
Beschikbaarheidstoelage

1. ALGEMEEN

- a. De beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummer 1 van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992.
- b. De beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2006 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de neerlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor de beleidsregel geldt: onbepaald.
- d. De geldigheidsduur van de goedgekeurde beleidsregel I-821 met betrekking tot onderstaande onderwerpen en de onder 1a aangeduide categorieën van organen voor gezondheidszorg wordt gewijzigd van onbepaald in "tot en met 31 december 2005".
- e. De in deze beleidsregel genoemde bedragen zijn gebaseerd op het loon- en prijsniveau 2005.
- f. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "Beleidsregel beschikbaarheidstoelage".

2. UITGANGSPUNTEN EN DEFINITIES

De beleidsregel heeft als doel bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor de bereikbaarheid noodzakelijk zijn, beschikbaar te houden. Daartoe biedt de beleidsregel de mogelijkheid om, ingeval door exploitatieproblemen het instandhouden van een dergelijke locatie in gevaar komt, een toeslag toe te kennen.

Voor de toepassing van deze beleidsregel worden daarbij de volgende begrippen gehanteerd.

- Beschikbare spoedeisende zorg: Er is sprake van beschikbare spoedeisende zorg indien minimaal een spoedeisende eerste hulp verpleegkundige in de ziekenhuislocatie aanwezig is en een medisch specialist binnen 15 minuten op de locatie aanwezig kan zijn. Dit moet 24 uur per etmaal het geval zijn;
- Bereikbare spoedeisende ziekenhuiszorg: Er is sprake van bereikbare spoedeisende ziekenhuiszorg indien een locatie van een ziekenhuis waar spoedeisende zorg beschikbaar is, binnen maximaal 45 minuten aanrijdtijd per ambulance voor een patiënt te bereiken is. In deze 45 minuten is de aanrijdtijd van een ambulance naar de patiënt en het aansluitende vervoer van de patiënt naar de ziekenhuislocatie begrepen.

Het RIVM heeft in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd naar aanrijdtijden naar ziekenhuislocaties met een spoedeisende eerste hulpafdeling. Dit onderzoek (briefrapport 116/03 VTV/LZ van september 2003) geeft aan welke locaties voldoen aan de bereikbaarheid volgens bovenstaande definitie. Het feit dat een locatie in dit onderzoek wordt genoemd betekent niet dat een trekingsrecht ontstaat op toekenning van extra middelen. Voor toekenning van middelen zijn de voorwaarden uit 2.2 van deze beleidsregel van toepassing.

In de huidige situatie is sprake van een bereikbaarheid volgens bovenstaande definitie van 98,8% van de bevolking. Het verder verhogen van de bereikbaarheid zou het oprichten van extra ziekenhuislocaties inhouden. Gegeven het beperkt aantal personen dat daarmee potentieel bereikt zou worden is een dergelijke aanpak niet doelmatig. De beleidsregel is er dan ook op gericht om bestaande ziekenhuislocaties, die nodig zijn voor de bereikbaarheid, in stand te houden.

2. TOEKENNEN EXTRA MIDDELEN VOOR BEREIKBAARHEID

2.1 Ziekenhuizen die aan de in 2.2 genoemde voorwaarden voldoen kunnen voor de kosten van de beschikbaarheid op een locatie een verhoging van de aanvaardbare kosten ontvangen.

2.2 Voorwaarden

2.2.1 Op de locatie waarvoor de toeslag wordt overeengekomen moet beschikbare spoedeisende zorg volgens de in hoofdstuk 1 genoemde definitie gerealiseerd zijn.

2.2.2 Het ziekenhuis dat de extra middelen ontvangt dient zorg te dragen voor een voldoende capaciteit aan medisch specialisten om aan de in hoofdstuk 1 geformuleerde eisen te voldoen. Hiervoor geldt uit hoofde van de kwaliteitseisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt, een absoluut minimum van 2,5 FTE-specialist per vakgroep voor 24-uurs beschikbaarheid. Hieraan kan ook invulling worden gegeven door samenwerking met andere ziekenhuisorganisaties of -locaties.

2.2.3 De klinische adherentie van de locatie waarvoor de toeslag wordt gegeven is minder dan 72.500. Voor de beschikbaarheidstoeslag in jaar t dient te worden uitgegaan van de gemiddelde klinische adherentie over de jaren t-2, t-3 en t-4.

2.2.4 Indien als gevolg van het beschikbaar houden van spoedeisende zorg op de desbetreffende locatie sprake is van exploitatietekorten, waardoor de beschikbaarheid in het gedrang komt, kunnen ziekenhuis en zorgverzekeraars in het lokaal overleg maken afspraken over de wijze waarop de beschikbaarheid wordt geregeld en over de hoogte van de daarmee gemoeide kosten.

2.2.5 De middelen mogen niet worden aangewend voor andere doeleinden dan waarvoor deze zijn toegekend. Op de door lokale partijen overeengekomen kosten vindt nacalculatie plaats binnen het in deze beleidsregel aangegeven maximum per locatie.

2.2.6 De middelen kunnen alleen worden toegekend indien sprake is van overeenstemming tussen aanbieder en verzekeraars in het lokaal overleg.

2.2.7 Het is lokale partijen toegestaan om andere oplossingen te creëren die voldoen aan de uitgangspunten van deze regeling en die goedkoper of doelmatiger zijn. Dit dient in de afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder te worden vastgelegd.

3. OMVANG EXTRA FINANCIËLE MIDDELEN

3.1 De extra middelen bedragen ten hoogste een bedrag van € 112,85 per adherente inwoner (klinisch) per locatie. Daarbij wordt het totaal aantal adherente inwoners dat bij de berekening in aanmerking wordt genomen bepaald door het verschil tussen de grenswaarde van 72.500 en de klinische adherentie van de locatie. Bij de aanvraag voor de beschikbaarheidstoeslag dient een document van Prismant te worden toegevoegd met de klinische adherentiecijfers.

3.2 Het bedrag dat onder 3.1 wordt vastgesteld is inclusief een vergoeding voor de loonkosten respectievelijk het honorarium voor de medisch specialisten. Voorzover sprake is van een zogenaamd lokaal initiatief van vrijgevestigde specialisten dient dit bedrag niet als dekking van de lumpsum.