
200

Besluit van 9 juli 2026, houdende wijziging van het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG met betrekking tot het uitbreiden van de beschikbaarheidbijdrage voor zorg door mobiel medische teams [KetenID W GK028209]

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 8 juni 2026, kenmerk 4394851-1099702-WJZ;

Gelet op artikel 56a, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 17 juni 2026, no. W13.26.00161/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 juli 2026, kenmerk 4476118-1099702-WJZ;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3, onderdelen c en d, komen te luiden:

c. de-minimissteun als bedoeld in Verordening (EU) nr. 2023/2831 van de Commissie van 13 december 2023 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun (PbEU L, 2023/2831);

d. de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen als bedoeld in Verordening (EU) 2023/2832 van de Commissie van 13 december 2023 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen (PbEU L, 2023/2832);

B

Subonderdeel 6 van onderdeel B van de bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel a wordt «vier helikopters en voertuigen» vervangen door «vijf helikopters en voertuigen».

2. Onder vervanging van «en» aan het slot van onderdeel a door een puntkomma en onder verlettering van onderdeel b tot onderdeel c wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:

b. één voertuig met 7 x 24 uur parate medisch specialistische teams dat binnen twee minuten moet kunnen uitrukken; en

ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.

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

's-Gravenhage, 9 juli 2026

Willem-Alexander

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.Th.M. Hermans

Uitgegeven de *vijftiende* juli 2026

De Minister van Justitie en Veiligheid,
D.M. van Weel

NOTA VAN TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inleiding

Met dit besluit is subonderdeel 6 van onderdeel B van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG (hierna: Besluit) gewijzigd in verband met de uitbreiding van de zorg door Mobiel Medische Teams (hierna: MMT-zorg). Deze wijziging wordt hieronder verder toegelicht. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om de verwijzingen naar Europese (de-minimis) verordeningen in het Besluit te actualiseren. Dit is een technische wijziging die in de artikelsgewijze toelichting wordt toegelicht.

De uitbreiding van de MMT-zorg waarvoor een beschikbaarheidbijdrage kan worden verstrekt, betreft:

1. een extra helikopter en voertuig met een 7 x 24 uur paraat medisch specialistisch team die bij daglicht binnen twee minuten en in het donker binnen vijf minuten moeten kunnen uitrukken;
2. een extra voertuig met een 7 x 24 uur paraat medisch specialistisch team dat binnen twee minuten moet kunnen uitrukken.

Gebleken is dat de toegankelijkheid van MMT-zorg onder druk staat. Met dit besluit is de toegang tot deze zorg voor vitaal bedreigde patiënten beter geborgd. De komende vijf jaar zal samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) worden verkend of, en onder welke voorwaarden, tot reguliere bekostiging kan worden gekomen. Om de toegankelijkheid van MMT-zorg te borgen, is tot die tijd uitbreiding op basis van de huidige bekostigingswijze met de beschikbaarheidbijdrage nodig.

2. Achtergrond

MMT-zorg is pre-hospitale medische zorg, in aanvulling op ambulancezorg, waarbij hulp wordt geboden aan ernstig zieke of gewonde patiënten buiten het ziekenhuis. Hiervoor gebruikt het team meestal de helikopter («Lifeline»). Er zijn ook situaties waarbij het mobiel medisch team met een MMT-voertuig (auto) ter plaatse gaat. Het team dat zorg verleent aan vitaal bedreigde patiënten bestaat uit een medisch specialist (meestal anesthesioloog of chirurg/traumatoloog) en een gespecialiseerde verpleegkundige. Zij kunnen ter plaatse voorbehouden handelingen als bedoeld in de Wet op de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) verrichten, waartoe ambulancepersoneel niet bevoegd is.

Sinds 1999 zijn er in Nederland door de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen (hierna: Wbmv) vier traumacentra aangewezen die ieder zorg dragen voor een paraat MMT met voertuig en helikopter.¹ Op basis van geografische spreiding zijn Erasmus MC, Amsterdam UMC, Radboud MC en UMC Groningen aangewezen om deze taak uit te voeren. Er zijn op dit moment dus vier standplaatsen in Nederland voor Mobiel Medische Teams (hierna: MMT's) die beschikking hebben over een helikopter en voertuig met 7 x 24 uur parate medisch specialistische teams die bij daglicht binnen twee minuten en in het donker binnen vijf minuten moeten kunnen uitrukken.

¹ Kamerstukken II 1998–1999, 25 387, nr. 4 en Kamerstukken II 2005–2006, 29 247, nr. 37.

MMT-zorg, zoals hierboven beschreven, wordt op dit moment bekostigd via een beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om de beschikbaarheid van noodzakelijke vormen van zorg te waarborgen. In het Besluit staat welke vormen van zorg in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie die door de Nederlandse Zorgautoriteit aan aanbieders van MMT-zorg wordt toegekend. Dat er een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verstrekt voor MMT-zorg is geregeld in subonderdeel 6 van onderdeel B van de bijlage bij het Besluit.

3. Doel en noodzaak van dit besluit

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (hierna: LNAZ) heeft aangegeven dat tijdige inzet van MMT-zorg niet voor heel Nederland is gegarandeerd. De toegang tot MMT-zorg via de huidige vier MMT's is, zo geeft LNAZ aan, niet langer toereikend. De gelijke toegang tot zorg voor inwoners van bepaalde delen van Nederland (regio Gelderland/Overijssel en Limburg) staat onder druk. Om goede zorg voor vitaal bedreigde patiënten te garanderen in alle delen van Nederland, is uitbreiding van de huidige capaciteit noodzakelijk.

Dit besluit heeft positieve effecten op de toegankelijkheid van spoedzorg in (delen van) Nederland. Door dit besluit kunnen kritiek vitale patiënten in de benoemde gebieden (regio Gelderland/Overijssel en regio Limburg), die bijvoorbeeld een auto-ongeluk hebben gehad, tijdig de benodigde pre-medische zorg ontvangen. Dat is belangrijk in situaties waarbij iedere minuut kan tellen. Dit besluit voorziet tevens in een toekomstbestendige, landelijke MMT-dekking in het kader van de te verwachten bevolkingsgroei en de daarmee samenhangende toename van de zorgvraag.

In beginsel wordt in Nederland de zorg bekostigd uit de opbrengsten van in rekening gebrachte tarieven en prestaties. Op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) is het mogelijk om hiervan af te wijken en in uitzonderlijke gevallen een beschikbaarheidsbijdrage in te zetten voor vormen van zorg:

- waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van de Wmg in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden; of
- waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstoring zou werken; en
- die niet op andere wijze worden bekostigd.

De uitbreiding van MMT-zorg is door de NZa getoetst aan bovenstaande criteria. De NZa concludeert dat het mogelijk is om de kosten van de uitbreiding van de MMT-zorg toe te rekenen aan individuele verzekerden en dat dit niet tot marktverstoring leidt. De NZa adviseert tegelijkertijd om de gehele MMT-zorg op eenzelfde wijze te bekostigen.

De uitkomsten van deze toets geven aanleiding om, samen met NZa en betrokken veldpartijen, onderzoek te doen naar de mogelijkheid van bekostiging van MMT-zorg via prestaties en tarieven. Het Ministerie van VWS zal hiertoe dan ook een onderzoek starten. Het zal naar verwachting drie tot vijf jaar duren voordat eventuele bekostiging via prestaties en tarieven kan worden gerealiseerd. Het is echter onwenselijk hierop te wachten en vitaal kritieke patiënten in de genoemde regio's voor zo'n lange periode niet de noodzakelijke zorg te kunnen bieden. Om dit te ondervangen, is tot die tijd uitbreiding op basis van de huidige bekostigingswijze met de beschikbaarheidsbijdrage nodig, waar deze wijziging van het Besluit in voorziet.

LNAZ heeft door middel van een gevalideerd simulatiemodel in kaart gebracht waar de probleempunten in Nederland exact zitten en wat de beste manier is om die op te lossen. Daar volgt uit dat uitbreiding van de MMT-zorg met een 24/7 mobiel medisch team met helikopter en auto voor de regio Gelderland/Overijssel (standplaats in de omgeving van Teuge) en een 24/7 grondgebonden (auto) mobiel medisch team voor de regio Limburg de beste landelijke dekking geeft.

4. Gevolgen (m.u.v. financiële gevolgen)

LNAZ gebruikt in haar analyse van het bepalen van de dekking een responstijd van twintig minuten. Een dekking met een bereikbaarheid van twintig minuten is een betere keuze dan de in het verleden gebruikte dertig minuten. Gezien de huidige prehospitale interventiemogelijkheden en ontwikkelingen voor de zorg aan een acuut vitaal bedreigde patiënt geeft dit een betere gezondheidsuitkomst voor de patiënt. Door de mogelijk gemaakte bekostiging van uitbreiding van MMT-zorg ontstaat er een betere dekking van MMT-zorg over Nederland, waarbij een mobiel medisch team in een groot deel van Nederland in twintig minuten ter plaatse kan zijn. De toegankelijkheid van deze zorg neemt daardoor toe. Er blijven gebieden waar de MMT-zorg niet binnen twintig minuten ter plaatse kan zijn, maar wel binnen dertig minuten, en gebieden waar ook de dertig minuten net niet gehaald wordt. Het LNAZ heeft uitgebreid bekeken of het mogelijk is de gebieden aan de randen van Nederland ook binnen twintig dan wel dertig minuten bereikbaar te maken. Dat is met het oog op betaalbare en doelmatige zorg niet het geval. Door de uitbreiding kunnen MMT's echter wel efficiënter ingezet worden, waardoor de algemene bereikbaarheid over Nederland verbetert.

5. Regeldruk

Met deze wijziging worden er twee traumacentra extra aangewezen voor het uitvoeren van MMT zorg. Hiermee moeten ook deze traumacentra administratie uitvoeren om de middelen te kunnen benutten en hier ook verantwoording over afleggen. Voor deze twee traumacentra (c.q. de uitvoerders van MMT-zorg op de nieuwe locaties) zullen de administratieve lasten stijgen. Met de wijziging van deze Amvb wordt geregeld dat twee extra traumacentra een beschikbaarheidsbijdrage MMT zorg kunnen aanvragen bij de NZa.

Bij een beschikbaarheidsbijdrage hoort dat een aanbieder een aanvraag voor deze subsidie indient. Daarnaast moet men na afloop van het subsidiejaar verantwoording afleggen over de bestede middelen, inclusief een bijhorende accountantscontrole.

De verantwoording bestaat uit het verzamelen van de facturen en (loon)kosten uit de systemen, alloceren kosten per kostenpost, schrijven toelichting op de verantwoording inclusief onderliggende documenten en beantwoording vragen van de accountant op basis van de controle.

Tijdsinvestering en inschaling van de medewerker per MMT locatie, berekend op basis van de bestaande MMT locaties:

- Aanvraag beschikbaarheidsbijdrage: gemiddeld 2 werkdagen (16 uur); €864,- per jaar per organisatie, is €1728,- totaal.
- Vaststelling en verantwoording: gemiddeld 3 weken (96 uur); €5184,- per jaar per organisatie, is €10.368,- totaal.
- Aanvullend wordt er een accountantscontrole uitgevoerd (gemiddeld 40 uur in 2024); 2160,- per jaar per organisatie, is €4320,- totaal.
- Investering om kennis te nemen / zich op de hoogte te stellen van de verplichting, zal minimaal per organisatie zijn, omdat het hier gaat om uitbreiding van de zorg naar twee nieuwe aanbieders, en niet de

uitbreiding van de handelingen binnen de regeling. De twee nieuwe aanbieders zullen zich eenmalig op de hoogte moeten stellen van de regeling.

De NZa verwacht op dit moment dat bekostiging op basis van prestaties en tarieven meer regeldruk geeft dan de administratieve lasten die horen bij een beschikbaarheidsbijdrage.² Declaratie in individuele prestaties zou een toename van administratieve lasten betekenen ten opzichte van de administratieve lasten die horen bij een beschikbaarheidsbijdrage. Dit heeft primair te maken met het feit dat er nu geen patiëntenadministratie wordt gevoerd en dat er in het geval van reguliere prestaties en tarieven contract afspraken moeten worden gemaakt met zorgverzekeraars.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het geen omvangrijke gevolgen voor de regeldruk heeft.

6. Uitvoering

De NZa heeft een taak in het uitvoeren van de beschikbaarheidsbijdrage. De NZa heeft daarom een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uitgevoerd. Daaruit volgt dat de voorgenomen conceptwijziging van het Besluit door NZa uitvoerbaar wordt geacht. Ook brengt de wijziging van het Besluit geen nadelige effecten of nieuwe risico's met zich mee, waardoor deze als handhaafbaar wordt beschouwd.

7. Financiële gevolgen

Op basis van de kostenraming van de NZa worden de kosten voor deze uitbreiding geschat op € 14,7 miljoen structureel per jaar. Omdat de implementatie van de uitbreiding tijd kost en gefaseerd plaatsvindt, is er sprake van een opbouwende reeks.

8. Advies en consultatie

Het voorliggende besluit is gepubliceerd voor internetconsultatie, zodat geïnteresseerden een reactie konden geven op het voorstel. Er zijn in totaal 3 reacties ontvangen van twee organisaties en één anoniem. De twee organisaties die hebben gereageerd, zijn Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en portefeuillehouders GHOR in de besturen van de Veiligheidsregio's IJsselland, Twente en Noord- en Oost-Gelderland. Bij de consultatie is aangegeven dat het concept Besluit goed aansluit bij de gewenste uitbreiding in de zogenoemde witte vlekken. Naar aanleiding van de ontvangen reacties is een passage over de opstartfase van de MMT's in de nota van toelichting bij de voorgenomen wijziging van het Besluit aangepast. Het verslag van de internetconsultatie, zal worden gepubliceerd op www.internetconsultatie.nl.

II. Artikelsgewijs

Onderdeel A

In artikel 3 van het Besluit wordt verwezen naar de Europese verordeningen die het mogelijk maken een beschikbaarheidsbijdrage te verlenen en vast te stellen, zonder dat sprake is van ontoelaatbare staatssteun. In het Besluit werd nog verwezen naar een aantal verordeningen die inmiddels zijn vervangen door nieuwe verordeningen. Die verwijzingen

² Rapport Marktverstoringstoets uitbreiding beschikbaarheidsbijdrage (paraat) Medisch Mobiel Team met helikopter en voertuig (NZa, 2025).

zijn geactualiseerd. De nieuwe algemene de-minimisverordening en de nieuwe de-minimisverordening voor diensten van algemeen economisch belang (hierna: DAEB) zijn in 2023 vastgesteld door de Europese Commissie. In de nieuwe verordeningen staat een verhoging van de bestaande de-minimisdrempels naar € 300.000,- voor de algemene de-minimis respectievelijk € 750.000,- voor DAEB de-minimissteunverlening. Daarnaast is nog een aantal andere wijzigingen doorgevoerd, zoals de verplichting om gebruik te maken van een de-minimisregister op nationaal of op Europees niveau. Steun die wordt verleend conform de (DAEB) de-minimisverordening wordt niet als onrechtmatige staatssteun aangemerkt.

Onderdeel B

In subonderdeel 6 van onderdeel B van de bijlage van het Besluit is geregeld dat er een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verstrekt voor zorg door mobiel medische teams.

Dit besluit maakt het mogelijk dat een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verstrekt voor vijf in plaats van vier helikopters en voertuigen met 7 x 24 uur parate medisch specialistische teams die bij daglicht binnen twee minuten en in het donker binnen vijf minuten moeten kunnen uitrukken. Dit is opgenomen in onderdeel a.

Daarnaast kan er met dit besluit een beschikbaarheidsbijdrage worden verstrekt voor een voertuig met een 7 x 24 uur paraat medisch specialistisch team dat binnen twee minuten moet kunnen uitrukken. Dit is opgenomen onderdeel b (nieuw).

De beschikbaarheidsbijdrage voor twee voertuigen met 7 x 24 uur beschikbare medisch specialistische teams die binnen 25 minuten moeten kunnen uitrukken, zoals opgenomen in onderdeel c (nieuw), blijft ongewijzigd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.Th.M. Hermans