

# Rapport herijking Beschikbaarheidsbijdrage Acute Verloskunde

2023/2024



Update 23 juli 2024

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Achtergrond	3
<b>2</b>	<b>Opbrengsten</b>	<b>5</b>
2.1	Methode en selectie	5
2.2	Resultaten	7
<b>3</b>	<b>Wijziging bekostiging gynaecoloog in vrije vesting</b>	<b>9</b>

# 1 Inleiding

In dit rapport geven wij de wijzigingen in de vergoedingsbedragen voor de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde per 2025 weer. Deze beschikbaarheidsbijdrage is onderdeel van de 'beleidsregel beschikbaarheid op aanvraag'.

Voor u liggen de resultaten van de herijking van (1) de opbrengstencomponent binnen de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde (bb av). Daarnaast bevat deze memo de (2) wijziging voor de vergoeding van de gynaecoloog.

Het plan van aanpak voor deze herijking (verzonden in het memo van 30 maart 2023) is met de NVZ en ZN besproken in het technisch overleg van 13 april 2023. In het plan van aanpak is weergegeven hoe de herijking van de BB AV via een kostenonderzoek is vormgegeven.

De tussentijdse notities voor de opbrengsten en vergoeding gynaecoloog zijn met partijen besproken op de technische overleggen van:

- 13 maart 2023;
- 13 april 2023;
- 25 mei 2023;
- 12 september 2023.

Beide wijzigingen (herijking opbrengsten en verandering vergoeding gynaecoloog) worden ingevoerd per 1 januari 2025.

Dit rapport kent de volgende onderdelen:

1. Achtergrond;
2. Opbrengsten: Methodiek en selectie, resultaten;
3. Wijziging vergoeding gynaecoloog;
4. Impactanalyse resultaten.

## 1.1 Achtergrond

De beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde heeft als doel de verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie beschikbaar te houden op bepaalde locaties. Belangrijkste voorwaarde hierin is dat ziekenhuizen volgens de analyse van het RIVM 'gevoelig' moeten zijn voor de 45-minutennorm. Het RIVM voert jaarlijks een bereikbaarheidsanalyse uit om de lijst met gevoelige instellingen te bepalen. In 2023 maken 30 ziekenhuizen aanspraak op een beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde omdat ze voorkomen op deze lijst van gevoelige ziekenhuizen.

De aanwijzingen<sup>1</sup> van de Minister liggen ten grondslag aan de beschikbaarheidsbijdrage voor acute verloskunde. Pas als een ziekenhuis voldoet aan alle drie de voorwaarden uit de aanwijzing, kent de NZa de beschikbaarheidsbijdrage toe.

In de basis wordt de verloskunde-afdeling van instellingen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm bekostigd door de zorgverzekeraars. Indien er te weinig zorgvraag is en daarmee te weinig inkomsten zijn, dan dient de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde als aanvullende dekking voor het 24 uur per dag en 7 dagen per week kunnen aanbieden van de acute verloskunde. De beschikbaarheidsbijdrage dient als een redelijkerwijs kostendekkende vergoeding omdat de functie acute verloskunde anders mogelijk niet aangeboden kan worden. Het niet-acute deel binnen de verloskunde wordt nadrukkelijk niet vergoed uit de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde; dit komt volledig voor rekening van de zorgverzekeraars.

De acute verloskunde bij gevoelige ziekenhuizen wordt dus door zowel verzekeraars als vanuit de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd. Om dubbele bekostiging van de acute verloskunde te voorkomen, worden de opbrengsten van de verzekeraar specifiek voor acute verloskunde binnen alle verloskunde dbc's in mindering gebracht op de beschikbaarheidsbijdrage. Als dit niet gedaan zou worden, dan zou er zowel betaald worden vanuit de zorgverzekeraar als de beschikbaarheidsbijdrage. Dit zou ongeoorloofde staatssteun zijn, en daarmee een nadeel voor niet-gevoelige ziekenhuizen betekenen.

Belangrijk is wel om op te merken dat de gynaecologen werkzaam zijn binnen zowel de acute verloskunde als de niet-acute verloskunde. Zij worden, net als de materiële kosten, overheadkosten en kapitaallasten in de praktijk zowel door de BB AV als door de zorgverzekeraars bekostigd. In dit onderzoek proberen we zo goed mogelijk een scheiding aan te brengen tussen het acute deel en het niet acute deel.

Om de bedragen actueel te houden herijken we de opbrengsten periodiek. In dit kostenonderzoek passen we in beginsel de gebruikelijke methodiek van het herijken toe, zoals deze in het verleden ook is toegepast tijdens kostenonderzoeken. Aanvullend daarop hebben we een aanvullende systematiek ontwikkeld waardoor we tot een betere afbakening komen tussen de acute en niet-acute zorg binnen de verloskunde. Hierover meer bij de methodiek.

Naast de opbrengstencomponent wordt ook de vergoeding van de vrijgevestigde gynaecoloog herijkt. Hiervoor wordt een nieuw bedrag beschikbaar gesteld, namelijk de vergoeding voor de gynaecoloog in loondienst. De resterende onderdelen van deze BB, namelijk het bedrag voor de gynaecoloog in loondienst, de overheadkosten, kapitaallasten en de materiële kosten worden in dit onderzoek niet herijkt.

De nieuwe opbrengstenbedragen en vergoeding voor de gynaecologen worden verwerkt in de aangepaste 'beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag' en zijn per 1 januari 2025 van kracht. Om te zorgen dat partijen zich voldoende voor kunnen bereiden op de nieuwe situatie hebben we hier nog een overgangsregeling aan toegevoegd (art 8.4a). Hierbij wordt eenmalig in 2025 de helft van het verschil tussen de vergoeding van vrijgevestigd gynaecologen en gynaecologen in loondienst vergoed voor ziekenhuizen die in 2024 ook al een vergoeding voor vrijgevestigd gynaecologen ontvingen.

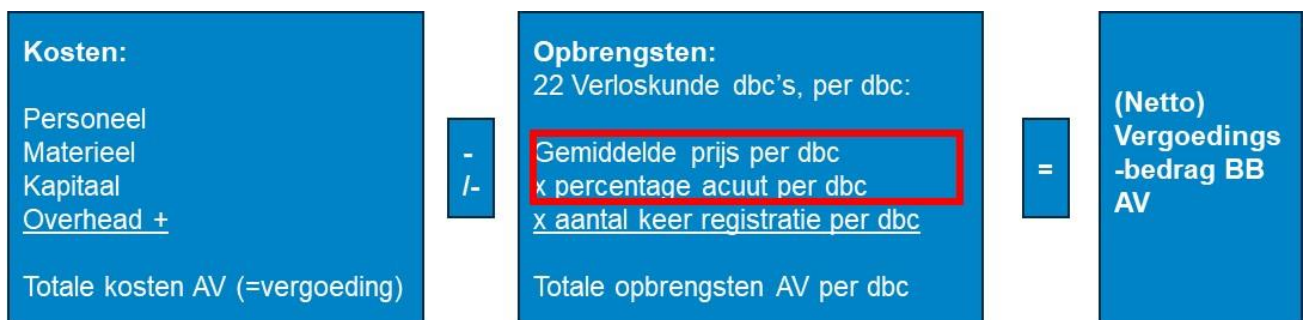
<sup>1</sup> Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2012, kenmerk MC-U-3147126, Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 juni 2015, kenmerk 776212-137548-MC.

# 2 Opbrengsten

## 2.1 Methode en selectie

In het berekenen van de nettobijdrage van de beschikbaarheidsbijdrage brengen we op de vaste kosten van de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde (personele kosten, materiële lasten, kapitaallasten en overheadkosten) de opbrengsten in mindering. Deze opbrengsten hebben de ziekenhuizen van verzekeraars ontvangen en dienen we in mindering te brengen om dubbele bekostiging te voorkomen.

Zie hiervoor onderstaande figuur.



In het bovenstaande figuur staan 3 componenten genoemd voor het berekenen van de opbrengsten voor de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde, namelijk:

### 1. Gemiddeld gewogen prijs per verloskunde dbc- zorgproduct

### 2. Percentage acuut per dbc- zorgproduct

### 3. Aantal registraties per dbc in jaar

= totale opbrengsten Acute verloskunde per dbc

Via dit kostenonderzoek gaan we de **2 bovenste onderdelen** herijken:

- 1) Gemiddeld gewogen prijs per verloskunde dbc-zorgproduct;
- 2) Percentage acuut per dbc-zorgproduct.

Dit volgt uit de selectie van zorgactiviteiten per dbc (zie onderstaand stappenplan).

Het derde punt (3); *het aantal registraties per dbc per jaar*, wordt jaarlijks door alle instellingen afzonderlijk opgegeven bij de aanvraag voor de vaststelling voor de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde. Dit vormt dus geen onderdeel van dit onderzoek.

Hieronder nemen we de volgende 3 stappen om tot de gemiddeld gewogen prijs en het percentage acuut per dbc-zorgproduct te komen:

- Stap 1) Methodiek en selectie zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten;
- Stap 2) Verhouding acuut/niet acuut per dbc-zorgproduct bepalen;
- Stap 3) Prijs per dbc-zorgproduct bepalen.

### Stap 1) Methodiek en selectie dbc-zorgproducten en zorgactiviteiten

We gaan eerst in op de selectie van de relevante zorgactiviteiten en de relevante dbc-zorgproducten.

De dbc-zorgproducten en zorgactiviteiten voor de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde worden geselecteerd als:

- 1) deze is uitgevoerd door de gynaecoloog of obstetrisch professional; en
- 2) deze past binnen de (acute) verloskunde.

#### *Dbc-zorgproducten*

Er zijn in totaal 31 dbc-zorgproducten gerelateerd aan verloskunde. Hiervan bestaan 9 dbc-zorgproducten per definitie exclusief uit niet-acute verloskunde, dus deze kunnen we dus buiten beschouwing laten. Hierdoor houden wij 22 dbc-zorgproducten over, waarbij het (deels) gaat om zorgactiviteiten passend bij acute verloskunde en deels om andere activiteiten.

#### *Zorgactiviteiten*

Ten opzichte van de vorige herijking (per 1 januari 2020) heeft er een aanpassing plaatsgevonden in de methode van selecteren van zorgactiviteiten.

Bij deze herijking wordt er onderscheid gemaakt tussen zorgactiviteiten die worden gedeclareerd onder dbc-zorgproducten die *per definitie* uit zorg bestaat die wordt geleverd in het kader van de acute verloskunde ('acute zorgproducten') en dbc-zorgproducten die *mogelijk* uit zorg bestaat die wordt geleverd in het kader van de acute verloskunde ('mogelijk acute zorgproducten'). Deze stap is van belang omdat sommige zorgactiviteiten in het ene dbc-zorgproduct wel acuut van aard zijn, maar in het andere dbc-zorgproduct niet acuut zijn. In de vorige herijking werd er alleen gekeken naar de zorgactiviteit zelf, en niet in welk zorgproduct deze viel. Voor twee zorgactiviteiten ('sectio caesarea' (37851) en 'echografie à-vue in verband met zwangerschap' (39485)) is er voor gekozen deze in de mogelijk acute zorgproducten voor de helft mee te rekenen in de opbrengsten, omdat deze deels wel in acute situaties worden uitgevoerd.

De lijst van geselecteerde zorgproducten en zorgactiviteiten zijn geconsulteerd bij de partijen van het Technisch Overleg en bij de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie & Obstetrie (NVOG).

#### **Aanpassingen**

Op basis van de feedback van de NVOG en verder onderzoek n.a.v. eerdere feedback zijn nog enkele aanpassingen gemaakt, leidend tot bovengenoemde set. Het betreft de volgende aanpassingen:

- Er zijn drie dbc-zorgproducten (150101003, 150101007 & 150101011) toegevoegd omdat de NVOG heeft aangestipt dat wanneer een patiënt in acute situatie binnen drie uur wordt geholpen, dit als polikliniekbezoek wordt geregistreerd. Deze vallen onder de 'mogelijk acute' dbc-zorgproducten, omdat de patiënten ook polikliniekbezoeken kunnen hebben zonder acute situatie;
- Bij de mogelijk acute dbc-zorgproducten, worden de echografieën (uitgevoerd door de gynaecoloog / obstetrisch professional) en de sectio caesarea maar voor 50 procent meegenomen, omdat deze ook deels niet worden ingezet in de acute setting. Voor het tweede TO was gecommuniceerd dat we deze activiteiten voor 100 procent mee zouden nemen. Er is voor 50 procent gekozen, omdat er geen cijfers bekend zijn over de verhouding acuut/niet-acuut, maar het ook niet legitiem is om deze zorgactiviteit geheel wel of geheel niet mee te nemen.

#### **Stap 2) Verhouding acuut/niet acuut per dbc-zorgproduct bepalen**

Nu de zorgproducten en zorgactiviteiten passend bij acute verloskunde zijn geselecteerd, hebben we binnen ieder dbc-zorgproduct een verhouding acuut versus niet-acuut gemaakt. We hebben hiervoor de aantallen geregistreerde zorgactiviteiten in 2021 gebruikt. Om te bepalen of 2021 een representatief jaar

is, gezien de covid-crisis, hebben we een analyse uitgevoerd of de volumeontwikkeling in 2021 significant verschilde ten opzichte van voorgaande jaren. Dit bleek niet het geval.

Om een verhouding acuut-niet acuut per dbc-zorgproduct vast te stellen, hebben we -naast de aantallen geregistreerde zorgactiviteiten per dbc-zorgproduct- de kosten per zorgactiviteit nodig. Omdat we de actuele kosten per zorgactiviteit niet in bezit hebben, hebben we historische kostprijzen per zorgactiviteit gebruikt. Dit betreft DIS data. Op basis van de historische kostprijzen per zorgactiviteit hebben we de verhouding acuut versus niet acuut binnen de dbc-zorgproducten bepaald. De historische kostprijzen per zorgactiviteit worden dus gebruikt om een verhouding van acuut/niet-acuut binnen een dbc-zorgproduct te bepalen. De prijs van het dbc-zorgproduct bepalen we aan de hand van actuele prijzen zoals deze in Vektis zijn opgenomen.

### Stap 3) Prijs per dbc-zorgproduct bepalen

Nu weten we de verhouding acuut versus niet-acuut per dbc-zorgproduct, maar nog niet de actuele prijzen van de dbc-zorgproducten. Er is binnen verloskunde sprake van vrije tarieven. Via Vektis bepalen we de afgerekende prijzen per dbc-zorgproduct uit het peiljaar 2021 en deze waarden gebruiken wij om een gewogen gemiddelde prijs per dbc-zorgproduct te berekenen. Dit doen we op basis van een landelijk gewogen gemiddelde prijs. De gemiddelde prijs wordt vervolgens geïndexeerd naar actueel prijsniveau: 2025. Deze indexatie voeren we door, door de NZa-Indexcijfers toe te passen zoals toegepast voor Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg. Daarmee hebben we de prijzen per dbc-zorgproduct berekend, en hebben we een percentage acuut per dbc-zorgproduct. Als we dit met elkaar vermenigvuldigen dan hebben we een gemiddeld bedrag per acute verloskunde dbc-zorgproduct berekend. Dit is het resultaat voor deze herijking zie hiervoor 2.2. 'resultaten'.

In de praktijk dient iedere instelling bij de jaarlijkse vaststelling van de BB AV aan te geven hoeveel dbc-zorgproducten zij heeft afgesloten. Per instelling worden daarmee de opbrengsten bepaald op basis van p maal q.

## 2.2 Resultaten

In de onderstaande tabel 1 zijn de resultaten van de berekeningen voor de opbrengsten weergegeven. De getoonde cijfers zijn getoond per dbc-zorgproduct. In het linker gedeelte van de tabel zijn de huidige percentages acuut en de huidige gemiddelde bedragen per dbc getoond. Hieruit komt een 'bedrag acuut' dat wordt gebruikt voor de berekening. Per instelling worden de aantallen dbc's vermenigvuldigd met dit bedrag acuut om de totale opbrengsten uit acute verloskunde per dbc te berekenen. In het rechter gedeelte van de tabel, met de nieuwe conceptbedragen, worden de resultaten op basis van de nieuwe berekeningswijze getoond.

DBC Zorgproduct	Huidige bedragen prijspeil 2021			Concept nieuwe bedragen (afgerond) prijspeil 2021			
	Percentage acuut	Gemiddelde prijs DBC	Bedrag acuut Oud per dbc	Percentage acuut	Gemiddelde prijs DBC	Nieuw Bedrag acuut per dbc	CV waarde
150101002	40,84%	4.361	1.781	43,6%	4.193	1.829	0,07
150101003	1,84%	701	13	0,2%	705	1	
150101004	0,56%	1.880	11	0,3%	1.973	6	0,11
150101006	49,36%	1.972	973	0,4%	1.996	8	0,09

150101007	1,91%	670	13	0,2%	625	1	
150101008	0,98%	19.341	190	0,0%	20.976	-	
150101009	0,29%	6.379	19	0,1%	6.178	6	0,12
150101011	0,21%	281	1	0,2%	270	0	
159899004	21,24%	12.192	2.590	27,9%	10.909	3.048	0,13
159899007	2,16%	4.663	101	3,2%	4.602	148	0,05
159899008	2,39%	1.414	34	0,5%	1.530	7	0,10
159899010	28,02%	4.515	1.265	21,3%	4.634	986	0,07
159899011	9,34%	3.268	305	0,0%	8.728	-	
159899012	0,22%	4.205	9	0,1%	4.198	4	0,16
159899013	25,97%	10.888	2.828	32,3%	6.848	2.209	0,25
159899014	3,52%	3.527	124	4,5%	3.313	148	0,12
159899016	46,98%	2.268	1.065	24,7%	2.329	575	0,09
159899017	3,85%	3.036	117	35,0%	2.986	1.046	0,07
159899019	4,65%	2.512	117	5,4%	2.446	133	0,06
159899020	1,03%	577	6	0,0%	330	-	
159999017	Niet in scope		Niet in scope	12,1%	2.467	299	0,10
159999020	Niet in scope		Niet in scope	10,5%	26.109	2.746	0,12
159999021	Niet in scope		Niet in scope	9,6%	7.555	724	0,09

Tabel 1: Resultaten berekening opbrengsten BB AV per zorgproduct

### Spreiding resultaten

De gemiddelde prijzen per dbc-zorgproduct zijn samengesteld uit de data van 72 ziekenhuizen die in 2021 verloskunde aanboden. Dit betreft een groep van algemene ziekenhuizen en umc's. Uit de data zijn de gemiddeld gewogen verkoopprijzen op basis van Vektisdata berekend.

Betreft de spreiding is het interessant om te bekijken hoe de data van de groep van gevoelige ziekenhuizen zich verhoudt tot de data van de andere instellingen. In de data zijn 30 gevoelige ziekenhuizen opgenomen. Uit de analyse blijkt dat de gewogen gemiddelde prijzen van de groep van 30 gevoelige ziekenhuizen gemiddeld 0,6% hoger (range -3,6% tot + 4,8%) ligt dan de totale groep van 72 ziekenhuizen. Er is daarmee sprake van een homogene groep van 72 instellingen met voldoende bruikbare representatieve data. Daarnaast hebben we nog de CV-waarde, deze spreidingsmaat gebruiken we om de spreiding van de data te analyseren door de standaardafwijking te delen door het gemiddelde. De CV-waarden van de individuele zorgproducten zijn getoond in de laatste kolom van tabel 1. Een lage CV-waarde duidt op lage spreiding en een homogene groep data. Een CV-waarde onder de 0,30 wordt beschouwd als valide. Alle zorgproducten voldoen ruimschoots aan deze voorwaarde.



# 3 Wijziging bekostiging gynaecoloog in vrije vesting

Tot 2023 kenden we in de beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag voor acute verloskunde een tweetal bedragen voor de gynaecoloog: een bedrag voor de gynaecoloog in loondienst en een bedrag voor de vrijgevestigde gynaecoloog.

Het onderscheid in de vergoeding voor de gynaecoloog in loondienst en de vrijgevestigde gynaecoloog zal tot en met het jaar 2024 gelden. Met ingang van 1 januari 2025 maken we in de beleidsregel geen onderscheid meer in vergoedingswijze, en vergoeden we alleen nog een bedrag ter hoogte van een gynaecoloog in loondienst.

## **Overwegingen om kosten op basis van loondienstverband te vergoeden**

In de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde is per 2017 onderscheid gemaakt in de vergoeding voor gynaecologen in loondienst en vrijgevestigde gynaecologen. In de beleidsregel<sup>2</sup> is de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor vrijgevestigde gynaecologen vastgesteld op € 303.334 per fte tegenover € 204.280 per fte voor gynaecologen in loondienst.

Onze overwegingen om de vergoeding aan te passen zijn:

- De beschikbaarheidsbijdrage is een subsidie en een gegarandeerde inkomstenbron voor het ziekenhuis. Vanuit die gedachte valt moeilijk te verantwoorden dat de subsidie winst uit ondernemerschap voor vrijgevestigden bevat. Een subsidie dient namelijk een zorgfunctie te bekostigen. We vergoeden hierbij de kosten waarvoor het ziekenhuis de zorgfunctie zou kunnen inrichten. Dit past bij de maatschappelijke verantwoording die hoort bij een subsidie.
- De vergoeding van het ziekenhuis aan het MSB wordt gevormd aan de hand van productie en de prestaties van het MSB in combinatie met onderhandelingen met het ziekenhuis, welke op zijn beurt onderhandelt met de verzekeraars over de inkoop. In dit krachtenspel van prestatiebekostiging ontstaat een prijsafspraken. Voor zowel de bb seh als de bb av gaat het erom dat we een bepaalde *beschikbare capaciteit vergoeden*: wanneer deze capaciteit productie levert waartegenover een declaratie staat, trekken we de (modelmatige) declaratie van de beschikbaarheidsbijdrage af. Het lijkt dan ook niet juist om een productie-gerelateerde winstvergoeding op te nemen in de bekostiging voor een beschikbaarheidsfunctie. Immers: winst is een vergoeding voor ondernemersrisico. Inkomsten uit een subsidie vormen nauwelijks een risico. Een vergoeding op het niveau van loondienst achten wij daarom te rechtvaardigen.
- Daarnaast is eenduidigheid van beleid ook belangrijk. Voor de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp heeft de NZa in 2021 het standpunt ingenomen om de inzet van medisch specialisten te vergoeden om het niveau van medisch specialisten in loondienst. In die bijdrage is, op verzoek van VWS, een vergoeding voor de achterwachtfunctie van medisch specialisten aan de bijdrage toegevoegd. Bij de berekening van die vergoeding is dus alleen uitgegaan van een medisch specialist in loondienst. Bij de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde wil de NZa in lijn handelen

<sup>2</sup> Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag - BR/REG-23141b

met de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp, en daarom alle gynaecologen op basis van loondienst vergoeden.

### **Overgangsregeling**

Om te zorgen dat partijen zich voldoende voor kunnen bereiden op de nieuwe situatie heeft de NZa een overgangsregeling toegevoegd (art 8.4a). Hierbij wordt eenmalig in 2025 de helft van het verschil tussen vrijgevestigd en loondienst vergoed voor ziekenhuizen die in 2024 ook al een vergoeding voor vrijgevestigd gynaecologen ontvingen. Tevens heeft de NZa het voornemen reeds in 2023 kenbaar gemaakt aan de brancheorganisaties, waardoor er ruimschoots geanticipeerd kon worden op de voorgenomen wijziging.

### **Impact**

Concreet zal de wijziging neerkomen op het vervangen van de vergoeding voor vrijgevestigde gynaecologen van € 303.334 per fte (oud) door € 204.280 per fte (nieuw), wat geldt voor de voor gynaecologen in loondienst. Dit geldt voor 5,09 fte aan gynaecologen. In totaal zal daarmee een afname van  $5,09 * (\text{€ } 303.334 - \text{€ } 204.280) = \text{€ } 504.184$  per instelling plaatsvinden. Dit geldt enkel voor de instellingen die een bijdrage op basis van gynaecologen in vrije vestiging ontvangen. De getoonde bedragen zijn op niveau prijspeil 2021.

Met de overgangsregeling voor het jaar 2025 zal dit effect dus eenmalig de helft zijn van het bedrag hierboven genoemd.

