

Vergaderjaar 2011–2012

32 393

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)

Nr. 16

Ontvangen ter Griffie van de Tweede Kamer op 29 mei 2012.
Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 29 juni 2012.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 mei 2012

Inleiding

Met deze brief kondig ik aan voornemens te zijn op grond van artikel 7 juncto de artikelen 57 en 59 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, over de inzet van het instrument beschikbaarheidbijdrage als bedoeld in artikel 56a van de WMG voor in deze voorhangbrief omschreven vormen van curatieve zorg.

Ik informeer u hierbij, op grond van artikel 8 van de WMG, over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van deze aanwijzing. Overeenkomstig laatstgenoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de zijde van een van de Kamers der Staten-Generaal geen vragen zijn gesteld zal ik de aanwijzing aan de zorgautoriteit zo spoedig mogelijk na die periode doen uitgaan. Indien van de zijde van de Kamers vragen zijn gesteld zal ik die beantwoorden en daarna afhankelijk van de vragen de aanwijzing aan de zorgautoriteit zo spoedig mogelijk doen uitgaan. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.

Te uwer informatie is bij brief aan beide Kamers der Staten-Generaal (Kamerstuk 32 393, nr. 15) een uitgebreide algemene toelichting over de toepassing van het instrument beschikbaarheidbijdrage gezonden. Korthedshalve verwijs ik voor de toelichting op de toepassing van het instrument naar die brief en vervolg met de voorgenomen inzet van het instrument beschikbaarheidbijdrage voor onderscheiden vormen van curatieve zorg. In deze voorhangbrief wordt de voorgenomen aanwijzing geschetst in de bijbehorende context.

Beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorg

Ik heb het voornemen in de voorgenomen aanwijzing de onderstaande vormen van zorg op te nemen die onder de daarbij te stellen voorwaarden, voorschriften en beperkingen, in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Voor deze vormen van zorg kan de zorgautoriteit zonder verklaring van geen bezwaar van de minister een beschikbaarheidsbijdrage toekennen. Op grond van de opdracht in de aanwijzing zal de zorgautoriteit voor de uitvoering beleidsregels en beschikkingen vaststellen.

1. **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. 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. 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. De zorgautoriteit dient voor de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 2013 en de zorgaanbieders die met academische zorg worden belast uit te gaan van de situatie in 2012, met dien verstande dat de zorgautoriteit bij de toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage rekening houdt met een korting van € 10 miljoen voor academische zorg, zoals opgenomen in de bijlage bij de begroting van het Ministerie van VWS. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen economisch belang.

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 Staat der Nederlanden, vertegenwoordigd door de ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft daarover met de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra een convenant gesloten, het convenant Decentrale Huisvesting Academische Ziekenhuizen.

De aanvullende bekostiging van kapitaallasten van het Nederlands Kanker Instituut / Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis door middel van een beschikbaarheidsbijdrage blijft ongewijzigd. Met betrekking tot de aanvullende kapitaallasten voor universitair medische centra wordt een afzonderlijke voorhangbrief gezonden. Korthedshalve verwijs ik u daarnaar.

2. **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 × 24 uur beschikbaar zijn en er voor zorgen dat solide organen worden uitgenomen. Op 22 december 2011 zijn bij brief aan de Tweede Kamer der Staten-

Generaal de voornemens over een toekomstige structuur en bekostiging van donorwerving en orgaanuitname bekend gemaakt (Kamerstukken II 20011/12, 28 140, 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. Wel is de zorgautoriteit gevraagd een kostenonderzoek uit te voeren op basis van de afbakening in haar advies. Over het uitgevoerde onderzoek zal ik uw Kamer berichten. De experimenten die in 2012 tot en met 2014 lopen waarbij de teams zijn uitgebreid kunnen daarbij buiten beschouwing worden gelaten. Afhankelijk van de resultaten van het kostenonderzoek zal in de aanwijzing worden aangegeven waar de zorgautoriteit bij de opbouw, hoogte en wijze van berekening van de beschikbaarheidsbijdrage van dient uit te gaan en welke voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen daaraan worden verbonden. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen belang.

3. **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 draagt zorg voor de opvang van groepen militaire en civiele slachtoffers van rampen en crises in binnen- en buitenland. Het calamiteitenhospitaal is een onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Bij het calamiteitenhospitaal betrokken partijen zijn de minister van Defensie, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het UMC Utrecht. De verantwoordelijkheidsverdeling wordt opgenomen in een convenant. Het calamiteitenhospitaal is nadrukkelijk bedoeld als aanvulling op de reguliere zorginstellingen. Het wordt alleen opengesteld voor groepen slachtoffers van zes personen of meer. De situaties waarin het calamiteitenhospitaal opengesteld kan worden gesteld zijn:
- a. op verzoek van de Minister van Defensie in geval van oorlog en oorlogsdreiging, crisis of conflictbeheersing waarbij groepen Nederlandse militaire slachtoffers moeten worden opgevangen dan wel van ongevallen in het buitenland waarbij te repatriëren groepen militairen betrokken zijn;
 - b. op verzoek van de Minister van VWS in geval van ongevallen in het buitenland waarbij te repatriëren groepen Nederlandse burgers betrokken zijn, in geval de Nederlandse overheid hulp aanbiedt bij de medische opvang van buitenlandse slachtoffers van ongevallen in het buitenland dan wel in geval van een uitbraak van bijzondere infectieziekten;
 - c. in geval van calamiteiten, aanslagen of grote ongevallen in Nederland die de reguliere opvangcapaciteit te boven gaan.
- Er wordt een convenant opgesteld waarin door de Staat de Nederlanden, vertegenwoordigd door Minister van Defensie en Minister van VWS, en het UMC Utrecht afspraken worden neergelegd over instandhouding en gebruik van de voorziening. Ondertekening van het convenant is voorzien in de zomer 2012. Vier jaar na inwerkingtreding wordt het convenant geëvalueerd.

In het convenant worden ook afspraken gemaakt over de financiële bijdrage van de Staat aan de instandhouding van het calamiteitenhospitaal. Ik ben voornemens de zorgautoriteit een aanwijzing te geven een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen voor het UMC Utrecht voor de instandhouding van het calamiteitenhospitaal. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van een compensatie voor geleverde diensten van algemeen belang.

4. **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. De elf traumacentra dragen zorg voor de opvang en behandeling van multi-traumapatiënten, die 7 × 24 per dag beschikbaar is. 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.

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 beschikbaarheidsbijdrage niet volledig wordt benut wordt de beschikbaarheidsbijdrage bij de definitieve vaststelling aangepast.

Er wordt in 2012 gestart met een nadere afbakening van noodzakelijke activiteiten en voorzieningen gemaakt, op grond waarvan een nader kostenonderzoek wordt gestart. De afbakening en het daarbij behorend kostenonderzoek zullen te gelegener tijd uitmonden in een aanwijzing aan de zorgautoriteit.

De zorgautoriteit dient voor de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 2013 en de zorgaanbieders die met deze zorg worden belast uit te gaan van de situatie in 2012. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen belang.

5. **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 × 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 × 24 uur beschikbare medisch specialistische 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 × 24 uur parate medisch specialistische teams en twee voertuigen met 7 × 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 beschikbaarheidsbijdrage. 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. De zorgautoriteit voert momenteel een kostenonderzoek uit op basis van de afbakening in haar advies. In het kostenonder-

zoek onderzoekt de zorgautoriteit ook hoe de kosten van deze zorg in zijn geheel in een tarief kunnen worden versleuteld, zo nodig gedifferentieerd naar aanbieder. Op basis van deze informatie kan een zuivere afweging in het kader van de vast te stellen afbakening worden gemaakt. Dit kostenonderzoek wordt na de zomer afgerond. Over het uitgevoerde onderzoek zal ik uw Kamer berichten. Afhankelijk van de resultaten van het kostenonderzoek zal in de aanwijzing worden aangegeven waar de zorgautoriteit bij de hoogte, opbouw en wijze van berekening van de beschikbaarheidsbijdrage dient uit te gaan en welke voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen daaraan worden verbonden.

Voorwaarde voor toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage is in ieder geval dat de opbrengsten uit tarieven die door de zorgaanbieder in rekening zijn gebracht in verband met het verlenen van deze zorg niet toereikend zijn om de vorm van zorg beschikbaar te houden. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen economisch belang.

6. **Spoeisende hulp.** Het gaat hier om zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. De spoedisende hulp (SEH) betreft het behandelen van spoedisende 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 × 24 uur over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige beschikt. Bij spoedisende hulp (SEH) geldt de voorwaarde dat een afdeling SEH binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en 7 × 24 uur over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige beschikt.

Voorwaarde voor toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage 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.

In de aanwijzing wordt de zorgautoriteit opgedragen voor het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage voor SEH de thans geldende criteria en normen te hanteren zoals hierboven beschreven. Voor de zorgaanbieders die de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH in 2012 ontvingen en die daar in 2013 nog steeds recht op hebben, kan de zorgautoriteit uitgaan van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 2012. Voor zorgaanbieders die eerst in 2013 een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend stelt de zorgautoriteit op basis van door de zorgautoriteit vast te stellen beleidsregels de bijdrage vast. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen economisch belang.

Op 1 maart 2012 is een brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden over kwaliteit en bereikbaarheid van de acute zorg in Nederland (Kamerstukken II 2011/12, 29 247, nr. 171). In die brief is beschreven wordt omgegaan met de adviezen van de Gezondheidsraad, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen over die zorg. Zodra dat tot nieuwe inzichten leidt zal dat te gelegener tijd uitmonden in een aanwijzing aan de zorgautoriteit.

7. **Acute verloskunde.** Verloskundige zorg in geval van een spoedisende 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 spoedisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart.

Voorwaarde voor toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage 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.

Het hiervoor bij het onderdeel SEH vermelde met betrekking tot de brief van 1 maart 2012 is ook van toepassing voor acute verloskunde. In de aanwijzing wordt de zorgautoriteit opgedragen voor het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage voor acute verloskunde de thans geldende criteria en normen te hanteren zoals hierboven beschreven. In 2012 voert de zorgautoriteit een voorbereidend onderzoek uit. Voor zorgaanbieders die eerst in 2013 een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend stelt de zorgautoriteit op basis van door de zorgautoriteit vast te stellen beleidsregels de bijdrage vast. Afhankelijk van de resultaten van het onderzoek zal ik in de aanwijzing aangeven waar de zorgautoriteit bij de opbouw, hoogte en wijze van berekening van de beschikbaarheidsbijdrage van dient uit te gaan en welke voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen daaraan worden verbonden. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen economisch belang.

8. **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. In haar advies Afbakening beschikbaarheidsbijdrage 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 brandwonden-centrum. Ik hecht eraan dat deze strengere Nederlandse doorverwijs-criteria worden gecontinueerd, mede gelet op de specifieke Nederlandse situatie waarbij de ruime aandacht voor preventie van brandwonden in Nederland heeft geleid tot een relatief lager aantal brandwondenpatiënten. Bij continuering van Nederlandse doorverwijs-criteria 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 beschikbaarheidsbijdrage dekt dan de vaste kosten, waarmee de kosten van het in stand houden van de infrastructuur gedekt worden.

Aan de zorgautoriteit is gevraagd een kostenonderzoek uit te voeren met inachtneming van het voorgaande. Over het uitgevoerde kostenonderzoek zal ik uw Kamer berichten. Afhankelijk van de resultaten van het kostenonderzoek zal ik in de aanwijzing worden aangegeven waar de zorgautoriteit bij de opbouw, hoogte en wijze van berekening van de beschikbaarheidsbijdrage van dient uit te gaan en welke voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen daaraan worden verbonden.

Voorwaarde voor toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage is in ieder geval dat de opbrengsten uit tarieven die door de zorgaanbieder in rekening zijn gebracht in verband met het verlenen van deze zorg niet toereikend is om de vorm van zorg beschikbaar te houden. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen economisch belang.

9. **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.

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 zorgautoriteit, na voorhang bij het parlement. Een voorbeeld van een dergelijke beschikbaarheidsbijdrage is de bijdrage die kan worden toegekend in het kader van het transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 (Aanwijzing; Stcrt. 2011, nr. 13950).

In het Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage 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 beschikbaarheidsbijdrage 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 voorhangbrief. De zorgautoriteit zal uitsluitend zorgaanbieders die recht hebben op een positief transitiebedrag belasten met een dienst van algemeen economisch belang. De zorgautoriteit dient bij de opbouw, hoogte en wijze van berekening van de beschikbaarheidsbijdrage en van voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen uit te gaan van hetgeen terzake in de desbetreffende aanwijzing(en) is aangegeven. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen economisch belang.

10. **Zorg verleend tijdens de overgangsregeling kapitaallasten.** Het wijzigen van de bekostiging van zorgaanbieders is een omvangrijke en ingrijpende operatie kan ook effect hebben op de vergoeding van kapitaallasten. De vergoeding voor de kapitaallasten van bijvoorbeeld algemene, academische en categorale ziekenhuizen 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.

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 Garantierегeling 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 budgetteringsstelsel 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 priјst. 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%

Voor zelfstandige revalidatiecentra, radiotherapeutische centra en dialysecentra is bij aanwijzing de zorgautoriteit opgedragen ook een overgangsregeling met betrekking tot kapitaallasten vast te stellen (Aanwijzing kapitaallasten transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012; Stcrt. 2012, nr. 1962). De garantie kent dezelfde afbouwpercentages.

De zorgautoriteit zal uitsluitend zorgaanbieders die recht hebben op een kapitaallastengarantie belasten met een dienst van algemeen economisch belang.

De zorgautoriteit dient bij de opbouw, hoogte en wijze van berekening van de beschikbaarheidsbijdrage en van voorwaarden, voorschriften en/of beperkingen uit te gaan van hetgeen terzake in de desbetreffende aanwijzing(en) is aangegeven. De beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend in de vorm van compensatie voor geleverde diensten van algemeen economisch belang.

Tenslotte

Ik hoop u met deze voorhangbrief voldoende te hebben geïnformeerd over de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage in de WMG voor boven omschreven vormen van curatieve zorg.

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