

Beschikbaarheidsbijdrage Cure - op aanvraag

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.

Kenmerk
BR/CU-5121

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

Ingevolge artikel 59, aanhef en onder e Wmg heeft de Minister van VWS bij brieven van 12 december 2012 (kenmerk MC-U-3147126), 16 juli 2014 (kenmerk 640237-123257-MC) 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, het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg¹ en het Besluit van de commissie van 20 december 2011 (C(2011)9380).

Artikel 1. Reikwijdte

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

Artikel 2. Doel van de beleidsregel

Voor een aantal activiteiten en voorzieningen 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 vaststellen van de wijze van bekostiging van deze activiteiten en voorzieningen.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

3.1 *Aanwijzing*

Brief van Minister van VWS van 12 december 2012 (kenmerk MC-U-3147126)

3.2 *AMvB*

Algemene Maatregel van Bestuur.

3.3 *Bijlage*

Bijlage bij artikel 2 van het Besluit.

3.4 *Beschikbaarheidsbijdrage*

Een bijdrage als genoemd in artikel 56a Wmg.

¹ Laatstelijk gewijzigd bij besluit van 15 april 2014 houdende wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg en van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in verband met een aantal onderwerpen

3.5 *Besluit*

Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG van 24 augustus 2012.

3.6 *DBC-omzet brandwondenzorg*

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

3.7 *Minister*

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

3.8 *OTO*

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

3.9 *SEH consult*

SEH consult met code 190015 (Beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg').

3.10 *Wbmv*

Wet bijzondere medische verrichtingen.

3.11 *Wmg*

Wet marktordening gezondheidszorg.

Artikel 4. Algemeen

4.1 *Aangewezen vormen van zorg*

Bij het Besluit is door de Minister een aantal vormen van zorg aangewezen waarvoor de NZa een beschikbaarheidbijdrage kan vaststellen. Mede op basis van dit Besluit heeft de NZa onderhavig beleid ten aanzien van de verstrekking van de beschikbaarheidbijdrage op aanvraag door zorgaanbieders vastgesteld.

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

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 beschikbaarheidbijdrage*

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

4.3 *Verlening beschikbaarheidbijdrage*

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 beschikbaarheidbijdrage verlenen. Bij de verlening van de beschikbaarheidbijdrage wordt – behoudens bijzondere omstandigheden – bepaald dat de NZa de zorgaanbieder voorschotten verleent.

4.4 *Declaratie beschikbaarheidsbijdrage*

De zorgaanbieder kan het bedrag, vermeld in de beschikking van de NZa houdende verlening van een voorschot of vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage, in rekening brengen bij het Zorginstituut Nederland ten laste van het Zorgverzekeringsfonds².

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
3 van 28

4.5 *Vaststelling beschikbaarheidsbijdrage*

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

- a. Voor de verantwoording over de beschikbaarheidsbijdrage door aanbieders stelt de NZa een formulier beschikbaar.
- b. De aanvraag tot vaststelling dient vergezeld te gaan van een accountantsverklaring.

4.6 *Indexering*

De bedragen in deze beleidsregel zijn op prijspeil ultimo 2014. Bij de verlening van de beschikbaarheidsbedragen 2015 wordt rekening gehouden met de voorlopige indexen 2015. Bij de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage 2015 wordt rekening gehouden met de definitieve indexen 2015.

Artikel 5. Gespecialiseerde brandwondenzorg

5.1 *Beschrijving zorg*

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

5.2 *Criteria toekenning*

Aanbieders kunnen in aanmerking komen voor de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde brandwondenzorg indien zij:

- a. De in artikel 5.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg leveren en voldoen aan de gestelde voorwaarden;
- b. Een aanvraag hebben gedaan als bedoeld in artikel 4.2 en 5.4 van deze beleidsregel.

5.3 *Aantal aanbieders dat wordt belast*

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

5.4 *Procedure aanvraag verlening*

- a. De aanvraag tot verlening van de beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerde brandwondenzorg is compleet indien:
 - het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling.
- b. Het aanvraagformulier wordt beschikbaar gesteld via het aanvragenportaal: <http://toegang.nza.nl>
- c. De aanvraag wordt ingediend uiterlijk 31 december jaar t-1.
- d. Aanvragen die de NZa na 31 december jaar t-1 ontvangt, worden niet in behandeling genomen.

5.5 *Hoogte beschikbaarheidsbijdrage*

- a. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde brandwondenzorg is gebaseerd op de gemaakte kosten 2011

² Voorheen College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

(gebaseerd op het kostenonderzoek uit 2012). Deze kosten zijn geïndexeerd naar prijspeil ultimo 2014. 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.

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
4 van 28

Instelling	Personeel	Materieel	Max. bijdrage
Martini Ziekenhuis	€ 5.108.698	€ 2.524.407	€ 7.633.104
Maasstad Ziekenhuis	€ 5.823.227	€ 2.877.483	€ 8.700.709
Rode Kruis Ziekenhuis	€ 6.010.656	€ 2.970.098	€ 8.980.754

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 ambulans 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	Kenmerk BR/CU-5121 Pagina 5 van 28
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 behandelddag 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 behandelddag (190125), indien op een IC behandelddag 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 behandelddag 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 behandelddag (190134), indien op een IC behandelddag op enig moment sprake is van nierdialyse onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.
190141	IC behandelddag 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 behandelddag (190141), indien op een IC behandelddag op enig moment sprake is van nierdialyse onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.
190150	Neonatale IC.
190151	Pediatrie IC.

- b. De beschikbaarheidsbijdrage wordt als maximumbedrag verleend aan het begin van het jaar en na afloop van dat jaar wordt de gerealiseerde DBC-omzet gespecialiseerde brandwondenzorg hierop in mindering gebracht. Indien deze DBC-omzet hoger is dan het maximum bedrag dient de instelling eventueel reeds ontvangen voorschotten op de beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerde brandwondenzorg terug te betalen. De gespecialiseerde brandwondenzorg 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. Indien uit de aanvraag tot vaststelling blijkt dat de omzet lager is dan wordt de beschikbaarheidsbijdrage vastgesteld op het verschil tussen het verleende maximumbedrag aan het begin van het jaar verminderd met de gerealiseerde lagere DBC-omzet gespecialiseerde brandwondenzorg. Eventueel te veel verleende voorschotten moeten worden terugbetaald.

- 5.6 *Bevoorschotting gespecialiseerde brandwondenzorg*
- a. Vooruitlopend op de definitieve vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde brandwondenzorg, 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.
 - b. 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.
 - c. Als het verzoek niet gelijktijdig bij de aanvraag tot verlening van een beschikbaarheidsbijdrage is gedaan kan een verzoek tot bevoorschotting uiterlijk 1 oktober jaar t bij de NZa worden ingediend.
 - d. 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.
 - e. 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 Zorginstituut Nederland uitgekeerd in maandelijkse termijnen. 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 de definitieve beschikbaarheidsbijdrage.
 - f. De op grond van het vorige lid berekende rentevoordelen worden in mindering gebracht op de definitieve vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage.
 - g. 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.
- 5.7 *Procedure aanvraag vaststelling*
- a. De aanbieder dient uiterlijk 1 juni jaar t+1 een aanvraag voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerde brandwondenzorg in bij de NZa.
 - b. De aanvraag tot vaststelling is compleet indien:
 - Het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - Het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd,

- getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling;
 - De bestuursverklaring op basis van het door de NZa op te stellen model is bijgevoegd;
 - Een door de accountant opgesteld stuk zoals vermeld in het controleprotocol is bijgevoegd.
- c. Het aanvraagformulier, het model voor de bestuursverklaring en het controleprotocol worden beschikbaar gesteld via de website van de NZa, zijnde <http://www.nza.nl>.

Kenmerk
BR/CU-5121

Pagina
8 van 28

Artikel 6. Zorg verleend door MMT's met helikopter

6.1 Beschrijving zorg

Traumazorg door mobiel medisch team (MMT) met helikopter als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 6, van de Bijlage:

- a. 7x24 uur beschikbaarheid van een paraat MMT met helikopter dat binnen twee minuten na aanname van de melding van de meldkamer ambulancezorg moeten kunnen uitrukken naar de plek van het ongeval.
- b. MMT bestaat uit medisch specialist en gespecialiseerde verpleegkundige.

6.2 Criteria toekenning

Aanbieders kunnen in aanmerking komen voor de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage traumazorg door MMT met helikopter indien zij:

- a. De in artikel 6.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg kunnen leveren;
- b. Een aanvraag hebben gedaan als bedoeld in artikel 4.2 en artikel 6.4 en 6.5 van deze beleidsregel.

6.3 Aantal aanbieders dat wordt belast

Op grond van het Besluit kent de NZa de beschikbaarheidsbijdrage voor traumazorg door MMT met helikopter aan maximaal 4 aanbieders toe.

6.4 Procedure aanvraag verlening

- a. De aanvraag tot verlening van de beschikbaarheidsbijdrage traumazorg door het MMT met helikopter is compleet indien:
 - het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling.
- b. Het aanvraagformulier wordt beschikbaar gesteld via het aanvragenportaal: <http://toegang.nza.nl>
- c. De aanvraag wordt ingediend uiterlijk 31 december jaar t-1.
- d. Aanvragen die de NZa na 31 december jaar t-1 ontvangt, worden niet in behandeling genomen.

6.5 Beoordeling aanvraag verlening

- a. In het aanvraagformulier vermeldt de aanbieder de werkelijke kosten van het leasecontract van de helikopter, de te verwachten vliegreuren en de posten zoals genoemd onder artikel 6 lid 5 sub c.
- b. De beschikbaarheidsbijdrage voor traumazorg door het MMT met helikopter is deels gebaseerd op werkelijke kosten en deels gebaseerd op normatieve kosten.
- c. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage wordt gebaseerd op de volgende posten:

Post	Opbouw	Toelichting	Normbedrag niveau 2014
Leasekosten van de helikopter met piloot.	Vaste kosten + Kosten per vlieguur ³	Opbrengsten uit buitenlandse inzet worden in mindering gebracht op de werkelijke leasekosten	Werkelijke kosten
Personele inzet	5,5 fte medisch specialist	Gebaseerd op BR-CU-2031 uit 2011 met loonindexen.	€ 1.126.119
	6 fte gespecialiseerde verpleegkundigen	Gebaseerd op cao UMC's 2013-2015 schaal 9, trede 8, met onregelmatigheidstoeslag, vakantietoeslag en eindejaarsuitkering conform cao UMCU ⁴	€ 558.264
Kosten standplaats	Bij helikopter op het dak: Kapitaallasten		8,7% van de personele kosten
	Bij helikopter op het dak: Salariskosten 5,5 fte Helicopter Landing Officer (HLO)	Gebaseerd op cao ambulancezorg (2013-2014) inschaling chauffeur, schaal 7 en trede 11, onregelmatigheidstoeslag, vakantietoeslag en eindejaarsuitkering conform cao Ambulancezorg ⁵	€ 325.222
	Bij helikopter op externe locatie: werkelijke kosten voor de huur		Werkelijke kosten
Overige directe kosten ⁶	Kosten dienstkleding	Niveau ultimo 2014	€ 21.830
	Opleidingskosten	€30.000,- is geoormerkt voor de opleiding tot Helicopter Crew Member (HCM) voor 1 opleiding per twee jaar.	€ 36.382
	Patiëntgebonden kosten	Niveau ultimo 2014	€ 51.975
	Hotelmatige kosten	Niveau ultimo 2014	€ 5.197
Overheadkosten	opslag op de personele kosten	Voor overhead van de instelling, waaronder management, ondersteunende afdelingen, kantoor en administratie.	5% van het normbedrag voor personele inzet en indien van toepassing

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
9 van 28

³ Dit geldt ook voor de kosten gemaakt door inzet van een buitenlandse helikopter in Nederland indien deze inzet voldoet aan de voorwaarden voor deze beschikbaarheidsbijdrage.

⁴ Voor de werkgeverslasten wordt een opslag van 30% gehanteerd bovenop de totale salariskosten.

⁵ Voor de werkgeverslasten wordt een opslag van 30% gehanteerd bovenop de totale salariskosten.

⁶ De hoogte van deze normbedragen is gebaseerd op de onderbouwing aangeleverd door de betrokken instellingen. Hierbij heeft de NZa de best practice gehanteerd.

			HLO
--	--	--	-----

Kenmerk
BR/CU-5121

Pagina
10 van **28**

- d. Iedere drie jaar worden de in sub c gehanteerde normbedragen herijkt.

6.6 *Beoordeling aanvraag vaststelling*

- a. In het aanvraagformulier omschrijft de aanbieder:
- Het aantal inzetten en cancels van de helikopter;
 - Het aantal vliegenuren;
 - De inzet van de medisch specialist, de gespecialiseerde verpleegkundige en de HLO-er in fte;
 - De gerealiseerde werkelijke kosten op de posten genoemd onder lid 5 sub c van deze beleidsregel.
- b. De hoogte van de vaststelling wordt bepaald door de werkelijke vliegenuren van de helikopter, de werkelijke leasekosten en de normatieve kostenposten als bedoeld onder lid 5 sub c.

6.7 *Procedure aanvraag vaststelling*

- a. De aanbieder dient uiterlijk 1 juni jaar t+1 een aanvraag voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage traumazorg door MMT met helikopter in bij de NZa. De aanvraag tot vaststelling is compleet indien:
- Het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - Het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling;
 - De bestuursverklaring op basis van het door de NZa op te stellen model is bijgevoegd;
 - Een door de accountant opgesteld stuk zoals vermeld in het controleprotocol is bijgevoegd.
- b. Het aanvraagformulier en het model voor de bestuursverklaring worden beschikbaar gesteld via het aanvragenportaal: <http://toegang.nza.nl>
- c. Het controleprotocol wordt beschikbaar gesteld via de website van de NZa, zijnde <http://www.nza.nl>

Artikel 7. Spoedeisende Hulp

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 voldoen aan de onderstaande criteria voor verlening en die een aanvraag beschikbaarheidsbijdrage hebben gedaan bij de NZa als bedoeld in artikel 4.2 van deze beleidsregel voor de beschikbaarheid van spoedeisende hulp komen in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp.

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 31 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 een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de spoedeisende hulp als aan elk van de volgende criteria 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.

Kenmerk
BR/CU-5121

Pagina
11 van 28

7.3 *Hoogte beschikbaarheidsbijdrage*

a. *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 salariskosten van de SEH-arts worden bepaald op € 190.067,- gebaseerd op artikel 62 van de beleidsregel 'Transitiebekostigingsstructuur Medisch Specialistische Zorg'. 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%.

b. *Kosten Materieel*

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

c. *Kosten Kapitaal*

De opslag voor kapitaalslasten bedraagt 8,7%.

d. *Vaststellen van de opbrengsten*

De beschikbaarheidsbijdrage beoogt alleen een eventueel tekort te dekken. Opbrengsten die een SEH genereert worden in mindering gebracht op de beschikbaarheidsbijdrage. 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,-.

7.4 *Beoordeling aanvraag vaststelling*

De beschikbaarheidsbijdrage wordt als maximumbedrag verleend 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 de verleende bijdrage, ontvangt de instelling geen beschikbaarheidsbijdrage.

7.5 *Afbouw beschikbaarheidsbijdrage SEH voor aanbieders die in het verleden een beschikbaarheidsbijdrage ontvingen*

- a. Voor de aanbieders die in 2012, 2013 en 2014 een beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende Hulp (SEH) ontvingen en die niet (meer) voldoen aan de gestelde criteria, is de volgende afbouwregeling van toepassing:
 - Jaar 1 (2015) van de afbouwregeling: 75% van de beschikbaarheidsbijdrage in t-1
 - Jaar 2 (2016) van de afbouwregeling: 50% van de beschikbaarheidsbijdrage in t-2
 - Jaar 3 (2017) van de afbouwregeling: 25% van de beschikbaarheidsbijdrage in t-3
- b. Voor aanbieders die in 2012, 2013 en 2014 een beschikbaarheidsbijdrage ontvingen waarbij afbouw van de bijdrage aan de orde is, vormt 2015 het eerste jaar van de afbouw.
- c. De NZa stelt de beschikbaarheidsbijdrage SEH in het kader van de afbouwregeling ambtshalve vast. Dit betekent dat aanbieders geen aanvraag hoeven in te dienen om in aanmerking te komen voor de bijdrage.

7.6 *Procedure aanvraag vaststelling*

- a. De aanbieder dient uiterlijk 1 juni jaar t+1 een aanvraag voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage SEH bij de NZa.
- b. De aanvraag tot vaststelling is compleet indien:
 - Het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - Het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling;
 - De bestuursverklaring op basis van het door de NZa op te stellen model is bijgevoegd;
 - Een door de accountant opgesteld stuk zoals vermeld in het controleprotocol is bijgevoegd.
- c. Het aanvraagformulier, het model voor de bestuursverklaring en het controleprotocol worden beschikbaar gesteld via de website van de NZa, zijnde <http://www.nza.nl>.

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
12 van **28**

Artikel 8. Acute verloskunde

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 8.1 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 kunnen in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage Acute verloskunde.

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 31 december jaar t-1 te worden gedaan.

Op grond van de aanwijzing kan de NZa pas een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor de acute verloskunde als aan elk van de volgende criteria 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*
- a. *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 salariskosten van de gynaecoloog worden bepaald op € 190.067,- gebaseerd op artikel 62 van de beleidsregel 'Transitiebekostigingsstructuur Medisch Specialistische Zorg'. 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%.
- b. *Kosten Materieel*
Er wordt uitgegaan van een verhouding materieel-personeel 30% - 70%.
- c. *Kosten Kapitaal*
De opslag voor kapitaalslasten bedraagt 8,7%.
- 8.4** *Beoordeling aanvraag vaststelling*
- a. De beschikbaarheidsbijdrage wordt aan het begin van het jaar als maximumbedrag verleend. Hierop wordt een inschatting van het in dat jaar te realiseren opbrengsten verloskunde in mindering gebracht. 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. In de bijlage van deze beleidsregel is een overzicht van deze producten opgenomen.
- b. Indien de DBC omzet die aan deze functie wordt toegerekend hoger is dan de beschikbaarheidsbijdrage, ontvangt de instelling geen beschikbaarheidsbijdrage. Aangezien er in de verloskundige zorg sprake is van vrije tarieven baseert de NZa het tarief voor de bepaling van de DBC-omzet op het landelijk gemiddelde tarief voor de betreffende producten.
- 8.5** *Procedure aanvraag vaststelling*
- a. De aanbieder dient uiterlijk 1 juni jaar t+1 een aanvraag voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage Acute verloskunde bij de NZa.
- b. De aanvraag tot vaststelling is compleet indien:
- Het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - Het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling;
 - De bestuursverklaring op basis van het door de NZa op te stellen model is bijgevoegd;
 - Een door de accountant opgesteld stuk zoals vermeld in het controleprotocol is bijgevoegd.
- c. Het aanvraagformulier, het model voor de bestuursverklaring en het controleprotocol worden beschikbaar gesteld via de website van de NZa, zijnde <http://www.nza.nl>.

Artikel 9. Postmortem Orgaanuitname

Kenmerk
BR/CU-5121

Pagina
14 van **28**

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 kunnen in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage postmortem orgaanuitname.

Aanbieders van de in artikel 9.1 genoemde vorm van zorg dienen tevens te zijn aangewezen als donoruitnameteam door de Minister op grond van artikel 8 Wbmv.

9.3 Procedure aanvraag verlening

- a. De aanvraag tot verlening van de beschikbaarheidsbijdrage postmortem orgaanuitname is compleet indien:
 - het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiewaarder van de instelling.
- b. Het aanvraagformulier wordt beschikbaar gesteld via de website van de NZa www.nza.nl.
- c. De aanvraag wordt ingediend uiterlijk 31 december jaar t-1.
- d. Aanvragen die de NZa na 31 december jaar t-1 ontvangt, worden niet in behandeling genomen.

9.4 Hoogte beschikbaarheidsbijdrage

De beschikbaarheidsbijdrage PMO is een compensatie voor de uitnamechirurgen in de aangewezen donoruitnameteams. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage is opgebouwd uit:

*Personele inzet***Tabel 1.** Berekening benodigd aantal fte voor 1 fte.

Basis fte		1
Vakantie 24 dagen, zijnde 9%		0,09
Compensatieverlof 36 uur		0,2
Verzuim (5%)		0,05
Totaal		1,34
Voor een team van 2 fte		2,68

*Kosten personeel en materiaal***Tabel 2.** Kosten per fte

Personeel (€ 243.035 + index 2014 van 1,94%)		€ 247.750
Materieel (verhouding 70/30 loon/materieel)		€ 105.241
<i>Subtotaal</i>		€ 352.991
Kapitaallasten	8,70%	€ 30.710
Totaal per fte		€ 383.701

Tabel 3. Kosten per donor-uitnameteam

Per team van 2 FTE	2,68	€ 383.701	€ 1.028.319
--------------------	------	-----------	-------------

9.5 Procedure aanvraag vaststelling

- a. De aanbieder dient uiterlijk 1 juni jaar t+1 een aanvraag voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage postmortem orgaanuitname in bij de NZa.
- b. De aanvraag tot vaststelling is compleet indien:
 - Het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - Het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling;
 - De bestuursverklaring op basis van het door de NZa op te stellen model is bijgevoegd;
 - Een door de accountant opgesteld stuk zoals vermeld in het controleprotocol is bijgevoegd.
- c. Het aanvraagformulier, het model voor de bestuursverklaring en het controleprotocol worden beschikbaar gesteld via de website van de NZa, zijnde <http://www.nza.nl>.

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
15 van **28**

Artikel 10. Traumazorg Opleiden, Trainen en Oefenen

10.1 Beschrijving van de zorg

Traumazorg voor wat betreft Opleiden, Trainen en Oefenen ten behoeve van rampen en crises (OTO), als bedoeld in onderdeel B, aanhef onder 5 van de Bijlage.

10.2 Criteria toekenning

Aanbieders kunnen in aanmerking komen voor de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage OTO indien zij:

- a. De in artikel 10.1 van deze beleidsregel genoemde vorm van zorg kunnen leveren;
- b. In bezit zijn van een erkenning als traumacentrum; en
- c. Een aanvraag hebben gedaan als bedoeld in artikel 4.2 en artikel 10.3 en artikel 10.4 van deze beleidsregel.

De beoordeling van de verstrekking van de beschikbaarheidsbijdrage vindt –naast het gestelde in de beleidsregel- plaats op basis van het OTO convenant.

10.3 Procedure aanvraag verlening

- a. De aanvraag tot verlening van de beschikbaarheidsbijdrage OTO is compleet indien:
 - Het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - Het regionale OTO jaarplan is bijgevoegd;
 - Het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling.
- b. Het aanvraagformulier wordt beschikbaar gesteld op de website van de NZa, zijnde <http://www.nza.nl>
- c. De aanvraag wordt ingediend uiterlijk 31 december jaar t-1.
- d. Aanvragen die de NZa na 31 december jaar t-1 ontvangt, worden niet in behandeling genomen.

10.4 Beoordeling aanvraag verlening

- a. In het aanvraagformulier omschrijft de aanbieder voor welke activiteiten een beschikbaarheidsbijdrage OTO wordt aangevraagd en wat de begrote kosten voor deze activiteiten zijn.

- b. De omschrijving van activiteiten zoals bedoeld in artikel 10 lid 4 sub a voor wat betreft opleidingen, trainingen en oefeningen zoals bedoeld in het OTO convenant kunnen op een later tijdstip worden uitgewerkt, indien:
- de activiteit is opgenomen in de aanvraag tot verlening onder de post 'Activiteit naar aanleiding van actuele ontwikkelingen';
 - op het moment van de indiening van de aanvraag tot verlening de inhoud van de activiteit nog niet te voorzien is;
 - de uitwerking van de activiteit zal geschieden op basis van actuele maatschappelijke ontwikkelingen gedurende het subsidiejaar, en;
 - de kosten voor deze activiteiten niet meer bedragen dan 20% van het totaal aangevraagde bedrag.
- c. De in het aanvraagformulier opgegeven activiteiten moeten voldoen aan minimaal een van de volgende doelstellingen:
- Voorbereiden, faciliteren en organiseren van activiteiten omtrent opleiden, trainen en oefenen van de zorgsector;
 - Activiteiten gericht op voorbereiding op alle soorten rampentyperingen conform de Leidraad Maatramp;
 - 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;
 - Financiering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
- d. De volgende activiteiten komen niet in aanmerking voor bekostiging door middel van een beschikbaarheidsbijdrage:
- De financiering van de instellingen voor reguliere zorg;
 - Compensatie van productieverlies van individuele beroepbeoefenaars en zorginstellingen tijdens een opleiding training of oefening;
 - Opleidingen en trainingen die voor het verlenen van reguliere zorg vereist zijn;
 - Financiering van reguliere taken in niet opgeschaalde situatie van medewerkers van zorginstellingen en GHOR-bureaus;
 - Vacatiegelden voor deelname aan overleggen.
- e. Indien een opgegeven activiteit niet voldoet aan de bepalingen onder sub c, dan worden de begrote kosten voor deze activiteit in mindering gebracht op het bedrag van de aangevraagde verlening.
- f. Indien de aanvraag een activiteit omvat zoals omschreven onder sub d, dan worden de begrote kosten voor deze activiteit in mindering gebracht op het bedrag van de aangevraagde verlening.
- g. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage bedraagt maximaal €1.056.380 voor een instelling voor medisch specialistische zorg (voorheen algemeen ziekenhuis). De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage bedraagt maximaal € 1.067.255 voor een instelling voor medisch specialistische zorg (voorheen academisch ziekenhuis).

10.5 Inhoud en beoordeling aanvraag vaststelling

- a. In het aanvraagformulier omschrijft de aanbieder:
- Welke activiteiten waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage OTO is verleend zijn uitgevoerd;
 - Welke activiteiten waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage OTO is verleend niet zijn uitgevoerd;
 - De voor onder sub a, b en c omschreven activiteiten begrote en gerealiseerde kosten.
- b. Artikel 10, lid 4 sub b tot en met sub g van deze beleidsregel zijn ook van toepassing op de beoordeling van de aanvraag tot vaststelling.
- c. de nadere uitwerking van de activiteiten zoals bedoeld in artikel 10 lid 4 sub b waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage OTO is verleend;
- d. Substitutie tussen kosten van activiteiten is toegestaan, mits:
- De activiteiten onderdeel zijn van de verlening, en
 - De activiteiten zijn uitgevoerd.

Kenmerk
BR/CU-5121

Pagina
17 van **28**

10.6 Procedure aanvraag vaststelling

- a. De aanbieder dient uiterlijk 1 juni jaar t+1 een aanvraag voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage Traumazorg Opleiden, Trainen en Oefenen in bij de NZa.
- b. De aanvraag tot vaststelling is compleet indien:
- Het aanvraagformulier volledig en correct is ingevuld;
 - Het voorblad van het aanvraagformulier is bijgevoegd, getekend door de Raad van Bestuur of procuratiehouder van de instelling;
 - De bestuursverklaring op basis van het door de NZa op te stellen model is bijgevoegd;
 - Een door de accountant opgesteld stuk zoals vermeld in het controleprotocol is bijgevoegd;
 - Het regionale OTO jaarverslag is bijgevoegd.
- c. Het aanvraagformulier, het model voor de bestuursverklaring en het controleprotocol worden beschikbaar gesteld via de website van de NZa, zijnde <http://www.nza.nl>.

Artikel 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 Zorginstituut Nederland 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.

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
18 van **28**

- 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.

Artikel 12. Bevoorschotting

- 12.1 De beschikbaarheidsbijdrage wordt in twaalf gelijke termijnen door middel van voorschotten betaalbaar gesteld.
- 12.2 De bevoorschotting vindt plaats op basis van het verleende bedrag.

Artikel 13. Betalen: procedure ZiNL Zorginstituut Nederland

Voor uitbetaling van de beschikbaarheidsbijdrage kan de zorgaanbieder zich wenden tot het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Hierbij dient de volgende procedure te worden gevolgd:

- 13.1 De zorgaanbieder dient bij het ZiNL een verzoek tot uitbetaling in. Een kopie van de beschikking beschikbaarheidsbijdrage dient mee gezonden te worden.
- 13.2 Bij wijziging van de procuratiehouder of het bankrekeningnummer meldt de instelling dit bij het ZiNL door middel van het formulier 'Opgave bankrekening'. Alleen originele en volledig ingevulde formulieren inclusief de KvK-inschrijving worden in behandeling genomen.

Artikel 14. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2015 en vervalt met ingang van 1 januari 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

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

Gelijktijdig met inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Beschikbaarheidsbijdrage Cure op aanvraag', met kenmerk BR/CU-2133 ingetrokken.

Toelichting bij beleidsregel

Deze beleidsregel vervangt beleidsregel BR/CU-2133.

Ten opzichte van de vorige versie zijn de volgende wijzigingen aangebracht:

- Voor functie Zorg verleend door MMT's met helikopter, artikel 6, is de afbakening uit de AMvB overgenomen en zijn de berekeningen van de normbedragen verduidelijkt.
- Voor de functie OTO, artikel 10, is de afbakening uit het OTO-convenant overgenomen in de beleidsregeltekst.
- De procedure voor uitbetaling door het Zorginstituut, artikel 14, is vereenvoudigd.
- Vooruitlopend op een door de NZa op te stellen Uniform kader beschikbaarheidsbijdrage zijn huidige procedures rondom het aanvragen en beoordelen van de aanvragen duidelijker en eenduidig beschreven in de beleidsregel.
- Alle bedragen zijn geïndexeerd naar prijspeil ultimo 2014, met uitzondering van de beschikbaarheidsbijdrage voor de functie Spoedeisende Eerste Hulp en de functie Acute Verloskunde.
- Ten slotte zijn tekstuele wijzigingen doorgevoerd en verwijzingen naar beleidsregels aangepast.

Beschikbaarheidsbijdrage – algemeen

Voor een aantal vormen van zorg is het niet of niet geheel mogelijk om de kosten voor de afzonderlijke prestaties rechtstreeks toe te rekenen naar of in rekening te brengen aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden. Ook kan het voorkomen dat een dergelijke toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken. Indien deze vormen van zorg niet op een andere wijze worden bekostigd kan er onder voorwaarden een beschikbaarheidsbijdrage worden toegekend. De minister heeft bij besluit⁷ de specifieke vormen van zorg aangewezen waarvan de beschikbaarheid geborgd dient te worden. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid, specifieke deskundigheid of specifieke voorzieningen.

Voor twee zorgfuncties wordt beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve verstrekt, te weten de academische component en de beschikbaarheidsbijdrage voor de functie Traumazorg en Coördinatie ROAZ. Zie hiervoor de beleidsregel 'Beschikbaarheidsbijdrage Cure ambtshalve'. De meeste beschikbaarheidsbijdragen worden op aanvraag door de NZa verstrekt. De voorliggende beleidsregel ziet op die beschikbaarheidsbijdragen die op aanvraag door de NZa worden verstrekt.

Algemeen proces

Het proces van verlenen en vaststellen van een beschikbaarheidsbijdrage door de NZa geschiedt – kort samengevat – als volgt. De NZa zal aan het begin van het subsidiejaar een verleningsbeschikking afgeven. Na afloop van het subsidiejaar zal de NZa een vaststellingsbeschikking afgeven. De beschikbaarheidsbijdrage zal worden bevoorschot. Uitbetaling geschiedt in 12 gelijke termijnen. Bij de vaststellingsbeschikking 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 ZINL.

⁷ Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, Stb. 2012, 396.

Toelichting bij de zorgfuncties

Spoeisende Eerste Hulp 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.

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 krimpgelieden, 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 de NZa een aanwijzing gegeven om een afbouwregeling te treffen voor een aantal SEH's die op historische gronden een bijdrage ontvingen. Met de beëindiging van deze bijdrages zal voor alle aanbieders het in deze beleidsregel opgenomen regime 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.

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 gestart⁸.

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.

Spoedeisende Eerste Hulp

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

⁸ Betekent dat behandeling maximaal 75 minuten na oproep ambulance moet aanvangen door een obstetrisch professional of gynaecoloog.

bereikbaarheidsnorm⁹ als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7 van de bijlage”

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

Kenmerk
BR/CU-5121

Pagina
22 van 28

“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.

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”

⁹ Op grond van een RIVM analyse van 19 juni 2013 zijn er 8 SEH's gevoelig voor de 45 minuten norm.

Criteria voor verlening SEH en Acute verloskunde

Artikel 7.2 en 8.2

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.

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 zorg¹⁰. 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)¹¹. 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 vallen¹². 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.

¹⁰ Beleidsregel TH/BR-011

¹¹ Beleidsregel TH/BR-009.

¹² Beleidsregel AL/BR-0013.

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.

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
24 van **28**

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.

Hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde

Artikel 7.3 en 8.3

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.

Kenmerk
BR/CU-5121
Pagina
25 van **28**

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).

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.

Afbouwregeling SEH

Artikel 7.5

Aanbieders die gedurende drie of meer jaren een beschikbaarheidsbijdrage hebben ontvangen komen in aanmerking voor een afbouwregeling.

Kenmerk
BR/CU-5121

2015 is het eerste jaar van afbouw voor aanbieders die in 2012, 2013 en 2014 een beschikbaarheidsbijdrage SEH ontvingen maar niet voldoen aan de criteria voor de verlening van een beschikbaarheidsbijdrage die zijn opgenomen in artikel 7 en 8 van deze beleidsregel.

Postmortem Orgaanuitname

Artikel 9.1

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'.

Artikel 9.3

De NZa concludeert dat er in totaal: $2 \text{ fte} + (0,2 \text{ fte} * 2) + (0,09 \text{ fte} * 2) + (0,05 * 2) = 2,68 \text{ fte}$ 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 meer uitname chirurgen die, als ze geen PMO dienst hebben, ook andere diensten draaien. In een voorbeeld:

Als een team van 10 chirurgen PMO diensten verzorgen, is er 2,68 fte chirurg niet in te roosteren op reguliere, declarabele, diensten omdat deze 2,68 fte gereserveerd is voor PMO-diensten. De beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om het ziekenhuis te compenseren voor het niet kunnen inzetten van 2,68 fte op wel declarabele productie.

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.

Opleiden, Trainen, oefenen

Artikel 10 lid 4 sub b

De aard van de functie opleiden, trainen, oefenen ten behoeve van rampen en crises vraagt om enige flexibiliteit om gedurende het subsidiejaar in te kunnen spelen op actuele ontwikkelingen. De voorbereiding op rampen en crises is immers tot op zekere hoogte planbaar. Het is mogelijk dat actuele maatschappelijke ontwikkelingen aanleiding geven tot het op korte termijn moeten organiseren van een activiteit. Dit artikel biedt de mogelijkheid om onder de in het artikel genoemde voorwaarden in de aanvraag tot verlening opleidingen, trainingen en oefeningen op te nemen, waarvan de inhoud gedurende het subsidiejaar naar aanleiding van actuele maatschappelijke

ontwikkelingen nader wordt ingevuld. In de aanvraag tot vaststelling zal hierover verantwoording moeten worden afgelegd, zoals omschreven in artikel 10 lid 5 sub c.

Kenmerk
BR/CU-5121

Pagina
27 van **28**

Bijlage 1. Zorgproducten Acute verloskunde met percentage. Bijlage bij artikel 8.4

Kenmerk
BR/CU-5121

Zorgproduct code	Zorgproduct medische omschrijving	Percentage
150101002	Oper wegens extra-uteriene zwangerschap Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	42,7%
150101003	Diagnostisch (zwaar) / Therapeutisch licht Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	10,3%
150101004	Klin kort Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	0,2%
150101006	(Abortus) curettage Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	39,6%
150101007	Dag / Poli > 2 Routine onderzoek >2 Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	0,0%
150101008	Klin (zeer) lang Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	0,0%
150101009	Klin middel Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	0,2%
150101011	Licht ambuland Zwangersch/bevall/kraamb misgeboorte	0,0%
159899004	Partus met complexe fluxusbehandeling OK Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	20,6%
159899007	Sectio ceasarea Zwangersch/bevall/kraamb bevalling/compl	31,4%
159899008	Complicaties na partus Dag / Klin cumulatief kort Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	0,3%
159899010	Partus met (manuele) placentaverwijdering / oper cervixscheur Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	41,3%
159899012	Complicaties na partus Dag/ Klin cumulatief middel Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	0,2%
159899013	Complicaties na partus Complexe fluxusbehandeling OK Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	11,3%
159899014	Begeleiding spontane partus stuit / meerling Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	31,8%
159899016	Complicaties na partus (Manuele) placentaverwijdering / oper cervixscheur Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	33,6%
159899017	Vaginale kunstverlossing Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	30,9%
159899019	Begeleiding spontane partus Zwangersch/bevall/kraamb bevalling / compl	38,9%