

## Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage Cure op aanvraag 2014

Kenmerk  
BR/CU-2119

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder e, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om beschikbaarheidsbijdragen vast te stellen.

Ingevolge artikel 59, aanhef en onder e Wmg heeft de Minister van VWS bij brief van op 12 december 2012 (kenmerk MC-U-3147126) ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

Op de beschikbaarheidsbijdrage is titel 4.2 Algemene wet bestuursrecht ('subsidies') van toepassing en het Besluit van de commissie van 20 december 2011 (C(2011)9380).

### 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op het beschikbaar hebben van zorg als bedoeld in artikel 2 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, juncto onderdeel B, onder 3, 5, 6 tot en met 9 van de bijlage. In artikel 4.1 van deze beleidsregel worden deze vormen van zorg benoemd.

### 2. Doel van de beleidsregel

Voor een aantal zorgprestaties van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om deze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid, specifieke deskundigheid of specifieke voorzieningen. Doel van deze beleidsregel betreft het bekostigen van deze zorgprestaties.

### 3. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

#### 3.1 Bijlage

Bijlage bij artikel 2 van het Besluit.

#### 3.2 Beschikbaarheidsbijdrage

Een bijdrage als genoemd in artikel 56a Wmg.

#### 3.3 Besluit

Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG van 24 augustus 2012, Staatsblad 2012 nr. 396.

#### 3.4 DBC-omzet brandwondenzorg

Onder DBC omzet in deze beleidsregel wordt verstaan de in het betreffende jaar gerealiseerde DBC's gespecialiseerde brandwonden zorg en de daarbij gerealiseerde IC add-on's.

*3.5 Minister*

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

**Kenmerk**

BR/CU-2119

*3.6 OTO*

Oefenen trainen Opleiden bij rampen en crises zoals vastgelegd op 16 oktober 2008 in het OTO-convenant.

**Pagina**

2 van 22

*3.7 SEH consult*

SEH consult met code 190015 (Beleidsregel BR/CU-2104  
Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg)

*3.8 Wmg*

Wet marktordening gezondheidszorg.

**4. Algemeen***4.1 Aangewezen vormen van zorg*

Bij of krachtens Besluit is door de Minister een aantal vormen van zorg aangewezen waarvoor de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen. Mede op basis van dit Besluit heeft de NZa onderhavig beleid ten aanzien van de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag door zorgaanbieders voor 2014 vastgesteld.

*De volgende vormen van zorg kunnen in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage:*

artikel 5	Gespecialiseerde brandwondenzorg;
artikel 6	Traumazorg door mobiel medische teams.
artikel 7	Spoedeisende Hulp
artikel 8	Acute verloskunde
artikel 9	Post Mortem Orgaanuitname
artikel 10	Traumazorg Oefenen, Trainen en Opleiden

*4.2 Aanvraag beschikbaarheidsbijdrage*

Een zorgaanbieder die een onder artikel 4.1 van deze beleidsregel genoemde zorgvorm levert kan een aanvraag indienen bij de NZa om in aanmerking te komen voor een beschikbaarheidsbijdrage.

Op grond van artikel 56a lid 2, onder a Wmg geeft de NZa op aanvraag toepassing aan artikel 56a leden 1 en 7 Wmg.

In verband met een verandertraject rondom het proces van de beschikbaarheidsbijdragen op aanvraag houdt de directie Cure van de NZa de zorgaanbieders op de hoogte van de details waar de indiening aan moet voldoen.

*4.3 Verlening beschikbaarheidsbijdrage*

Indien een aanvraag als bedoeld in artikel 4.2 van deze beleidsregel voldoet aan de gestelde eisen zal de NZa op grond van artikel 56a, lid 7 Wmg de zorgaanbieder belasten met een dienst van algemeen economisch belang of dienst van algemeen belang. Daarbij kan de NZa een beschikbaarheidsbijdrage verlenen.

*4.4 Declaratie beschikbaarheidsbijdrage*

De zorgaanbieder kan het bedrag van de beschikbaarheidsbijdrage, in rekening brengen bij het College Zorgverzekeringen (CVZ) ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

*4.5 Vaststelling beschikbaarheidsbijdrage*

Na afloop van het jaar waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is verleend, dient de aanbieder voor 1 juni een aanvraag tot vaststelling van deze bijdrage in bij de NZa.

Voor de aanvraag tot vaststelling van de beschikbaarheidsbijdragen op aanvraag 2014 van de:

- gespecialiseerde brandwondenzorg en
  - traumazorg door mobiel medische teams,
- zijn verantwoordingsformulieren en controleprotocollen beschikbaar op de website.

**Kenmerk**  
BR/CU-2119

**Pagina**  
3 van 22

Deze verantwoordingsformulieren en controleprotocollen worden tijdig bekend gemaakt op de website van de NZa.

De aanvraag tot vaststelling dient vergezeld te gaan van een accountantsverklaring.

De NZa geeft binnen 8 weken na ontvangst van het volledig ingevulde aanvraagformulier een beschikking af waarmee de beschikbaarheidsbijdrage definitief wordt vastgesteld.

Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag 2014  
Voor de verantwoording over de beschikbaarheidsbijdrage door aanbieders stelt de NZa een formulier beschikbaar.

#### *4.6 Indexering*

De bedragen in deze beleidsregel zijn op prijspeil ultimo 2013. Bij de verlening van de beschikbaarheidsbedragen 2014, in de verleningsbeschikking wordt rekening gehouden met de voorlopige indexen 2014. Bij de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage 2014 wordt rekening gehouden met de definitieve indexen 2014.

## **5. Gespecialiseerde brandwondenzorg**

### *5.1 Beschrijving zorg*

Gespecialiseerde brandwondenzorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 9, van de bijlage.

### *5.2 Criteria verlening*

Aanbieders van in artikel 5.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg die een aanvraag beschikbaarheidsbijdrage hebben gedaan bij de NZa als bedoeld in artikel 4.1 van deze beleidsregel voor de beschikbaarheid van gespecialiseerde brandwondenzorg en voldoen aan de gestelde voorwaarden. De aanvraag voor de beschikbaarheidsbijdrage brandwondenzorg 2014 wordt uiterlijk 31 december 2013 ingediend.

### *5.3 Aantal aanbieders dat wordt belast*

Op grond van het Besluit zal de NZa maximaal 3 instellingen belasten met de beschikbaarheid van de gespecialiseerde brandwondenzorg.

### *5.4 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage*

De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor de brandwondencentra wordt gebaseerd op de gemaakte kosten 2011 (gebaseerd op het kostenonderzoek uit 2012). Deze kosten zijn geïndexeerd naar 2013. Op deze kosten worden de gerealiseerde DBC omzet voor de gespecialiseerde brandwondenzorg en de bij deze DBC's gerealiseerde IC add-on's voor het betreffende jaar in mindering gebracht.

<b>Instelling</b>	<b>Personeel</b>	<b>Materieel</b>	<b>Max. bijdrage</b>
Martini	€ 5.011.475	€ 2.498.423	€ 7.509.898
Maasstad	€ 5.712.406	€ 2.847.865	€ 8.560.271
RKZ	€ 5.896.268	€ 2.939.527	€ 8.835.795

Kenmerk  
BR/CU-2119Pagina  
4 van 22*DBC's gespecialiseerde brandwonden*

14C653	979004002	Dag/ Diagnostisch (zwaar)/ Poli >2/ Routine onderzoek >2   Gespec brandwondenzorg	Dagbehandeling / Diagnostisch onderzoek / Meer dan twee polikliniekbezoeken bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C654	979004003	Oper 1-4/ Therapeutisch licht 1-4   Gespec brandwondenzorg	Een tot vier operaties of behandelingen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C655	979004004	Oper >4/ Therapeutisch licht >4   Gespec brandwondenzorg	Meer dan vier operaties of behandelingen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C656	979004005	Klin 1-5   Zonder operatie   Gespec brandwondenzorg	Maximaal 5 verpleegligdagen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C657	979004006	Klin 1-5   Met operatie   Gespec brandwondenzorg	Maximaal 5 verpleegligdagen (met operatie) bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C658	979004008	Licht ambulant   Gespec brandwondenzorg	Consult op de polikliniek bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C659	979004009	Klin 6-15   Zonder operatie   Gespec brandwondenzorg	6 tot maximaal 15 verpleegligdagen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C660	979004010	Klin 6-15   Met operatie   Gespec brandwondenzorg	6 tot maximaal 15 verpleegligdagen (met operatie) bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C661	979004011	Klin 29-56   Gespec brandwondenzorg	29 tot maximaal 56 verpleegligdagen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C662	979004012	Klin 16-28   Zonder operatie   Gespec brandwondenzorg	16 tot maximaal 28 verpleegligdagen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C663	979004013	Klin 16-28   Met operatie   Gespec brandwondenzorg	16 tot maximaal 28 verpleegligdagen (met operatie) bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C664	979004014	Klin 57-90   Gespec brandwondenzorg	57 tot maximaal 90 verpleegligdagen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg
14C665	979004016	Klin >90   Gespec brandwondenzorg	Meer dan 90 verpleegligdagen bij Gespecialiseerde brandwondenzorg

*IC add-on's*

190125	IC behandel dag groep 1. Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de IC.
190126	IC OPNAMETOESLAG GROEP 1. WORDT GEREgistREERD OP DE EERSTE IC BEHANDELDAG.
190127	IC beademingstoeslag groep 1.
190128	IC dialysetoeslag groep 1. Registreren naast IC behandel dag (190125), indien op een IC behandel dag op enig moment sprake is van nierdialyse onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.
190129	IC CONSULT. INTERCOLLEGIAAL CONSULT BUITEN DE IC, SPOED EN NIET-SPOED.
190130	Interklinisch IC transport(< 2 uur). Door medisch specialist fysiek begeleid transport van een IC-patiënt tussen ziekenhuizen.
190131	Interklinisch IC transport(>= 2 uur). Door medisch specialist begeleid transport van een IC-patiënt tussen ziekenhuizen.
190132	Micu transport < 2 uur.
190133	Micu transport >= 2 uur.
190134	IC behandel dag groep 2. Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de IC.
190135	IC OPNAMETOESLAG GROEP 2. WORDT GEREgistREERD OP DE EERSTE IC BEHANDELDAG.
190136	IC BEADEMINGSTOESLAG GROEP 2
190137	IC dialysetoeslag groep 2. Registreren naast IC behandel dag (190134), indien op een IC behandel dag op enig moment sprake is van nierdialyse onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.
190141	IC behandel dag groep 3. Een kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van medische behandeling van een patiënt op de IC.
190142	IC OPNAMETOESLAG GROEP 3. WORDT GEREgistREERD OP DE EERSTE IC BEHANDELDAG.
190143	IC BEADEMINGSTOESLAG GROEP 3
190144	IC dialysetoeslag groep 3. Registreren naast IC behandel dag (190141), indien op een IC behandel dag op enig moment sprake is van nierdialyse onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.
190150	Neonatale IC.
190151	Pediatrische IC.

De beschikbaarheidsbijdrage wordt als maximumbedrag vastgesteld aan het begin van het jaar en na afloop van het jaar wordt de gerealiseerde DBC omzet gespecialiseerde brandwonden hierop in mindering gebracht. Indien deze DBC omzet hoger is dan het maximum bedrag ontvangt de instelling geen beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerde brandwondenzorg. De gespecialiseerde brandwonden DBC's en IC add-on's kennen een maximumtarief. De NZa zal dit maximumtarief in mindering brengen, ongeacht welk tarief er in werkelijkheid is overeengekomen en/of gedeclareerd tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

**Kenmerk**  
BR/CU-2119

**Pagina**  
6 van 22

### **Honorariumtoeslag**

Voor wat betreft de honorariumtoeslag van de beschikbaarheidsbijdrage voor de gespecialiseerde brandwondenzorg zal de hoogte worden vastgesteld op de hoogte van de honorariumtoeslag over 2013.

Het afrekenen van het honorariumplafond en daarmee de honorariumtoeslag zal op de volgende manier plaatsvinden:

- In het geval de gerealiseerde honorariumomzet DOT productie/ IC Add-on's met betrekking tot de gespecialiseerde brandwondenzorg hoger is dan het vastgestelde honorariumplafond dan moet het verschil terugbetaald worden, conform de Beleidsregel Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten. Omdat het honorariumplafond gelijk is aan de honorariumtoeslag blijft er ook geen honorariumtoeslag meer over;
- In het geval de gerealiseerde honorariumomzet DOT productie/ IC Add-on's met betrekking tot de gespecialiseerde brandwondenzorg lager is dan het vastgestelde honorariumplafond dan wordt het verschil in mindering gebracht op de uit te keren honorariumtoeslag van de beschikbaarheidsbijdrage.

Op aanvraag van de instelling zal ook het honorariumdeel van de beschikbaarheidsbijdrage worden bevoorschot conform de systematiek als beschreven in onderdeel 13 van deze beleidsregel.

## **6. Zorg verleend door MMT's met helikopter**

### *6.1 Beschrijving zorg*

Traumazorg door mobiel medische teams (helikopter) als bedoeld onderdeel B, aanhef en onder 6, van de bijlage.

### *6.2 Criteria verlening*

Aanbieders van in artikel 6.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg die een aanvraag beschikbaarheidsbijdrage hebben gedaan bij de NZa als bedoeld in artikel 4.2 van deze beleidsregel voor de beschikbaarheid van MMT's met helikopter en voldoen aan de gestelde voorwaarden. De aanvraag voor de beschikbaarheidsbijdrage MMT met helikopter 2014 wordt uiterlijk 31 januari 2014 ingediend.

### *6.3 Aantal aanbieders die een bijdrage kunnen ontvangen.*

Op grond van het Besluit zal de NZa maximaal 4 instellingen belasten met de beschikbaarheid van een MMT met helikopter.

### *6.4 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage*

De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage wordt gebaseerd op de volgende posten:

*Leasekosten*

De leasekosten voor de helikopter met piloot op basis van werkelijke kosten van het leasecontract en de gerealiseerde vluchten van het betreffende jaar.

Kenmerk

BR/CU-2119

Pagina

7 van 22

*Personele inzet*

Kosten personele inzet op basis van de norm dat een inzet van 24 uur/7 dagen per week om 5,5 fte vraagt van medisch specialisten en 6 fte voor voorgeschreven 25,5 uursdiensten van de verpleegkundige per 24-uur.

- De salariskosten voor een medisch specialist worden gebaseerd op BR/CU 2031 uit 2011 met loonindex 2012 (=195.686 euro per jaar).
- De salariskosten voor een gespecialiseerde verpleegkundige worden gebaseerd op de CAO UMC's 2011-2013 schaal 9, trede 8 (salaris 1-8-2012) (=3.605 euro per maand) plus onregelmatigheidstoeslag (47% na 20u en zaterdag na 12u, 72% zon- en feestdagen) plus vakantietoeslag van 8% en eindejaarsuitkering van 8,3%.

*Heliplatform, kapitaallasten, huur en buitenlandse inzet*

De kosten voor het helikopter platform zijn deels op basis van normering. Indien een instelling de helikopter op het dak heeft gestationeerd zijn er enerzijds kapitaallasten die zijn genormeerd op 8,7% van de personele kosten en zijn er anderzijds kosten voor de 24/7 beschikbaarheid van een landingsofficer. De salariskosten van een landingsofficer worden gebaseerd op CAO UMC's 2011-2013 schaal 5, trede 5 (salaris 1-8-2012) (=2.141 euro per maand), plus onregelmatigheidstoeslag (47% na 20u en zaterdag na 12u, 72% zon- en feestdagen) plus vakantietoeslag van 8% en eindejaarsuitkering van 8,3%. Als de helikopter niet op het dak van de instelling is gestationeerd kan het zijn dat er huurkosten moeten worden betaald. Als dat zo is worden deze integraal opgenomen in de beschikbaarheidsbijdrage. Voor de instellingen die de helikopter elders gestationeerd hebben wordt geen kapitaallasten vergoeding meegenomen in de beschikbaarheidsbijdrage, net als bij de andere instellingen die beschikken over een landingsfaciliteit worden de kosten hiervoor geacht gedekt te worden door de reguliere productie.

De vergoeding voor het MMT voertuig gaat via de beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage Cure ambtshalve. Opbrengsten van buitenlandse inzetten worden op de beschikbaarheidsbijdrage in mindering gebracht.

*Overige directe kosten*

Ten behoeve van de overige kosten die een directe relatie hebben met de functie zullen de volgende normbedragen worden gehanteerd.

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| – kosten m.b.t. dienstkleding | € 21.000,- |
| – opleidingskosten            | € 35.000,- |
| – patiëntgebonden kosten      | € 50.000,- |
| – hotelmatige kosten          | € 5.000,-  |

De hoogte van deze normbedragen is gebaseerd op onderbouwing aangeleverd door de betrokken instellingen. Hier is een best practice gehanteerd door de NZa. Binnen de post opleidingskosten is een bedrag van € 30.000,- geoormerkt voor de opleiding tot Helicopter Crew Member (HCM). Uitgangspunt is per MMT 1 opleiding tot HCM-er per twee jaar.

*Overhead kosten*

Een 5% opslag op de personele kosten ten behoeve van de overhead van de instelling, waaronder management, ondersteunende afdelingen, kantoor en administratie.

## 7. Spoedeisende Hulp

Kenmerk  
BR/CU-2119

Pagina  
8 van 22

### 7.1 Beschrijving zorg

Spoedeisende hulp als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7, van de bijlage.

### 7.2 Criteria verlening

Aanbieders van in artikel 7.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg die een aanvraag beschikbaarheidsbijdrage hebben gedaan bij de NZa als bedoeld in artikel 4.2 van deze beleidsregel voor de beschikbaarheid van spoedeisende hulp en voldoen aan de onderstaande criteria voor verlening. Een initiële aanvraag voor een bijdrage voor deze functie kan gedurende het jaar worden gedaan. Na een eventuele toekenning dient een aanvraag tot verlening voor 1 december jaar t-1 te worden gedaan. De aanvraag tot vaststelling dient voor 1 juni jaar t+1 te worden gedaan.

Op grond van de aanwijzing kan de NZa pas een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de spoedeisende hulp als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- (1) er is sprake van een (dreigende) sluiting van een SEH;
- (2) de zorgverzekeraar kan niet meer aan de op hem rustende zorgplicht voldoen en dat is hem wegens overmacht niet aan te rekenen;
- (3) de 45-minutennorm is in gevaar;
- (4) er zijn geen andere oplossingen mogelijk.

### 7.3 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage

#### Kosten Personeel

Om 24/7 beschikbaarheid te borgen gaat de NZa uit van 5,5 fte aan SEH-artsen en 5,5 fte aan SEH-verpleegkundigen. De salaris kosten van de SEH-arts worden bepaald op € 190.067,- gebaseerd op artikel 62 van de beleidsregel 2087 transitiebekostigingsstructuur Medisch Specialistische Zorg (BR/CU-2087). De salaris kosten van de SEH verpleegkundige worden gebaseerd op trede 5 van functiegroep 55 uit de CAO ziekenhuizen. De NZa houdt rekening met een opslagpercentage voor de werkgeverslasten van 30%.

#### Kosten Materieel

De NZa gaat uit van een verhouding materieel-personeel 30% - 70%.

#### Kosten Kapitaal

De opslag voor kapitaalslasten bedraagt 8,7%.

#### Vaststellen van de opbrengsten

De beschikbaarheidsbijdrage beoogt alleen een eventueel tekort te dekken. Opbrengsten die een SEH genereert zullen dus in mindering worden gebracht. De bepaling van de opbrengsten zal per individueel geval bepaald worden op basis van de gerealiseerde SEH-consulten en een normatieve opbrengst per SEH-consult van € 90,-.

De beschikbaarheidsbijdrage wordt als maximumbedrag vastgesteld aan het begin van het jaar en na afloop van het jaar worden dan de gerealiseerde SEH-consulten hierop in mindering gebracht. Indien de omzet via de SEH-consulten hoger is dan het maximum bijdrage ontvangt de instelling geen beschikbaarheidsbijdrage.



## **8. Acute verloskunde**

**Kenmerk**  
BR/CU-2119

**Pagina**  
9 van 22

### *8.1 Beschrijving zorg*

Acute verloskunde als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 8, van de bijlage.

### *8.2 Criteria verlening*

Aanbieders van in artikel 6.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg die een aanvraag beschikbaarheidsbijdrage hebben gedaan bij de NZa als bedoeld in artikel 4.2 van deze beleidsregel voor de beschikbaarheid van acute verloskunde en voldoen aan de onderstaande criteria voor verlening. Een initiële aanvraag voor een bijdrage voor deze functie kan gedurende het jaar worden gedaan. Na een eventuele toekenning dient een aanvraag tot verlening voor 1 december jaar t-1 te worden gedaan. De aanvraag tot vaststelling dient voor 1 juni jaar t+1 te worden gedaan.

Op grond van de aanwijzing kan de NZa pas een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de acute verloskunde als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- (1) er is sprake van een (dreigende) sluiting van de verloskunde functie,
- (2) de zorgverzekeraar kan niet meer aan de op hem rustende zorgplicht voldoen en dat is hem wegens overmacht niet aan te rekenen,
- (3) de 45-minutennorm is in gevaar;
- (4) er zijn geen andere oplossingen mogelijk.

### *8.3 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage*

#### Kosten Personeel

Om 24/7 beschikbaarheid te borgen gaat de NZa uit van 5,5 fte gynaecoloog of 5,5 fte obstetrisch professional. Als de gynaecoloog en de obstetrisch professional elkaar afwisselen in diensten zal de verhouding worden bepaald op basis van daadwerkelijke inzet. Opgeteld zal het aantal fte maximaal 5,5 bedragen. De salaris kosten van de gynaecoloog worden bepaald op € 190.067,- gebaseerd op artikel 62 van de beleidsregel 2087 transitiebestedingsstructuur Medisch Specialistische Zorg (BR/CU-2087). De salaris kosten van de Obstetrisch professional worden gebaseerd op trede 5 van functiegroep 55 uit de CAO ziekenhuizen. De NZa houdt rekening met een opslagpercentage voor de werkgeverslasten van 30%.

#### Kosten Materieel

Er wordt uitgegaan van een verhouding materieel-personeel 30% - 70%.

#### Kosten Kapitaal

De opslag voor kapitaalslasten bedraagt 8,7%.

#### Vaststellen van de opbrengsten

De beschikbaarheidsbijdrage wordt als maximumbedrag vastgesteld aan het begin van het jaar hierop wordt in mindering gebracht een inschatting van het in dat jaar te realiseren opbrengsten verloskunde. Na afloop van het jaar wordt de beschikbaarheidsbijdrage vastgesteld op basis van de daadwerkelijk gerealiseerde opbrengsten verloskunde dat jaar. De NZa heeft per product een percentage vastgesteld van de mate waarin het betreffende product kan worden toegerekend aan de activiteiten van de beschikbare gynaecoloog/obstetrisch professional.

## Onderstaand een overzicht hiervan

Kenmerk  
BR/CU-2119Pagina  
10 van 22

zorgproduct_code	zorgproduct_medische omschrijving	kosten totaal profiel	kosten profiel BB_strikt	percentage_strikt
150101002	Oper wegens extra-uteriene zwangerschap   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 2.300,61	€ 982,74	42,7%
150101003	Diagnostisch (zwaar)   Therapeutisch licht   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 457,28	€ 47,29	10,3%
150101004	Klin kort   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 993,91	€ 2,23	0,2%
150101006	(Abortus) curettage   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 1.051,66	€ 416,36	39,6%
150101007	Dag/ Poli >2/ Routine onderzoek >2   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 394,68	€ -	0,0%
150101008	Klin (zeer) lang   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 12.762,73	€ 2,83	0,0%
150101009	Klin middel   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 3.987,28	€ 6,06	0,2%
150101011	Licht ambulans   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 129,56	€ -	0,0%
159899004	Partus met complexe fluxusbehandeling OK   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 8.697,99	€ 1.794,88	20,6%
159899007	Sectio caesarea   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 2.747,70	€ 863,22	31,4%
159899008	Complicaties na partus   Dag/Klin cumulatief kort   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 881,54	€ 2,47	0,3%
159899010	Partus met (manuele) placenta-verwijdering/ oper cervixscheur   Zwangersch/bevall/kraamb beval	€ 2.530,27	€ 1.044,05	41,3%
159899012	Complicaties na partus   Dag/Klin cumulatief middel   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 2.744,24	€ 4,91	0,2%
159899013	Complicaties na partus   Complexe fluxusbehandeling OK   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/	€ 8.900,35	€ 1.002,91	11,3%
159899014	Begeleiding spontane partus stuit/ meerling   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 1.804,80	€ 573,80	31,8%
159899016	Complicaties na partus   (Manuele) placenta-verwijdering/ oper cervixscheur   Zwangersch/bevall/	€ 1.522,86	€ 511,24	33,6%
159899017	Vaginale kunstverlossing   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 1.508,13	€ 466,12	30,9%
159899019	Begeleiding spontane partus   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 1.390,89	€ 541,62	38,9%

Indien de DBC omzet die aan deze functie wordt toegerekend hoger is dan de bijdrage ontvangt de instelling geen beschikbaarheidsbijdrage. Aangezien het hier gaat om een vrij tarief baseert de NZa het tarief op het landelijk gemiddelde tarief voor de betreffende producten.

## 9. Postmortem Orgaanuitname

### 9.1 Beschrijving zorg

Post mortem orgaanuitname bij donoren als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 3, van de bijlage.

### 9.2 Criteria verlening

Aanbieders van in artikel 9.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg die een aanvraag beschikbaarheidsbijdrage hebben gedaan bij de NZa als bedoeld in artikel 4.2 van deze beleidsregel voor de beschikbaarheid van postmortem orgaanuitname en voldoen aan de onderstaande criteria voor verlening.

Aanbieders van in de Amvb aangewezen vorm van zorg die tevens zijn aangewezen als donorumteam door de minister op grond van artikel 8 Wmbv.

Een initiële aanvraag voor een bijdrage voor deze functie kan gedurende het jaar worden gedaan. Na een eventuele toekenning dient een aanvraag tot verlening voor 1 december jaar t-1 te worden gedaan. De aanvraag tot vaststelling dient voor 1 juni jaar t+1 te worden gedaan.

### 9.3 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage

De beschikbaarheidsbijdrage PMO is een compensatie voor de betrokken UMC's voor de uitnamechirurgen in de aangewezen donorumteams. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage is opgebouwd uit:

#### Personele inzet

##### Aantal FTE per team

Berekening benodigd aantal fte voor 1 fte	
basis fte	1
vakantie 24 dgn zijnde 9%	0,09
compensatieverlof 36 uur	0,2
Verzuim (5%)	0,05
totaal	1,34
Voor een team van 2 fte's	2,68

Kosten personeelKenmerk  
BR/CU-2119

<b>Basis brutosalaris (bron *1)</b>	€ 9.865
<b>Grondslag toelagen*2</b>	€ 9.505
<b>Toeslagen*3</b>	€ 3.802
<b>Bezoldiging (salaris+ toelagen)</b>	€ 13.667
<b>Vakantiegeld (8% bezoldiging)</b>	€ 1.093
<b>Eindejaarsuitkering (8,3% basis brutosalaris)</b>	€ 819

<b>Totaal maand</b>	€ 15.579
---------------------	----------

<b>Opslag werkgeverslasten 30%</b>	€ 4.674
<b>Per jaar</b>	€ 243.035

\*1 het salaris van een arts is afhankelijk van ervaring en bedraagt 9865,- (niveau 2012) voor een universitair medische specialist (schaal UMS, periodiek 8) bij een volledig dienstverband (1 fte)

\*2 toelagen gaan over periodiek 7

\*3 toeslag 24-uursdiensten (20%) + toeslag verzwarende omstandigheden (20%)

Kosten materieel

Er wordt uitgegaan van een verhouding materieel-personeel 30% - 70%.

Kosten kapitaallasten

De opslag voor kapitaallasten bedraagt 8,7%.

**10. Traumazorg Oefenen, Trainen en Opleiden***10.1 Beschrijving zorg*

Traumazorg voor wat betreft Oefenen, Trainen en Opleiden ten behoeve van rampen als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 5, van de bijlage.

*10.2 Criteria verlening*

Aanbieders van de in artikel 10.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg die een aanvraag beschikbaarheidsbijdrage hebben gedaan bij de NZa als bedoeld in artikel 4.2 van deze beleidsregel voor de beschikbaarheid van traumazorg voor wat betreft Oefenen, Trainen en opleiden en voldoen aan de criteria voor verlening.

*10.3 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage*

De NZa baseert de hoogte van verlening op de aanvraag van de aanbieder. De aanbieder kan voor subsidiejaar 2014 de aanvraag indienen tot 15 april 2014. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage is maximaal € 1.037.036,- voor een algemeen ziekenhuis en maximaal € 1.047.703,- voor een academisch ziekenhuis. De NZa baseert deze bedragen op het convenant inzake OTO middelen dat is gesloten tussen VWS en de Traumacentra. De genoemde bedragen zijn op prijspeil ultimo 2013.

Bij de aanvraag wordt door de aanvrager een begroting aangeleverd van de OTO activiteiten die de aanbieder verwacht te gaan uitvoeren in het betreffende jaar. Deze begroting is op project en activiteiten niveau.

OTO middelen kunnen door de aanbieder conform het convenant worden ingezet op de volgende activiteiten:

- 1) Voorbereiden, faciliteren en organiseren van activiteiten omtrent Oefenen, Trainen en Opleiden van de zorgsector;
- 2) Activiteiten gericht op voorbereiding op alle soorten rampentypingen conform de Leidraad Maatramp;
- 3) Voor zorgprocessen te weten geneeskundige hulp somatisch, preventieve openbare gezondheidszorg en psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen in het kader van het faciliteren, opzetten, organiseren van opleidingen, trainingen en oefeningen;
- 4) Voor financiering landelijke ondersteuningsstructuur;

Voor 1 juni na afloop van het betreffende subsidiejaar dient de aanbieder een aanvraag in tot vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage. Een vaststelling kan op grond van de subsidievereisten niet hoger zijn dan als toegekend in de initiële verleningsbeschikking. Het is bij de vaststelling mogelijk om andere activiteiten en projecten te verantwoorden en voor vergoeding in aanmerking te laten komen dan als opgegeven in de initiële aanvraag. Voorwaarde hierbij is wel dat deze activiteiten en projecten voldoen aan de vereisten als hierboven en in het convenant genoemd.

## **11. Voorwaarden, voorschriften en beperkingen**

De NZa zal de in dit artikel opgenomen voorwaarden, voorschriften en beperkingen opnemen in de beschikking inzake de beschikbaarheidsbijdrage.

11.1 De beschikbaarheidsbijdrage wordt uitsluitend besteed aan de activiteiten en daarmee verband houdende kosten van de vorm van zorg waarvoor deze is toegekend.

11.2 De zorgaanbieder draagt zorg voor een overzichtelijke en doelmatige administratie die een juist, volledig en actueel beeld geeft van de activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is toegekend.

11.3 Van alle uitgaven die betrekking hebben op activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is toegekend alsmede van alle inkomsten die in aanmerking kunnen worden genomen bij de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage bewaart de zorgaanbieder deugdelijke bewijsstukken.

11.4 De zorgaanbieder stelt de NZa en CVZ onverwijld in kennis van feiten of omstandigheden die redelijkerwijs van belang kunnen zijn voor wijziging of intrekking van de verlening of voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage.

11.5 De beschikbaarheidsbijdrage kan lager worden vastgesteld, indien:

- a. de activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is verleend niet of niet geheel hebben plaatsgevonden;
- b. de zorgaanbieder niet heeft voldaan aan de aan de beschikbaarheidsbijdrage verbonden verplichtingen;
- c. de zorgaanbieder onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beschikking op de aanvraag tot verlening zou hebben geleid; of
- d. de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage anderszins onjuist was en de zorgaanbieder dit wist of behoorde te weten.

## 12. Bevoorschotting

Kenmerk  
BR/CU-2119

Pagina  
13 van 22

Bij de beschikbaarheidsbijdrage past de NZa -behoudens bijzondere omstandigheden- bevoorschotting toe. De beschikbaarheidsbijdrage wordt in termijnen door middel van voorschotten betaalbaar gesteld volgens het betaalritme in twaalf gelijke termijnen.

## 13. Bevoorschotting gespecialiseerde brandwondenzorg

13.1 Vooruitlopend op de definitieve vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde brandwondenzorg als bedoeld in artikel 4.5, kan een zorgaanbieder de NZa in het aanvraag formulier verzoeken om met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage brandwondenzorg een voorschot toe te kennen respectievelijk een toegekend voorschot te wijzigen.

13.2 Het verzoek dient minimaal te omvatten:

De met inachtneming van het bepaalde in deze beleidsregel begrote omvang van de DBC productie gespecialiseerde brandwonden en IC add-on's voor het jaar waarop de bevoorschotting betrekking heeft.

13.3 Als het verzoek niet gelijktijdig bij de aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage is gedaan kan een verzoek tot bevoorschotting ook gedurende het betreffende jaar gedaan worden. Een verzoek dient uiterlijk 1 oktober 2014 door de NZa te zijn ontvangen.

13.4 Het verzoek wordt toegewezen indien naar het oordeel van de NZa redelijkerwijs kan worden aangenomen dat sprake zal zijn van een situatie waarin de beschikbaarheidsbijdrage brandwondenzorg hoger gaat zijn dan de verwachte DBC omzet gespecialiseerde brandwonden. Verzoeken tot wijziging van een toegekend voorschot worden afgewezen indien de betreffende instelling al twee eerdere verzoeken tot wijziging heeft gedaan.

13.5 Het voorschot (op jaarbasis) bedraagt maximaal 50% van de in de verleningsbeschikking opgenomen beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde brandwonden zorg en kan tevens niet hoger zijn dan het door de instelling opgegeven saldo beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerde brandwondenzorg minus de opgegeven omzet uit gespecialiseerde brandwonden DBC's. Het voorschot wordt door het CVZ uitgekeerd in maandelijkse termijnen. Blijkt het gevraagde voorschot achteraf hoger dan de in de vaststellingsbeschikking vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage, dan wordt over het verschil een normatieve rente berekend.

13.6 Over een teveel ontvangen voorschot worden bovendien genoten rentevoordelen in rekening gebracht. Onder 'teveel' wordt verstaan: het verschil tussen het ontvangen voorschot en de uiteindelijk bij de vaststellingsbeschikking toegekende beschikbaarheidsbijdrage brandwondenzorg, of, indien er geen beschikbaarheidsbijdrage in de vaststellingsbeschikking wordt toegekend, het totale voorschot. Dit rentevoordeel wordt normatief vastgesteld op 4% per jaar en wordt per maand berekend, vanaf de maand waarin de eerste betaling is verricht, tot het moment van de vaststelling van het definitieve beschikbaarheidsbijdrage.

13.7 De op grond van het vorige lid berekende rentevoordelen worden in mindering gebracht op de uiteindelijk vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage.

13.8 In geval er een voorschot is genoten en er sprake is van hogere DBC omzet gespecialiseerde brandwondenzorg dan de bij de verleningsbeschikking verleende beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerde brandwondenzorg dient het betaalde voorschot, vermeerderd met het op grond van dit artikel berekende rentevoordeel, door de instelling te worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds op de door de NZa bekend te maken wijze.

**Kenmerk**  
BR/CU-2119

**Pagina**  
14 van 22

#### **14. Procedure CVZ uitbetaling**

Voor uitbetaling van de beschikbaarheidsbijdrage kan de zorgaanbieder zich wenden tot het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Hierbij dient de volgende procedure te worden gevolgd:

14.1 Het formulier 'opgave bankrekeningnummer' van CVZ dient te worden ingevuld (dit formulier is op de website van zowel de NZa als het CVZ te downloaden). Op het formulier dient de zorgaanbieder het bankrekeningnummer, de tenaamstelling en de bank aan te geven die door het CVZ gehanteerd dienen te worden voor uitbetaling.

14.2 Het formulier dient te worden ondertekend door een daartoe procuratie houdende functionaris binnen de organisatie van de zorgaanbieder. Deze procuratiehouder dient geregistreerd te zijn bij de Kamer van Koophandel.

14.3 Ter verificatie dient de zorgaanbieder een kopie van een recent uittreksel van de Kamer van Koophandel mee te sturen bij het formulier aan CVZ.

14.4 De zorgaanbieder dient het bijbehorende beschikkingsnummer op het formulier te vermelden. U vindt dit nummer linksboven op uw beschikking.

14.5 Een kopie van de beschikking beschikbaarheidsbijdrage dient mee gezonden te worden.

#### **15. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), wordt geplaatst en werkt terug tot 1 januari 2014.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage Cure op aanvraag'.

Gelijktijdig met inwerkingtreding van deze beleidsregel worden de beleidsregels 'Beschikbaarheidsbijdrage Cure op aanvraag', met kenmerk BR/CU-2118 ingetrokken.

## Toelichting bij beleidsregel

### *Wijziging ten opzichte van de vorige versie*

Deze beleidsregel vervangt beleidsregel BR/CU-2118. Verschil met de vorige versie is dat artikel 9 over de zorgfunctie PMO en artikel 10 over de zorgfunctie OTO zijn uitgewerkt. Daarnaast is van de gelegenheid gebruik gemaakt om enkele kleine tekstuele aanpassingen te maken en zijn in de toelichting enkele zaken verduidelijkt.

### *Beschikbaarheidsbijdrage algemeen*

Voor een aantal zorgprestaties van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om ze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid, specifieke deskundigheid of specifieke voorzieningen. Deze vormen van zorg worden bij besluit door de Minister aangewezen.

Bij de beschikbaarheidsbijdragen wordt onderscheid gemaakt in de beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve en de beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag. Dit onderscheid is gemaakt om tot een zorgvuldige kostenonderbouwing van de beschikbaarheidsbijdragen te kunnen komen. In 2012 werd volstaan met het verlenen van beschikbaarheidsbijdragen ter hoogte van de budgetvergoedingen 2011. Dit is conform het uitgangspunt van VWS om zowel qua hoogte van de bijdrage als wat betreft de ontvangende aanbieders nog zoveel mogelijk aan te sluiten bij de oude situatie (qua budgetten en aanbieders). In feite wijzigde in 2012 alleen de wijze van financiering. Vanaf 2013 en verder worden de beschikbaarheidsbijdragen functie per functie voorzien van een nieuwe kostenonderbouwing. In deze beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag zijn beschikbaarheidsfuncties vastgelegd die zijn voorzien van een nieuwe kostenonderbouwing, om deze reden worden deze bijdragen op aanvraag door de NZa vastgesteld. In de beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage Cure ambtshalve worden de nog niet onderbouwde beschikbaarheidsfuncties vastgelegd.

### *Algemeen proces*

Het proces van verlenen en vaststellen van een beschikbaarheidsbijdrage door de NZa zal op de volgende wijze plaatsvinden. De NZa zal eerst op aanvraag een verleningsbeschikking nemen en vervolgens, na ontvangst van het vaststellingsformulier een definitieve vaststellingsbeschikking nemen. De verleningsbeschikking die de zorgaanbieder aan het begin van 2014 ontvangt gaat voor een aantal functie standaard gecombineerd worden met het verlenen van voorschotten, bij de brandwonden is dat op verzoek, onder voorwaarden, ook mogelijk. Bij de vaststellingsbeschikking die in de meeste gevallen wordt genomen na afloop van 2014 wordt de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage definitief door de NZa vastgesteld. Voor uitbetaling van de door de NZa vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage dient de zorgaanbieder zich te wenden tot CVZ.

### *SEH en Acute verloskunde*

De minister van VWS heeft begin 2012 aan de Tweede Kamer de toezegging gedaan dat een beschikbaarheidsbijdrage ook mogelijk wordt gemaakt voor de acute verloskunde. Daarnaast is de wens dat, naast de bestaande ziekenhuizen met een SEH die nu vanuit de historie en een overgangsregeling een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen, ook andere ziekenhuizen met een SEH daarvoor in aanmerking moeten kunnen komen indien dit nodig is.

**Kenmerk**  
BR/CU-2119**Pagina**  
16 van 22

De beschikbaarheidsbijdrage voor SEH en acute verloskunde is op grond van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (het besluit) alleen bedoeld voor situaties waarin 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 in dat besluit genoemde condities beschikbaar te hebben. Dat zal voornamelijk het geval zijn in krimpgebieden, waar wellicht onvoldoende vraag is en waar geen ander aanbod van die vorm van zorg aanwezig is. De toets aan deze voorwaarde is geïncorporeerd in de wijze waarop op basis van de voorliggende beleidsregel de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage wordt bepaald en in de voorwaarden genoemd in artikel 7.2 en 8.2 van deze beleidsregel. Dit betekent dat bij de beoordeling of een beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend betrokken wordt de vraag welke kosten men gewoonlijk moet maken om de zorg onder de in het besluit genoemde condities beschikbaar te houden en of deze kosten worden gedekt (of kunnen worden gedekt) door de opbrengsten uit de voor deze zorg in rekening gebrachte (of te brengen) tarieven. Als het antwoord hierop positief is, dan zal gewoonlijk al geen sprake kunnen zijn van een dreigende sluiting. Uiteraard moet voldaan zijn aan alle voorwaarden genoemd in artikel 7.2 en 8.2 van deze beleidsregel. Deze voorwaarden gelden cumulatief. Dit betekent onder meer dat de beschikbaarheidsbijdrage alleen wordt verleend als sprake is van overmacht bij de verzekeraar. De hier bedoelde beschikbaarheidsbijdrage is dus niet bedoeld voor het opvangen van financiële problemen bij de zorgaanbieder als gevolg van andere oorzaken dan hierboven genoemd. Voor dergelijke andere oorzaken is het reguliere continuïteitsbeleid bestemd, dat er in voorziet dat een vangnetstichting kan worden opgericht door de minister van VWS om de SEH-zorg of acute verloskunde te continueren. Dit als verzekeraars niet in staat zijn om hier voor zorg te dragen vanuit hun zorgplicht vanwege overmacht.

De minister heeft tevens het voornemen uitgesproken de overgangsregeling op grond waarvan een aantal SEH's op historische gronden een bijdrage ontvangen te gaan beëindigen, dit zodat voor alle aanbieders hetzelfde regime zal gelden.

Dit beleid is bedoeld om de periode te overbruggen totdat de minister haar beleidsvisie op de spoedzorg heeft vastgesteld. Er zijn enkele rapporten opgesteld, waaronder door ZN, waarin mogelijkheden worden geschetst hoe de spoedzorg in Nederland georganiseerd kan worden. De minister zal hier uiteindelijk richting in moeten geven. Dit beleid met betrekking tot de SEH en de Acute verloskunde zal daar op dat moment dan ook op worden aangepast.

De minister heeft in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG van 24 augustus 2012 de mogelijkheid gecreëerd voor de NZa om per 1 januari 2013 een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen voor de spoedeisende hulp (verder SEH) en de acute verloskunde. Met een aanwijzing van 12 december 2012 heeft de minister de NZa opgedragen om hiervoor ook (beleids)regelgeving op te stellen met inachtneming van de in de aanwijzing opgenomen voorwaarden.

In deze beleidsregel is het beleid vastgesteld dat de NZa gaat hanteren bij een aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH of acute verloskunde.



AMvB beschikbaarheidsbijdrage

Op grond van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG kan de NZa vanaf 1 januari 2013 een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de spoedeisende hulp en de acute verloskunde. Deze functies zijn hierin als volgt gedefinieerd.

**Kenmerk**  
BR/CU-2119  
**Pagina**  
17 van 22

*Spoedeisende hulp*

Het gaat hier om zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. De spoedeisende hulp (SEH) betreft het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars. Hierbij geldt de voorwaarde dat een afdeling SEH binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en 7 x 24 uur over minimaal één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige beschikt.

*Acute verloskunde*

Verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij geldt de voorwaarde dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart<sup>1</sup>.

Belangrijk punt bij een beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH is dat een SEH integraal onderdeel uitmaakt van het ziekenhuis en ook opbrengsten genereert voor dat ziekenhuis. Deze opbrengsten zijn niet rechtstreeks te koppelen aan de activiteiten op de SEH. Er zijn namelijk geen specifieke SEH DBC-zorgproducten.

aanwijzing Minister

In de AMvB is opgenomen dat de NZa voor deze functie een beschikbaarheidsbijdrage *kan* toekennen. Daarbij wordt aangegeven wie voor een bijdrage in aanmerking komt en richting gegeven voor de hoogte van de bijdrage.

**SEH**

In de aanwijzing heeft de minister de volgende voorwaarden verbonden aan een toekenning:

“Voor zorgaanbieders die in 2012 geen beschikbaarheidsbijdrage voor deze zorg ontvingen, verstrekt de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage uitsluitend onder de voorwaarde dat met die bijdrage wordt bereikt dat geen verslechtering in de bereikbaarheid optreedt ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie, uitgaande van gevoeligheid voor de zogenaamde 45-minuten bereikbaarheidsnorm<sup>2</sup> als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7 van de bijlage”

In de toelichting bij deze aanwijzing wordt deze passage verder uitgewerkt.

“Voor deze zorgaanbieders verleent de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage voor SEH-zorg uitsluitend onder de voorwaarde dat daarmee wordt bereikt dat geen verslechtering in bereikbaarheid optreedt ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie. Met andere woorden: spoedeisende hulp op die locatie moet noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat de huidige bereikbaarheidssituatie niet verslechtert.

---

<sup>1</sup> Betekent dat behandeling maximaal 75 minuten na oproep ambulance moet aanvangen door een obstetrisch professional of gynaecoloog.

<sup>2</sup> Op grond van een RIVM analyse van 19 juni 2013 zijn er 8 SEH's gevoelig voor de 45 minuten norm.

Om de bereikbaarheid van ziekenhuizen met een spoedeisende hulp, die voldoet aan de thans geldende normen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, te beoordelen wordt uitgegaan van de zogenaamde 45-minutennorm. De norm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulp vervoerd moet kunnen worden. De spoedeisende hulp van een ziekenhuis kan noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid binnen de 45 minuten in die situaties dat de sluiting van de spoedeisende hulp van dit ziekenhuis tot gevolg heeft dat een aantal mensen niet meer binnen de norm naar een spoedeisende hulp vervoerd kan worden. Kortom, als ook maar één inwoner door de sluiting van de betreffende spoedeisende hulp niet meer binnen 45 minuten bij een spoedeisende hulp zou kunnen komen, en dat wordt niet op een andere manier opgelost, dan komt de SEH-aanbieder in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage. Er wordt dus geen bereikbaarheidsverlies geaccepteerd. Om deze status-quo te bewerkstelligen zijn zorgverzekeraars als eerste aan zet om te blijven voldoen aan hun zorgplicht. De zorgautoriteit kan zowel bij de bepaling van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage als bij de bepaling welke aanbieders eventueel in aanmerking komen, aansluiting zoeken bij de beleidsregels inzake functiegerichte budgettering zoals die tot en met 2011 van toepassing waren voor de zogenaamde kleinschaligheidstoeslag SEH.”

### **acute verloskunde**

In de aanwijzing heeft de minister de volgende voorwaarden verbonden aan een toekenning van een bijdrage voor de acute verloskunde:

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

In de toelichting bij deze aanwijzing wordt deze passage verder uitgewerkt.

“Dit artikel maakt een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk voor verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij gelden de voorwaarden dat deze zorg binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart. Vanzelfsprekende voorwaarde voor verstrekking van een beschikbaarheidsbijdrage is verder dat de opbrengsten uit tarieven die in rekening gebracht zijn in verband met het verlenen van deze zorg niet toereikend zijn om de vorm van zorg onder de voornoemde voorwaarden beschikbaar te hebben”

### **Artikel 7.2 en 8.2 Criteria voor verlening**

De criteria die gelden voor de verlening zijn cumulatief. Dit betekent dat als de NZa constateert dat er niet aan een van de voorwaarden wordt voldaan, de NZa niet de andere criteria hoeft te toetsen.

#### 1. Sluiting: hoe concreet moet de dreiging van sluiting zijn?

Belangrijk uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor voldoende beschikbaarheid van deze twee functies bij de zorgverzekeraar ligt vanuit zijn zorgplicht. Het is dan ook primair aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of voldaan is aan de randvoorwaarden zoals door de minister gesteld en of de dreigende sluiting reëel is. Het zal maatwerk en casus specifiek blijven om dit te beoordelen (zowel primair voor verzekeraar als secundair voor de NZa).

Het ligt in ieder geval in de rede dat een zorgaanbieder samen met de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk maakt dat sluiting van de SEH of verloskunde faciliteit aanstaande is.

**Kenmerk**  
BR/CU-2119  
**Pagina**  
19 van 22

## 2. Zorgplicht van zorgverzekeraar

Bij de vraag wat de invulling van zorgplicht voor de zorgverzekeraar inhoudt wordt aansluiting gezocht bij de beleidsregel Overmacht continuïteit van cruciale zorg<sup>3</sup>. Ook daar is een moment dat het niet meer reëel is te verwachten van de zorgverzekeraar een oplossing voor te realiseren (overmacht). Overmacht betreft (voor wat betreft prestaties die in natura zijn verzekerd) de situatie waarin de verzekeraar niet langer kan voldoen aan zijn zorgplicht met betrekking tot het leveren van zorg. Het betreft een ernstige en uitzonderlijke situatie, waarin de verzekeraar kan aantonen al het mogelijke te hebben gedaan om de continuïteit van de betreffende zorgverlening te borgen maar hier desondanks niet in kan slagen. Wat de zorgplicht precies inhoudt is nader geduid in de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)<sup>4</sup>. SEH en acute verloskunde zijn overigens ook functies die zijn aangemerkt als vormen van cruciale zorg die onder de beleidsregel Overmacht continuïteit van cruciale zorg en de beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg vallen<sup>5</sup>. Laatstgenoemde bijdrage is bedoeld voor bepaalde kosten die worden gemaakt door een vangnetstichting die is opgericht door de minister van VWS om de verlening van cruciale zorg te continueren.

Bij de formulering van de voorwaarden in artikel 7.2 en 8.2 is aangesloten bij hetgeen in de beleidsregel Overmacht continuïteit van cruciale zorg is aangegeven omtrent de wijze waarop het voldoen aan de zorgplicht door naturaverzekeraars wordt getoetst. Bij de vraag of de zorgplicht niet kan worden nagekomen vanwege overmacht, toetst de NZa op grond van die beleidsregel onder meer of de zorg niet meer kan worden geleverd binnen de geldende normen voor toegankelijkheid en bereikbaarheid (zoals de 45-minutennorm) en of de verzekeraar al het mogelijke heeft gedaan om de levering van deze zorg aan zijn verzekerden te organiseren, bijvoorbeeld door deze zorg elders in te kopen of zelf te verlenen. Wij verwijzen voor het overige naar de genoemde beleidsregel.

## 3. 45-minutennorm

Deze norm is concreet en relatief eenvoudig te toetsen. Primair is de zorgverzekeraar hier aan zet waarbij gebruik kan worden gemaakt van de analyse van het RIVM. Het RIVM maakt namelijk periodiek een analyse en een lijst, zowel voor de SEH als de verloskunde, welke locaties van belang zijn voor het behalen van deze norm.

## 4. Andere oplossing mogelijk

In geval er een probleem ontstaat met de 45-minutennorm dient de verzekeraar andere oplossingen te onderzoeken. Dit vergt een actieve houding en rol van de zorgverzekeraar waarbij de verzekeraar zo mogelijk een alternatief voor de betreffende SEH of verloskunde faciliteit moet organiseren door bijvoorbeeld het creëren van een extra ambulancestandplaats of door het maken van specifieke afspraken met de traumaheli en/of de omliggende huisartsenposten. Een concreet voorstel voor een alternatief vergt een analyse of daarmee de 45 minuten norm gehaald wordt en eventueel een toets van de IGZ of het voorstel een reëel alternatief is voor een SEH locatie.

---

<sup>3</sup> Beleidsregel TH/BR-011

<sup>4</sup> Beleidsregel TH/BR-009.

<sup>5</sup> Beleidsregel AL/BR-0013.

**Artikel 7.3 en 8.3 Hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage**Kenmerk  
BR/CU-2119Pagina  
20 van 22

Pas als een zorgverzekeraar aan de hand van bovenstaande criteria heeft aangetoond dat hij niet aan zijn zorgplicht kan voldoen door overmacht kan een beschikbaarheidsbijdrage verstrekt worden. De NZa moet vervolgens bepalen wat de hoogte van deze bijdrage moet zijn. Om een subjectieve bepaling van de hoogte zoveel mogelijk te voorkomen is gekozen voor een normering van zowel de kosten als de opbrengsten.

Vaststellen van kosten SEH

## Kosten Personeel

24/7 beschikbaarheid betekent dat er 5,5 fte nodig is aan SEH-artsen en 5,5 fte aan SEH-verpleegkundigen. Voor de salariskosten wordt indien van toepassing ook de van toepassing zijnde onregelmatigheidstoelagen en werkgeverslasten meegenomen.

## Kosten Materieel

De NZa hanteert een verhouding materieel-personeel van 30% - 70%.

## Kosten Kapitaal

De opslag voor kapitaalslasten bedraagt 8,7%.

Vaststellen van de opbrengsten SEH

Omdat de beschikbaarheidsbijdrage alleen een eventueel tekort beoogt te compenseren, moet worden bepaald welke opbrengsten een SEH genereert. Aangezien er geen directe declaraties door de SEH-arts worden verricht, zullen de opbrengsten normatief bepaald worden op €90,- per SEH-consult. Voor het bepalen van dit bedrag is de volgende methodiek gebruikt.

Het deel van de zorgactiviteiten binnen een DBC traject dat is uitgevoerd op de dag van het SEH consult wordt meegenomen als opbrengst genererende activiteiten voor de SEH.

De uitgangspunten op grond waarvan de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage wordt bepaald (kostenkant van de SEH is op basis van de beschikbaarheid van een SEH arts) moeten zoveel mogelijk gelijk lopen aan de uitgangspunten waarmee de opbrengsten worden geraamd (opbrengstenkant alleen die opbrengsten die de SEH arts dan genereert). De systematiek is ook ongevoelig zijn voor veranderingen in de productstructuur.

Uitgangspunten van de BB voor de SEH-functie zijn op grond van de AMvB de volgende:

- 24/7 aanwezigheid van een SEH arts en SEH verpleegkundige
- Normatieve verhouding personeel/ materieel van 70/30
- Kapitaallastenopslag van 8,7%

Uitgangspunten bij opbrengstbepaling van de SEH zijn dan de volgende:

- Hotelfunctie van het ziekenhuis (bijv. verpleegdagen) wordt niet meegenomen, eerste hulp bezoek wordt wel meegenomen;
- Alleen activiteiten die rechtstreeks zijn toe te rekenen aan het handelen van de SEH arts/ SEH verpleegkundige op de SEH zijn meegenomen bij het bepalen van de normatieve opbrengsten per SEH consult. Hier moet gedacht worden aan het inbrengen van een infuus of het schoonmaken van een wond en niet aan verdere diagnostiek zoals bijvoorbeeld het maken van een MRI-scan.

Als basis zijn de productiecijfers uit het DIS 2010 en DIS 2011 gebruikt. Reguliere DBC-trajecten die via de SEH het ziekenhuis zijn binnengekomen zijn geïdentificeerd aan de hand van het voor komen van het SEH consult (code 190015).

**Kenmerk**  
BR/CU-2119

**Pagina**  
21 van 22

Tot 2008 werden er ongeveer 2,3 miljoen SEH-DBC's per jaar geleverd. Het aantal SEH consulten in 2010 en 2011 zijn van gelijke omvang en de gehanteerde productiedata is daarmee robuust en representatief voor dit doeleinde.

Per instelling zijn zo de gemiddelde opbrengsten per SEH-consult bepaald. Het landelijke gemiddelde ligt op € 90,04. De spreiding van de instelling specifieke gemiddelde opbrengsten per SEH consult is homogeen (cv waarde =0,38).

#### Vaststellen van kosten acute verloskunde

Kosten Personeel

24/7 gynaecoloog en/of obstetrisch professional vergt 5,5 fte. Voor de salariskosten wordt indien van toepassing ook de van toepassing zijnde onregelmatigheidstoelagen en werkgeverslasten meegenomen.

Kosten Materieel

De NZa hanteert een verhouding materieel-personeel van 30% - 70%.

Kosten Kapitaal

De opslag voor kapitaalslasten bedraagt 8,7%.

#### Vaststellen opbrengsten acute verloskunde

Opbrengsten uit de DBC's verloskunde. Hoogte per DBC wordt vastgesteld op basis van landelijk gemiddelde productprijzen (zijn immers vrije tarieven). Alleen het deel van de zorgactiviteiten binnen deze DBC trajecten dat is uitgevoerd door de gynaecoloog/ obstetrisch professioneel worden als opbrengsten toegerekend deze zijn als percentage weergegeven.

Onderstaand een lijst van de betreffende producten met percentage

zorgproduct_code	zorgproduct_medische_omschrijving	kosten totaal profiel	kosten profiel BB_strikt	percentage_strikt
150101002	Oper wegens extra-uteriene zwangerschap   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 2.300,61	€ 982,74	42,7%
150101003	Diagnostisch (waar)/ Therapeutisch licht   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 457,28	€ 47,29	10,3%
150101004	Klin kort   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 993,91	€ 2,23	0,2%
150101006	(Abortus) curettage   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 1.051,66	€ 416,36	39,6%
150101007	Dag/ Poli >2/ Routine onderzoek >2   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 394,68	€ -	0,0%
150101008	Klin (zeer) lang   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 12.762,73	€ 2,83	0,0%
150101009	Klin middel   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 3.987,28	€ 6,06	0,2%
150101011	Licht ambulante   Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	€ 129,56	€ -	0,0%
159899004	Partus met complexe fluxusbehandeling OK   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 8.697,99	€ 1.794,88	20,6%
159899007	Sectio caesarea   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 2.747,70	€ 863,22	31,4%
159899008	Complicaties na partus   Dag/ Klin cumulatief kort   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 881,54	€ 2,47	0,3%
159899010	Partus met (manuele) placenta-verwijdering/ oper cervixscheur   Zwangersch/bevall/kraamb beva	€ 2.530,27	€ 1.044,05	41,3%
159899012	Complicaties na partus   Dag/ Klin cumulatief middel   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 2.744,24	€ 4,91	0,2%
159899013	Complicaties na partus   Complexe fluxusbehandeling OK   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 8.900,35	€ 1.002,91	11,3%
159899014	Begeleiding spontane partus stuit/ meerling   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 1.804,80	€ 573,80	31,8%
159899016	Complicaties na partus   (Manuele) placenta-verwijdering/ oper cervixscheur   Zwangersch/bevall,	€ 1.522,86	€ 511,24	33,6%
159899017	Vaginale kunstverlossing   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 1.508,13	€ 466,12	30,9%
159899019	Begeleiding spontane partus   Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	€ 1.390,89	€ 541,62	38,9%

#### **PMO**

De beschikbaarheidsbijdrage PMO is een compensatie voor de betrokken UMC's voor de uitnamechirurgen in de aangewezen donoruitnameteams.

De betrokken UMC's worden gecompenseerd voor het gemis aan inkomsten als gevolg van de inzet van deze uitname chirurgen. In plaats van PMO had het UMC de betrokken chirurg namelijk ook in kunnen zetten op inkomsten genererende 'DBC productie'.

Toelichting bij de fte beschreven in 9.4.

De NZa concludeert dat er in totaal: 2 fte + (0,2 fte \* 2) + (0,09 fte \* 2) + (0,05 \* 2) = 2,68 fte per uitnameteam nodig is om de functie PMO beschikbaar te hebben op jaarbasis.

Van belang hierbij te melden is dat deze 2,68 fte wordt geleverd door een team van veel meer uitname chirurgen die als ze geen PMO dienst hebben ook andere diensten draaien. In een voorbeeld: als er een team is van 10 chirurgen die de PMO diensten verzorgen is er 2,68 chirurg niet in te roosteren op reguliere, declarabele, diensten omdat hij of zij PMO dienst heeft. De beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om het ziekenhuis te compenseren voor het niet kunnen inzetten van 2,68 fte op wel declarabele productie.

**Kenmerk**  
BR/CU-2119  
**Pagina**  
22 van 22

De verdeling van de diensten van de zorgfunctie Post Mortem Orgaanuitname tussen de verschillende universitaire ziekenhuizen en de daar bij behorende beschikbaarheidsbijdrage baseert de NZa op de gegevens uit de aanvraag.

De verantwoording die de betrokken centra bij de NZa aanleveren ten behoeve van de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage in jaar t+1, bevat informatie die de NZa gebruikt. De NZa gebruikt die informatie o.a. om de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen en het geldende beleid voor de beschikbaarheidsbijdrage PMO te beoordelen.