriteit neemt een besluit tot toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage voor cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies als omschreven in bijlage 1 bij dit besluit, niet dan nadat Onze Minister daarvoor een verklaring van geen bezwaar heeft afgegeven. Deze verklaring van geen bezwaar wordt door Onze Minister slechts onthouden op grond van strijd met het recht of het algemeen belang.

Artikel 5

- De zorgautoriteit kan de beschikbaarheidsbijdrage toekennen in de vorm van:
- a. compensatie voor diensten van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 2, eerste lid, 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. de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen als bedoeld in Verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (PbEU L 114);
- e. 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
- f. steun anders dan bedoeld in de onderdelen a tot en met e.

Artikel 6

Indien het bij koninklijk boodschap van 8 april 2016 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg (34 445) tot wet is of wordt verheven en artikel 2 van die wet in werking treedt, treedt dit besluit op hetzelfde tijdstip in werking.

Artikel 7

1. Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG wordt ingetrokken.
2. Het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG wordt ingetrokken.

Artikel 8

Dit besluit wordt aangehaald als: Uitvoeringsbesluit 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

Bijlage 1

Cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg als bedoeld in artikel 2, derde lid, van de wet waarvoor op grond van artikel 4, tweede lid, van dit besluit een verklaring van geen bezwaar van Onze Minister is vereist, alvorens de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage 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 (Pb EG L 142/1), is vrijgesteld van voorafgaande melding door de lidstaat aan die commissie. Het betreft hier de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU).

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 cruciale 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 procent van 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 als voorwaarde dat sluiting van de afdeling SEH het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling SEH per ambulance kan bereiken, doet toenemen en die afdeling continu uur over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige beschikt;

c. *acute verloskunde*: verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij geldt als voorwaarde dat sluiting van de afdeling voor acute verloskunde het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling voor acute verloskunde per ambulance kan bereiken doet toenemen 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 met uitzondering van de behandeling van een zwangere vrouw, in het geval van een levensbedreigende situatie thuis, vanuit huis naar het ziekenhuis moet worden vervoerd;

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 Wet langdurige zorg*.

3. *Cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg, bedoeld in de aanhef en onder 1 en 2 van deze bijlage, waarvoor terstond een financiële oplossing moet worden geboden* in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage ten behoeve van het beschikbaar hebben van die zorg in afwachting van de besluitvorming op grond van de volgende procedures:

a. de procedure, bedoeld in artikel 34 van de Comptabiliteitswet 2001 tot het oprichten

van een vangnetaanbieder, bedoeld in de aanhef en onder 2;
b. de procedure, bedoeld in artikel 2, derde en vierde lid, van de wet tot opnemning van cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg in de bijlagen bij onderhavig besluit.

Bijlage 2

Cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg als bedoeld in artikel 2, vierde lid, van de wet waarvoor de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen zonder voorafgaande verklaring van geen bezwaar van Onze Minister:

1. *Opleidingen*. Om zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg 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°. erkende medisch specialismen, te weten: anesthesiologie, cardiologie, cardiothoracale 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, sportgeneeskunde en urologie;
2°. technische zorg specialismen, te weten: klinische chemie, klinische fysica, ziekenhuisfarmacie;

3°. tandheelkundige specialismen, te weten: orthodontie, kaakchirurgie;

4°. overige specialismen, te weten: arts voor verstandelijk gehandicapten, SEH-arts, gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, 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 en gipsverbandmeester;

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 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 uitname bij donoren van:

a. organen voor zover het specialistische chirurgische werkzaamheden vanaf de eerste incisie tot en met het transportklaar maken van organen betreft die worden verricht door speciale teams, bestaande uit twee chirurgen, waarvan een gecertificeerd uitname-chirurg, een anesthesioloog en een anesthesiemedewerker en twee OK-assistenten, die continue beschikbaar zijn en er voor zorgen dat de solide organen worden uitgenomen;

b. weefsel voor zover het specialistische chirurgische werkzaamheden vanaf de eerste incisie tot en met het transportklaar maken van weefsel betreft die worden verricht door speciale teams die continue uur beschikbaar zijn en er voor zorgen dat weefsel wordt afgenomen.

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 Universitair Medisch Centrum Utrecht.

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 continue uur parate medisch specialistische teams die binnen twee minuten moeten kunnen uitrukken naar de plek van het ongeval; en

b. twee voertuigen met continue 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 als voorwaarde dat sluiting van de afdeling SEH het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling SEH per ambulance kan bereiken, doet toenemen en die afdeling continue over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige beschikt.

8. Acute verloskunde. Verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij geldt als voorwaarde dat sluiting van de afdeling voor acute verloskunde het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling voor acute verloskunde per ambulance kan bereiken doet toenemen 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 beschikbaarheidsbijdrage, 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 en derdelijns psychotraumazorg* voor zover het de kennis- en expertisefunctie betreft en wordt geleverd door een zorgaanbieder met een landelijke kennis- en expertisefunctie. Het gaat hierbij om het verlenen van derdelijns psychotraumazorg aan mensen met complexe psychotraumaklachten, die het gevolg zijn van bijvoorbeeld ernstige incidenten, geweld, of misbruik, waarvoor een landelijke kennisinfrastructuur noodzakelijk is. De genoemde derdelijns psychotraumazorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die ook de landelijke kennis- en expertisefunctie voor gespecialiseerde psychotraumazorg bezit. Tevens geldt de voorwaarde dat het landelijke centrum expertise borgt of ontwikkelt voor het bieden van psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen, en deze expertise vertaalt in specifiek behandelaanbod.

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 de wet door Onze Minister gestelde regels;

13. *Zorg verleend tijdens overgangsregeling kapitaallasten*. Het wijzigen van de bekostiging van bijvoorbeeld ziekenhuizen is een omvangrijke en ingrijpende operatie en 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. Ook voor andere instellingen kan een overgangsregeling met betrekking tot kapitaallasten (gaan) gelden, zoals voor categorale ziekenhuizen en instellingen voor curatieve geestelijke gezondheidszorg;

14. *Zorg waarvoor instellingen voor medisch specialistische zorg in 2011 een beschikbaarheidsbijdrage voor kleine SEH's ontvingen*. Vanaf 1 januari 2012 ontvangt een aantal ziekenhuizen een beschikbaarheidsbijdrage SEH. De instellingen die de beschikbaarheidsbijdrage SEH in 2012 hebben ontvangen, kregen deze bijdrage op basis van het in 2012 geldende Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Dit interimbesluit bepaalde dat alleen instellingen die in 2011 onder het functiegerichte budget een SEH-toeslag kregen, in aanmerking kwamen voor een

beschikbaarheidsbijdrage SEH in 2012. De overgangsregeling voor de instellingen die in 2012 een beschikbaarheidsbijdrage SEH ontvingen, is vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid nog eenmaal verlengd voor 2013. Hierdoor hebben deze instellingen de mogelijkheid om hun organisatie op de nieuwe situatie aan te passen en desnoods de (acute) zorg anders in te richten;

15. Zorg ten behoeve waarvan drie of meer achtereenvolgende jaren een beschikbaarheidsbijdrage aan een zorgaanbieder is verstrekt en waarbij niet meer aan de criteria voor de verlening van die bijdrage wordt voldaan. Indien zorgaanbieders gedurende drie of meer achtereenvolgende jaren een beschikbaarheidsbijdrage is verleend, kan, in overeenstemming met het bepaalde in artikel 4:51 Algemene wet bestuursrecht, een afbouwregeling worden getroffen van ten hoogste drie jaren. Een dergelijke afbouwregeling geeft hen de mogelijkheid hun organisatie op de nieuwe situatie aan te passen en desgewenst de zorg anders in te richten.

16. Acuut ambulancevervoer per ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden. Het gaat hierbij om zorg, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, verleend aan patiënten die met spoed voor behandeling vanaf de Friese Waddeneilanden naar een ziekenhuis vervoerd moeten worden. Hierbij geldt als voorwaarde dat het wegvallen van dat vervoer het aantal personen dat niet binnen 45 minuten een afdeling voor spoedeisende hulp of acute verloskunde per ambulance kan bereiken, doet toenemen. Het gaat om een ambulancehelikopter die continue beschikbaar moet zijn.

Nota van toelichting

I. Algemeen

1. Inleiding

Dit besluit heeft tot doel:

1. het aanwijzen van zorg als zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg); en
2. te regelen welke cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden en functies die gericht zijn op het leveren van zorg in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage en onder welke voorwaarden, voorschriften of beperkingen een bijdrage kan worden toegekend door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Deze laatstgenoemde bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders, of andere bij ministeriele regeling aangewezen instanties, mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden en functies:

- 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 marktversturend zou werken, en
- c. die niet op andere wijze worden bekostigd.

Met dit besluit wordt bepaald voor welke cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden en functies en in welke gevallen een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend. Ook wordt bepaald in welke vorm de bijdrage kan worden toegekend en welke voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden gesteld aan het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage.

2. Hoofdpijnen van het besluit

Het oude artikel 56a van de Wmg is na inwerkingtreding van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg (Kamerstukken 34445) grotendeels opgenomen in het nieuwe artikel 2 en 56b van de Wmg. Dit besluit is een technische omzetting van de bepalingen die voorheen in het ingetrokken Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg stonden. Desalniettemin zijn er toch enkele aanpassingen ten opzichte van dit besluit. De beschikbaarheidsbijdrage kon voorheen enkel aan een zorgaanbieder worden toegekend. Instanties die bijvoorbeeld wel een opleiding verzorgen maar geen zorgaanbieder zijn, moesten via het Besluit uitbreiding en beperking werksfeer Wmg als zorgaanbieder worden aangewezen om voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking te kunnen komen. In de Wmg is het nu mogelijk om, naast zorgaanbieders, ook nader bij ministeriële regeling te bepalen instanties aan te wijzen die voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking kunnen komen. In het verlengde daarvan wordt ook niet meer uitgegaan van het begrip 'vormen van zorg' maar van 'voorzieningen, werkzaamheden en functies die zijn gericht op het bieden van zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg', zodat activiteiten als opleidingen niet

meer als zorg hoeven te worden aangewezen. Beide aanpassingen in de Wmg zorgen ervoor dat in dit besluit beschikbaarheidsbijdragen rechtstreeks aan cruciale zorg of voorzieningen, werkzaamheden en functies die zijn gericht op het bieden van zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg kunnen worden toegekend. De procedure van het toekennen van beschikbaarheidsbijdragen door de NZa blijft ongewijzigd.

In dit besluit worden net als voorheen de cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies opgenomen waarvoor de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen. Deze zijn in de bijlagen opgenomen en vallen uiteen in twee categorieën.

De eerste bevat de cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies waarvoor de NZa voor het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage een voorafgaande verklaring van geen bezwaar van de Minister van VWS nodig is. Deze categorie betreft de gevallen waarin zwaardere beleidsmatige en juridische afwegingen worden gemaakt. Het gaat om de beschikbaarheidsbijdrage waarvoor de notificatieprocedure bij de Europese Commissie voor staatssteun geldt, de beschikbaarheidsbijdrage voor cruciale zorg uitgevoerd door een zogenaamde vangnetaanbieder (procedure artikel 34 van de Comptabiliteitswet bijv. bij gefailleerde zorgaanbieder van cruciale zorg) en voorlopige voorzieningen om de doorlooptijd van de procedures voor die beschikbaarheidsbijdragen te overbruggen.¹

De tweede categorie bevat de cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies waarvoor geen verklaring van geen bezwaar van de minister nodig is. De NZa kan binnen deze categorie de cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden en functie een zorgaanbieder een zorgaanbieder of een andere aangewezen instantie belasten met een dienst van algemeen (economische) belang. De minister is dit bevoegd te doen voor de eerste categorie. Een dergelijke aanwijzing is noodzakelijk om binnen het Europese recht de exploitatiekosten van een dienst van een onderneming van overheidswege te mogen compenseren. Overigens is het compenseren van een dienst van algemeen (economische) belang niet de enige vorm van compensatie die mogelijk is. In het besluit is geregeld voor welke vormen van compensatie d.m.v. een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk is (zie verder §3 en de artikelsgewijze toelichting bij artikel 2 en 4).

Het proces vanaf de totstandkoming van de bevoegdheid tot het gebruik maken van het instrument beschikbaarheidsbijdrage laat zich als volgt op omschrijven (de uitzonderingen van de notificatieprocedure en de procedure ex 34 Comptabiliteitswet 2001 zijn buiten beschouwing gelaten):

- bij besluit worden de categorieën van cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden en functies aangewezen die voor bijdrage in de kosten in aanmerking kunnen komen en die zijn gericht op zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg;
- de NZa handelt op aanvraag van de zorgaanbieder, zorgverzekeraar of ambtshalve;
- de NZa neemt beschikkingen voor bijdragen aan individuele zorgaanbieders overeenkomstig de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en bij ministeriële regeling gestelde voorwaarden, voorschriften en beperkingen, met de beschikking krijgt de zorgaanbieder recht op de beschikbaarheidsbijdrage (deze regeling wordt op grond van artikel 126a van de Wmg bij het parlement voorgehangen);

¹ Zie ook Stb. 2012, 396, blz . 13 en 14.

- de zorgaanbieder verzoekt betaling van de beschikbaarheidsbijdrage bij het Zorginstituut Nederland;

het Zorginstituut Nederland betaalt het bedrag van de beschikbaarheidsbijdrage uit aan de zorgaanbieder ten laste van het Zorgverzekeringsfonds of het Fonds langdurige zorg. Het proces van toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage 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 NZa 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 NZa vermeldt de activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage wordt verleend en vermeldt ook de berekeningswijze van het definitieve bedrag. De verleningsbeschikking vermeldt ook het bedrag waarop de bijdrage ten hoogste kan worden vastgesteld. De NZa kan na de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage, door het Zorginstituut Nederland uit te betalen voorschotten verlenen. De voorschotten worden verrekend met de uiteindelijk vast te stellen beschikbaarheidsbijdrage. De NZa gaat, indien nodig, over tot terugvordering van het bedrag aan onverschuldigd betaalde voorschotten (dat is het bedrag aan voorschotten dat de vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage overtreft). De NZa stelt het bedrag van de beschikbaarheidsbijdrage 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 beschikbaarheidsbijdrage is dat het verlenend en vaststellend bestuursorgaan erop toeziet dat ook daadwerkelijk de activiteiten, voorzieningen of vormen van zorg waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage wordt ontvangen zijn geleverd. De NZa kan het bedrag van de beschikbaarheidsbijdrage 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 NZa heeft op grond van de wet de bevoegdheid om aan de verlening en de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage verplichtingen te verbinden. De NZa kan op ingevolge artikel 4:81 van de Awb beleidsregels met betrekking tot de uitoefening van haar bevoegdheden op het terrein van de beschikbaarheidsbijdrage. Verder kan de NZa technische voorschriften stellen over bijvoorbeeld hoe de aanvraag gedaan moet worden en welke bescheiden daarvoor moeten worden meegezonden.

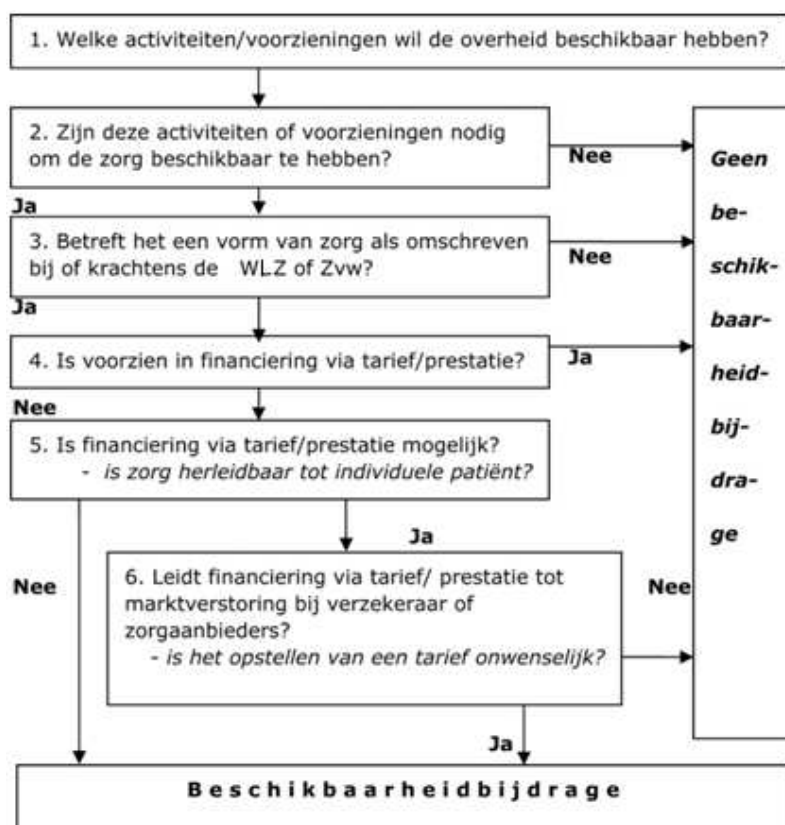
De NZa kan de verlening ten voordele van de zorgaanbieder wijzigen om het bedrag waarop de bijdrage ten hoogste kan worden vastgesteld, te verhogen.

Het Zorginstituut Nederland betaalt de uiteindelijke door de NZa vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage aan de zorgaanbieder. Het Zorginstituut verricht als beheerder van het Zorgverzekeringsfonds en het Fonds langdurige zorg louter een kassiersfunctie. De beschikbaarheidsbijdrage komt ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) of het Fonds langdurige zorg (Flz). 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 Flz worden gebracht ten behoeve van de beschikbaarheid van zorg als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz) (art. 90 Wet financiering sociale verzekeringen). Ook in dit besluit worden deze voorwaarden uiteraard geëerbiedigd.

De NZa verrekenet de betaalde voorschotten met het vastgesteld bedrag van de beschikbaarheidsbijdrage en stelt de beschikkingen vast tot terugvordering van onverschuldigd betaalde voorschotten en beschikbaarheidsbijdragen. Het Zorginstituut brengt een uitgave voor een beschikbaarheidsbijdrage of een voorschot daarop, ten laste van hetzij het Zorgverzekeringsfonds hetzij het Fonds langdurige zorg en door de NZa teruggevorderde onverschuldigd betaalde voorschotten en beschikbaarheidsbijdragen ten gunste van hetzij het Zorgverzekeringsfonds hetzij van het Fonds langdurige zorg. Bij ministeriële regeling worden regels gesteld over het belasten van het Zvf dan wel het Flzdoor het Zorginstituut.

3.1 beoordelingskader beschikbaarheidsbijdrage

Voor het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage wordt het volgende beoordelingskader gehanteerd.



Het resultaat van de toepassing van het beoordelingskader is per definitie een product van omschrijving van de cruciale zorg, werkzaamheden, voorzieningen en functies en 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 stelt voor de NZa, na de voorhangprocedure bij het parlement, nadere regels ter concretisering.

Toelichting beoordelingskader

De nummers in deze toelichting verwijzen naar de nummers in het stroomschema. Voor de leesbaarheid wordt in de onderstaande toelichting uitgegaan van een zorgaanbieder, maar daaronder kan ook een andere bij ministeriële regeling aangewezen instantie onder begrepen worden.

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 bijlagen bij dit besluit.

De NZa toetst een aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage aan deze algemene maatregel van bestuur, de vereisten in de Awb en de op grond van de Wmg vastgestelde ministeriële regelingen. Daarna vervolgt de NZa, op grond van eigen specifieke kennis en deskundigheid, met de onderdelen 4 tot en met 6. De ministeriële regeling bevat de uitgangspunten, randvoorwaarden of parameters die gehanteerd worden om de kosten van een beschikbaarheidsbijdrage 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 ministeriële regeling 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 helikopterveorzieningen 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 NZa 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 Wlz 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 Wlz 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, onder 1°. Er kan geen beschikbaarheidsbijdrage worden gegeven voor vormen van zorg die niet behoren tot de verzekerde zorg als omschreven bij of krachtens Wlz of Zvw).

Voorbeelden:

Traumazorg is geneeskundige zorg als omschreven in artikel 10, onder a van de Zvw. De beschikbaarheidsbijdrage komt dan ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. De beschikbaarheidsbijdrage voor een vangnetaanbieder voor Wlz-zorg komt ten laste van het Fonds langdurige zorg.

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 NZa te beantwoorden.

Voorbeeld:

Nee, er zijn thans geen door de NZa 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 Wlz 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 beschikbaarheidsbijdrage. 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 beschikbaarheidsbijdrage 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 Wlz. Verzekeraars krijgen in de Wlz 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 of een wisselend volume tussen jaren. Een zorgaanbieder is dan niet in staat een met andere zorgaanbieders vergelijkbaar tariefaanbod te doen aan de verzekeraar.

3. Verhouding Europees recht

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.

De beschikbaarheidsbijdrage 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;
- 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, en
- er moet controle zijn op het voorkomen van overcompensatie.

Bij de toepassing van het instrument beschikbaarheidsbijdrage 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 beschikbaarheidsbijdrage voorwaarden, voorschriften en beperkingen te verbinden, kan met die procedure rekening worden gehouden.

Het is wel toegestaan bij de berekening van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 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.

Zoals gezegd heeft de minister – naast de NZa – 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 NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan aanvragen als compensatie voor de instandhouding van de dienst.

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 NZa is in artikel 56a van de wet aangewezen als bevoegde autoriteit voor het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage. De NZa 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 NZa in beide gevallen voorwaarden, voorschriften en beperkingen verbinden.

4. Uitvoering en toezicht

Voor de NZa blijft de uitvoering van het toekennen van beschikbaarheidsbijdrage hetzelfde. De NZa is verantwoordelijk voor de controle op de goede besteding van de subsidiegelden. Verder gelden de toepasbare regels uit het bestuursrecht en het strafrecht. Dit is niet anders dan bij andere subsidierelaties.

In de Wmg is overigens expliciet geregeld dat ondercompensatie niet hoeft te worden uitgesloten. De beschikbaarheidsbijdragen zijn doorgaans opgebouwd uit normbedragen en werkelijke kosten. De NZa herijkt in beginsel elke drie jaar de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage door middel van een kostenonderzoek die met het veld en de sector wordt afgestemd. In de tussenliggende jaren wordt er in beginsel vastgehouden aan de normbedragen uit het meest recente kostenonderzoek. Op basis hiervan kent de NZa beschikbaarheidsbijdragen toe aan individuele zorgaanbieders. Ondercompensatie is niet geheel uit te sluiten wanneer er wordt gewerkt met normbedragen. Indien de zorgaanbieder van mening is dat het subsidiebedrag onvoldoende is voor een redelijke exploitatie kan de zorgaanbieder hiertegen in bezwaar bij de NZa. De NZa zal het kostenonderzoek van de zorgaanbieder mee moeten nemen in haar beslissing op

bezwaar. Een deugdelijk kostenonderzoek van de zorgaanbieder kan worden gebruikt bij de herijking van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage door de NZa.

5. Administratieve lasten

Voor de NZa en zorgaanbieders zijn er in het algemeen weinig tot geen veranderingen in de administratieve lasten ten aanzien van het verlenen, vaststellen, aanvragen en verantwoorden van beschikbaarheidsbijdrage ten opzichte van het vervallen Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. De bestaande praktijk blijft grotendeels ongewijzigd.

6. Consultatie en advisering

PM

II. Artikelsgewijs

Artikel 2

Voorheen was de beperking of uitbreiding van de werkingsfeer van de Wmg geregeld in het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG. De Wmg maakt dit besluit grotendeels overbodig:

- Op grond van artikel 1a van de Wmg wordt de toepassing van die wet op forensische zorg geregeld.
- De Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen en de Stichting Beroepsopleiding tot Sportarts kunnen nu zonder aangewezen te zijn als zorg in de zin van de Wmg op grond van dit besluit in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Dit besluit geldt ook voor werkzaamheden die gericht zijn op zorg en bij dit besluit zijn aangewezen en op grond van artikel 56b kunnen instanties worden aangewezen die geen zorgaanbieder zijn (zie § 3).
- Ten slotte wordt bij ministeriële regeling de toepassing van de tarief- en prestatieregulering vastgesteld. Het gedeeltelijk uitzonderen van de Wmg bestaat nu uit het niet van toepassing zijn van de prestatie- en tariefregulering van die wet. Het gewijzigde artikel 50, eerste lid, van de Wmg bevat namelijk de hoofdregel dat de prestaties vrij zijn. Vrije prestaties houden in dat de zorgaanbieder daarvoor een tarief in rekening kan brengen zonder hantering van een door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving. Vrije prestaties houden ook vrije tarieven in, aangezien de NZa alleen tarieven kan vaststellen voor door haar beschreven prestaties. De huidige mogelijkheid in artikel 2, tweede lid, van de Wmg om een deel van die wet uit te zonderen is daarmee overbodig geworden.

De enige overgebleven bepaling is opgenomen in artikel 2. In dit artikel worden twee vormen van zorg onder de werkingsfeer van de Wmg gebracht.

Ten eerste gaat het om werkzaamheden van personen, in het kader van hun beroepsuitoefening, die staan ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van die wet, die niet onder het zorgbegrip vallen van de Wmg. De definitie van zorg in de Wet BIG en de Wmg komen gedeeltelijk niet overeen. In de praktijk gaat het nagenoeg alleen over derde-compartimentszorg. zorg die buiten de verzekerde pakketten van de Wlz en de Zvw vallen.

Ten tweede gaat het om werkzaamheden van instellingen waarvan de werkzaamheden gericht zijn op donatie of transplantatie van weefsel. Hun werkzaamheden vallen niet onder het begrip zorg zoals omschreven in artikel 1 van de Wmg. In alle gevallen betreft het organisaties die geen directe patiëntenzorg leveren maar die wel een belangrijke rol vervullen in de gezondheidszorg, als ondersteuning van zorg en zorgaanbieders. Deze twee vormen van zorg vallen dus door middel van dit besluit onder de Wmg. Ten slotte wordt opnieuw een gedeelte van de forensische zorg uitgesloten van de Wmg zoals dat gold onder het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG.

Artikel 3

Op grond van 2 van de Wmg kunnen bij of krachtens amvb voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden verbonden aan de aangewezen cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg. Op grond hiervan is een werkbare bevoegdheidsverdeling gemaakt tussen de minister en de zorgautoriteit. In artikel 3 is opgenomen dat de minister een zorgaanbieder kan belasten met het beschikbaar hebben van cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg, omschreven bijlage 1 bij dit besluit. Aan de minister zijn voorbehouden die gevallen waarin zwaardere beleidsmatige en juridische afwegingen moeten worden gemaakt. 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 beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend. In het tweede lid is bepaald dat de NZa zorgaanbieders kan belasten met het beschikbaar hebben van cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg, omschreven in bijlage 2. Deze bovenstaande verdeling werkt door in artikel 4.

Artikel 4

Op grond van het eerste lid is de NZa bevoegd om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen voor cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg die zijn beschreven in de bijlagen met de bijbehorende beperkingen en voorwaarden.

Artikel 4 werkt de bevoegdheidsverdeling tussen minister en NZa verder uit die is neergelegd in artikel 2 van de Wmg. Die verdeling ziet er als volgt uit:

- De NZa kan een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de gevallen bedoeld in bijlage 2 zonder verklaring van geen bezwaar van de minister, mits beschikbaarheidsbijdrage valt onder artikel 5, aanhef en onder a tot en met d.
- De NZa kan alleen een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de vormen van zorg bedoeld in bijlage 1 met een verklaring van geen bezwaar van de minister, ongeacht of de beschikbaarheidsbijdrage valt onder artikel 5, aanhef en onder a tot en met d of e.
- De NZa kan alleen een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de gevallen bedoeld in bijlage 2 met een verklaring van geen bezwaar van de minister, indien de beschikbaarheidsbijdrage valt onder artikel 5, aanhef en onder e (m.a.w. een beschikbaarheidsbijdrage voor de in bijlage 2 genoemde gevallen die valt onder een voorwaarde uit bijlage 1).

De NZa kan een procedure voor een beschikbaarheidsbijdrage starten op aanvraag van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar of ambtshalve. Dit besluit regelt dat de bijdrage op grond van artikel 2 van de Wmg mede onder de in de bijlagen opgenomen voorwaarden moet worden toegekend.

Indien de NZa voor de desbetreffende cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg een beschikbaarheidsbijdrage aangewezen acht en deze niet past in een van de categorieën van zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies als bedoeld in bijlage 2 van de bijlage bij het besluit, meldt de NZa dat bij de minister. Deze beoordeelt of het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage in strijd is met het recht of het algemeen belang.. Met artikel 4, tweede lid, kan de minister voorstellen voor een beschikbaarheidsbijdrage afwijzen die daarop een inbreuk maken. Dat sluit aan bij artikel 10:27 Awb en geeft de minister een discretionaire bevoegdheid. De NZa kan een besluit tot toekenning van beschikbaarheidsbijdrage voor die vormen van staatssteun pas nemen indien de minister daarvoor een verklaring van geen bezwaar aan de NZa heeft verstrekt

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 NZa door de minister. Dit houdt in dat onder strijd met het algemeen belang mede wordt verstaan het ontbreken van financiële middelen, het ontbreken van een voldoende afbakening met andere zorg, werkzaamheden, voorzieningen of functies of het ontbreken van voldoende kosteninzicht in de activiteiten of voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van de desbetreffende categorieën van zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies.

Als de minister oordeelt dat er van strijd met recht of algemeen belang sprake is, informeert hij de NZa en onthoudt de minister de NZa de verklaring van geen bezwaar. De NZa mag zonder die verklaring geen beschikbaarheidsbijdrage 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 NZa gemeld en verleent de minister de NZa de verklaring van geen bezwaar. De NZa bepaalt vervolgens op grond van haar beleidsregels de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage 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 NZa 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 NZa het oordeel van de Europese Commissie laat weten en de verklaring van geen bezwaar verleent. De NZa bepaalt vervolgens op grond van haar beleidsregels de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage 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 beschikbaarheidsbijdrage in

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

Artikel 5

In artikel 5 staan de vormen opgesomd waarin de beschikbaarheidsbijdrage kan worden verleend op de wijze waarop deze vormen binnen de Europese Unie zijn onderscheiden. De NZa controleert bij het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage 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 beschikbaarheidsbijdrage uit te gaan van normatieve kosten en normatieve opbrengsten onder de voorwaarde dat de normatieve inkomsten en normatieve opbrengsten achteraf worden gecontroleerd om overcompensatie te voorkomen.

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 beschikbaarheidsbijdrage zijn opgenomen in de onderdelen a tot en met c en e, van onderhavig besluit.

Onderdeel d betreft de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen als bedoeld in Verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (PbEU L 114). Voor diensten van algemeen economisch belang (DAEB) geldt dat onder limitatieve voorwaarden zoals genoemd in de betreffende verordening, bedragen onder EUR 500.000,- per onderneming, voor een periode van drie jaar niet als staatssteun worden beschouwd. Dit hoeft daarom niet genotificeerd te worden.

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

Artikel 6

Dit besluit treedt in werking als de in het bij koninklijk boodschap van 8 april 2016 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg (34 445) tot wet is of wordt verheven en de daarin opgenomen artikelen 2 en 56b van de Wmg in werking zijn getreden.

Artikel 7

Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG worden op grond van deze bepaling ingetrokken. Dit maakt deze algemene maatregel van bestuur de enige die nog is overgebleven onder de Wmg. Het overgrote deel van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG is op basis van dit besluit is door wijziging van de Wmg niet meer noodzakelijk. Het overgebleven deel is opgenomen in artikel 2 van dit besluit. Zie verder de artikelsgewijze toelichting bij artikel 2.

Bijlage 1 en 2

Vanwege de overzichtelijkheid is ervoor gekozen de cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg die voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking kunnen komen op te nemen in de bijlagen bij dit besluit. In die bijlagen worden ook de daarbij relevante voorwaarden, voorschriften en beperkingen als bedoeld in artikel 2, derde en vierde lid, van de Wmg vermeld. Bijlage 1 bevat de cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg als bedoeld in artikel 2, derde lid, waarvoor op grond van artikel 2, tweede lid, van dit besluit een verklaring van geen bezwaar van Onze Minister is vereist, alvorens de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen. In bijlage twee zijn de gevallen opgenomen waarin die verklaring niet noodzakelijk is voor de toekenning van de NZa. Deze bijlagen komen overeen met het vervallen Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Hierin zijn geen inhoudelijke wijzigingen aangebracht.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers