

>Bijlage 2

Achtergrondinformatie per individuele beschikbaarheidsbijdrage

Inhoud

Klik op een
beschikbaarheidsbijdrage om
naar de desbetreffende
pagina te gaan

1. (Medische) vervolgoopleidingen (MVO)
2. Academische zorg (AZ)
3. Spoedeisende hulp (SEH)
4. Acute verloskunde (AV)
5. Coördinatie traumazorg & ROAZ (CTR)
6. Opleiden, trainen en oefenen voor ramen (OTO)
7. Mobiel medisch team met helikopter (MMT-H)
8. Mobiel medisch team met voertuig (MMT-V)
9. Post mortem uitname bij donoren van organen (PMD)
10. Post mortem uitname bij donoren van weefsels (PMW)
11. Gespecialiseerde brandwondenzorg (Brandwondenzorg)
12. Ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden (Waddenhelikopter)
13. Gespecialiseerde psychotraumazorg (Psychotraumazorg)
14. Calamiteitenhospitaal

In dit document korten we
'beschikbaarheidsbijdrage'
af naar BB





I. (Medische) vervolgopleidingen

MVO

SiRM.

Strategies
in Regulated
Markets

Afbakening en doel

Afbakening

- Vergoeding voor werkelijke kosten van (medische) vervolgo opleidingen: waaronder medisch specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen, medisch ondersteunend personeel (zie pagina 5).
- Vanaf 2025: 12 extra ziekenhuisopleidingen (gesp. verpleegkundigen en medisch personeel) om modulaire bekostiging mogelijk te maken.

Beleidstheorie en doel

- Zonder financiële steun moeten zorgaanbieders zelf opleidingen bekostigen, wat leidt tot hogere tarieven. Zorgaanbieders zullen terughoudend worden met opleiden. Risico op tekort zorgverleners en andere zorgaanbieders die de vruchten plukken van - bij andere organisaties opgeleide - zorgverleners (*freerider*-gedrag). Ook risico op varkenscyclus (grote fluctuaties in het aantal dat opgeleid wordt).
- Door kosten zorg en opleiden te scheiden kan dit worden voorkomen. Ook stelt subsidie overheid in staat opleidingsplekken transparant en toetsbaar te verdelen en kosten te beheersen.
- Doel is om voldoende zorgverleners op lange termijn op te leiden.

Zie volgende pagina voor kenmerken per type opleiding

Overlap met reguliere zorg

(Medische) vervolgo opleidingen zijn sterk verweven met leveren van zorg en het doen van wetenschappelijk onderzoek. Dit compliceert een kostenonderzoek, omdat zowel kosten als opbrengsten moeilijk te scheiden zijn.

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

- VWS stelde in 2006 met veldpartijen vergoedingsbedrag per opleidingsplek vast. Sindsdien is voor de meeste opleidingen het vergoedingsbedrag niet herzien.
- Jaarlijkse indexatie o.b.v. OVA en prijsindexcijfer CPB.¹

Criteria aanvragers

Alleen erkende opleidende zorgaanbieders of zorgaanbieders met samenwerkingsovereenkomst met erkende opleidingsinstelling en de stichtingen SBOH en SBOS.

Verdeling tussen aanvragers

Voor bijna alle opleidingen stelt VWS jaarlijks een verdeelplan vast (o.b.v. raming Capaciteitsorgaan) met max. aantal instroomplaatsen en fte per specialisme per zorgaanbieder.³

Vaststellen bedrag per aanbieder

- Meestal: vergoedingsbedrag x fte per opleiding per jaar.
- Ziekenhuisopleidingen tot 2025: vergoeding per diploma, soms extra per instromer. Vanaf 2025: vergoeding per opleidingsmodule.

Systematiek per categorie (medische) vervolgoopleidingen

Categorie	Opleidingen	Opleiding in dienst bij	Type vergoeding	Verdeelplan	Instroom vs. raming	Kostenonderzoek
Medisch specialismen in ziekenhuis	28 medisch 3 technisch 2 tandheelkundig	Opleidende zorgaanbieder erkend door specifieke registratiecommissie	- Uniform vergoedingsbedrag (niet gedifferentieerd per opleiding) per fte per jaar - Gedifferentieerd naar academisch en algemeen ziekenhuis inclusief staffel (1-49, 50-149 en >150 fte)	Ja	Gelijk / hoger	Kostenonderzoek in april 2025
Medisch specialismen via SBOH/ SBOS	- Huisarts - Specialist ouderen geneeskunde - Arts verstandelijk gehandicapten - Verslavingsarts - Sportarts	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) / Stichting Beroepsopleiding Sportarts (SBOS)	Per opleiding specifiek vergoedingsbedrag per fte per jaar	Ja	- Lager (SOG, AVG, verslavingsarts) - Gelijk (sportarts) - Hoger tot 2020, daarna lager (huisarts)	Kostenonderzoek in 2016
Ziekenhuis-opleidingen	10 gespecialiseerd verpleegkundigen 5 medisch ondersteunend personeel	Opleidende zorgaanbieder erkend door College Zorgopleidingen (CZO)	- Tot 2025: per opleiding specifiek vergoedingsbedrag per gediplomeerde en voor vijf opleidingen aanvullend een bedrag per instromer - Vanaf 2025: vergoeding per opleidingsmodule (modulaire bekostiging)	Nee	Lager	Geen kostenonderzoek
Medisch specialismen in ggz	- GZ-psycholoog - Psychotherapeut - Klinisch (neuro)-psycholoog (KP/KNP) - Verpleegkundig specialist ggz - Psychiater in de ggz - Klinisch geriater	Opleidende zorgaanbieder erkend door specifieke registratiecommissie of met samenwerkings-overeenkomst met erkende opleidingsinstelling	- Per opleiding specifiek vergoedingsbedrag per fte per jaar - Gedifferentieerd naar omvang aanbieder (0-10, 10-23, >23 fte)	Ja	- Hoger (GZ-psycholoog) - Gelijk (psychotherapeut en VS ggz, psychiater, klinisch geriater) - Lager (KP/KNP)	Kostenonderzoek in 2016

Verdeling opleidingsplekken en instroom

Verdeelplan & raming

- Voor de medisch specialismen - zowel in het ziekenhuis, via de SBOH/SBOS, als in de ggz - brengt Stichting BOLS¹ op basis van de raming van het Capaciteitsorgaan een toewijzingsvoorstel uit aan VWS.
- Op basis van dit advies stelt VWS vervolgens een verdeelplan vast. Dit plan bevat een overzicht van het maximale aantal instroomplaatsen en de bijbehorende fte per opleiding en per opleidende zorgaanbieder. In sommige gevallen wijkt VWS in het verdeelplan af van het advies van Stichting BOLS. Voor de ziekenhuisopleidingen is er geen verdeelplan.
- Het Capaciteitsorgaan raamt voor alle opleidingen (dus ook voor de ziekenhuisopleidingen) het benodigde aantal instromers.

Gerealiseerde instroom

- De instroom ten opzichte van de raming is gelijk of hoger voor de medisch specialismen in het ziekenhuis en enkele andere specialismen, zoals sportarts, GZ-psycholoog en psychotherapeut. Zie ook de vorige pagina voor meer informatie.
- Voor met name de ziekenhuisopleidingen blijft de instroom echter over het algemeen achter bij de raming, ondanks dat er geen verdeelplan met maximaal aantal plekken per opleidende zorgaanbieder geldt.
- Ook bij opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verslavingsarts en klinisch (neuro)psycholoog is de instroom lager dan geraamd.

Externe factoren

- Geïnterviewden geven aan dat het al dan niet behalen van de instroomraming sterk afhankelijk is van externe factoren, zoals:
 - Arbeidsmarktkrapte (toenemende zorgvraag, hogere uitstroom werkzame bevolking, meer personeel nodig vanwege hoger aandeel parttimers).
 - Aantrekkelijkheid van opleidingen (bijv. de opleidingen tot arts verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde).
 - Aanpassingen aan raming: de afgelopen jaren is de raming voor gespecialiseerd verpleegkundigen naar boven bijgesteld.

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging



- Vanaf de jaren '90 vond bekostiging van opleidingsplaatsen plaats o.b.v. onderhandelingen tussen individuele verzekeraars en zorgaanbieders, zonder dat er een directe relatie was met de geleverde opleidingsprestatie.
- Door de introductie van marktwerking in de zorg in 2006 moest de financiering veranderen, vanwege marktfalen en marktverstoringproblemen.
- Het Opleidingsfonds werd in 2007 ingevoerd, sterk vergelijkbaar met de BB. De minister bepaalde het aantal opleidingsplaatsen per instelling en wees deze toe via het reguliere VWS-subsidieproces.
- Een evaluatie in 2010 leidde uiteindelijk tot introductie van de BB in 2013. Kritiek op het opleidingsfonds was vooral intransparantie van de verdeling van opleidingsplekken en administratieve lasten.
- Beleid en uitvoering werden gescheiden, waarbij de NZa de uitvoering overnam.

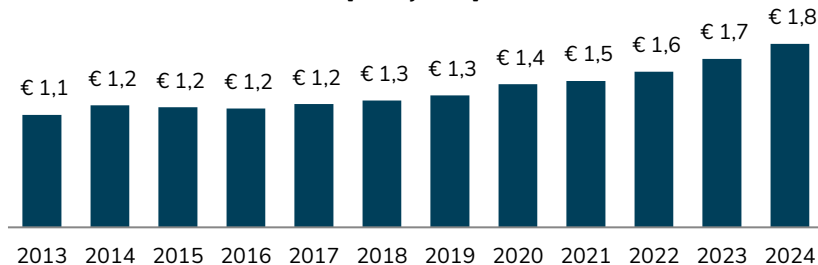
Tussentijdse wijzigingen



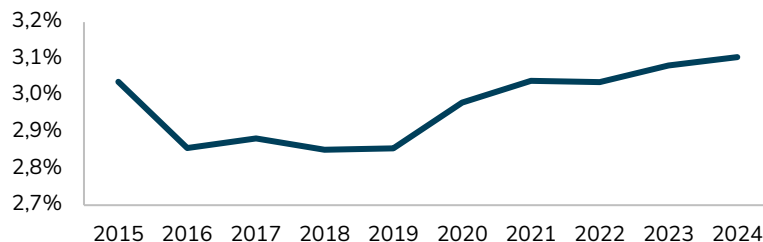
- [2014](#): uitbreiding met ziekenhuisopleidingen (medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerd verpleegkundigen).
- 2015:
 - Een doorlopende beleidsregel i.p.v. één beleidsregel per subsidiejaar.
 - Toetsing van aanvraag aan gegevens registratiecommissies vervalt.
 - Aansluiting bij beleidsregel Uniform Kader Beschikbaarheidbijdrage. Hierdoor verschoof de indieningstermijn.
- [2016](#): uitbreiding met opleiding tot sportarts en klinisch neuropsycholoog.
- [2020](#): uitbreiding met opleiding tot verslavingsarts en [deskundige infectiepreventie](#).
- [2024](#): Minister voegt aantal opleidingsplaatsen per instelling toe aan Besluit beschikbaarheidbijdrage. Het College van Beroep voor het Bedrijfsleven oordeelt dat de minister hiermee buiten haar wettelijke bevoegdheid is getreden.
- [2025](#):
 - Modulaire bekostiging mogelijk op basis Entrusted Professional Activities (EPA's) en EPA overstijgende leeractiviteiten (EOL's).
 - Uitbreiding met 12 ziekenhuisopleidingen: vooral gespecialiseerd verpleegkundigen (o.a. recovery, mediumcare, cardiaccare, highcare-neonatologie verpleegkundige), dialyse assistent, medewerker operatieve zorg, sedatiepraktijkspecialist en medewerker interventiecardiologie.

Totale uitgaven over tijd

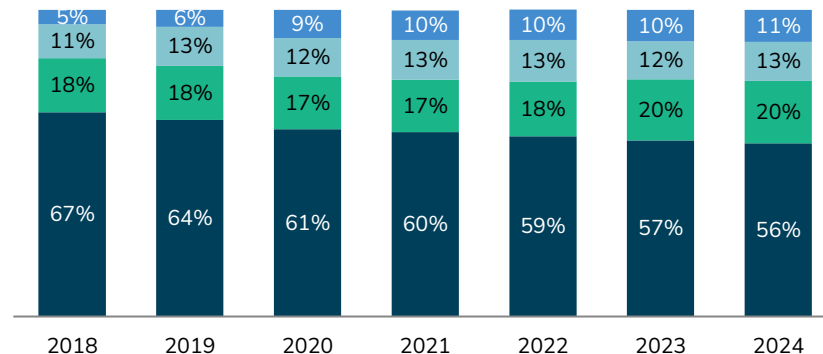
Uitgaven over tijd voor BB (medische) vervolgopleidingen
[in miljard €]



Uitgaven BB (medische) vervolgopleidingen als aandeel
van totale Zvw-uitgaven



Verdeling uitgaven BB (medische) vervolgopleidingen naar type
opleiding [% van totale uitgaven]



- Medisch specialismen in ggz
- Ziekenhuisopleidingen
- Medisch specialismen via SBOH/SBOS
- Medisch specialismen in ziekenhuis

Jurisprudentie

In totaal 7 rechtszaken:¹

- 5 tegen de NZa en 2 tegen VWS.
- 4 ongegrond en 3 gegrond (beide zaken tegen VWS waren gegrond).

Aanbieder msz vs. NZa

NZa weigerde onterecht een BB aan de apotheek die een opleidingsplaats voor ziekenhuisfarmacie had overgenomen van het Slotervaart-ziekenhuis. Ondanks dat de apotheek nog niet formeel erkend was, had de NZa moeten afwijken van de beleidsregel vanwege de bijzondere omstandigheden.

Silver Psychologie vs. NZa

NZa wees aanvraag voor 2019 af en stelde de aanvraag voor 2018 lager vast. De afwijzing werd gehandhaafd omdat Silver niet was opgenomen in het verdeelplan, terwijl de lagere vaststelling voor 2018 werd bevestigd, vanwege minder gerealiseerde opleidingsuren.

7 ziekenhuizen vs. VWS

LUMC + 6 omliggende ziekenhuizen traden in beroep tegen verdeelplan 2023. Rechtbank oordeelt dat minister buiten zijn bevoegdheid is getreden door specifieke opleidingsplaatsen voor individuele zorgaanbieders vast te stellen, wat in strijd is met de Wmg. De rechtbank herroept het verdeelplan.

2017

2020

2024

2014

2015

2018

2022

PSY Drechtsteden vs. NZa

NZa wees aanvraag af omdat opleidingsplaatsen niet in verdeelplan waren opgenomen. PSY Drechtsteden stelde onvoldoende geïnformeerd te zijn over aanvraagproces en dat het verdeelplan onduidelijk was, maar liet na tijdig contact op te nemen met CONO.²

UMC's vs. NZa

Acht UMC's betwistten de hoogte vastgestelde BB in 2013 en 2014, omdat deze niet kostendekkend was vanwege onvoldoende vergoeding kapitaallasten. Rechter oordeelde dat bijdragen incl. vergoeding kapitaallasten waren vastgesteld en er geen bewijs was dat deze niet kostendekkend waren.

Psymens vs. NZa

NZa wees aanvraag Psymens af voor extra opleidingsplaatsen met terugwerkende kracht, vanwege te late indiening en het ontbreken van bijzondere omstandigheden. Psymens kon niet voldoende aantonen dat ze onvoldoende geïnformeerd was en daarom was er geen reden om af te wijken van beleid.

Aanbieder ggz³ vs. minister MZ en minister VWS

NZa wees aanvraag af omdat aanbieder niet erkend is als opleidingsinstelling. De rechtbank oordeelt dat minister onzorgvuldig heeft gehandeld door in te stemmen met de regels van de FGzPt die niet bevoegd zijn voor basisberoepen, en besluit dat minister de goedkeuring van deze regeling moet intrekken.



2. Academische zorg

AZ

Afbakening en doel

Afbakening	Kenmerken uitvoering	
Vergoeding van kosten (inclusief kapitaallasten) die niet via reguliere prestaties bekostigd kunnen worden voor (beschikbaarheid van): • Topreferente zorg: zeer specialistische patiëntenzorg met bijzondere diagnostiek en behandeling waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. • Innovatieve zorg: nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling.	Bepalen omvang	• 2012: gebaseerd op subsidie VWS per ontvanger uit 2011 • Sinds 2012: jaarlijkse indexatie (inflatie en demografische groei) en tussentijdse wijzigingen (o.a. bezuinigingen 2015)
Beleids Theorie en doel	Criteria aanvragers	
• (Deel van) kosten voor topreferente en innovatieve zorg wordt niet via reguliere prestaties bekostigd waardoor aanbod en kwaliteit van deze zorg zonder ingrijpen lager is dan maatschappelijk wenselijk. • Via BB worden de kosten voor deze zorg vergoed zodat de negatieve financiële prikkel voor leveren van deze zorg verdwijnt. • Reguliere prestaties en tarieven dekken niet alle kosten omdat: 1) deel van voorzieningenniveau 24/7 en kennisinfrastructuur aanwezig moet zijn ongeacht aantal patiënten 2) (meer)kosten voor ontwikkelen en inzet van innovatieve zorg (nog) niet altijd in reguliere tarieven verwerkt is of kan worden.	Verdeling tussen aanvragers	
Overlap met reguliere zorg	Overig	
Sterke overlap: onderlinge verwevenheid van activiteiten en taken van UMC's is groot. Inkomstenbronnen zijn intern vaak niet geoormerkt. Moeilijk om precies vast te stellen wanneer het topreferente zorg is en wanneer reguliere zorg. Mede hierdoor komt de vraag welke zorg precies via BB AZ wordt bekostigd geregeld terug bij de zorginkoop; zorgverzekeraars geven aan hierover weinig inzicht te hebben.	Vanaf 2020 verdeling BB over partijen via: • Vast deel: (kennis)infrastructuur: gerelateerd aan academische zorgomzet t-1 (zorgomzet excl. BB AZ). • Variabel deel: (meer)kosten topreferente zorg: gerelateerd aan aantal topreferentie patiënten o.b.v. labels ROBIJN. Verantwoording achteraf ROBIJN (ruimte voor substitutie): • Vast deel o.b.v. negen vastgestelde kostencategorieën. • Variabel deel o.b.v. meerkosten zorg topreferente patiënten t.o.v. referentiekostprijs voor deze zorg.²	

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging

- Voor 2012 ontvingen de UMC's (en AvL) een subsidie vanuit het ministerie van VWS voor de academische component (AC) gebaseerd op de Kaderwet subsidies VWS.
- De verdeling van beschikbare middelen van AC onder de UMC's was historisch bepaald.
- Per 2012 met introductie prestatiebekostiging: beschikbaarheidsbijdrage conform artikel 56a WMG.
- Belangrijke reden: Algemene Rekenkamer concludeerde dat rechtstreekse subsidie vanuit VWS niet voldeed aan de Comptabiliteitswet.
- IBO 2012: inzet en baten AC is intransparant*. Problematisch want onduidelijk of:
 - Topreferente zorg doelmatig is.
 - Wel of geen kruissubsidiering van reguliere zorg plaatsvindt.

Tussentijdse wijzigingen

- 2015: bezuiniging omvang BB
- 2017: bestuurlijk akkoord voor plan van aanpak **ROBIJN** n.a.v. IBO 2012
- 2020: bekostiging kapitaallasten binnen BB verandert
- 2020: Prinses Máxima Centrum wordt 10^e ontvanger
- 2020: verdeling BB van historisch naar verdeling o.b.v. ROBIJN resultaten:
 - vaste component voor (kennis)-infrastructuur (verdeling o.b.v. academische zorgomzet)
 - variabele component gerelateerd aan aantal behandelde topreferente patiënten (o.b.v. ROBIJN)
- 2020-2024: ingroeimodel om grote verschuivingen tussen UMC's op te vangen

ROBIJN

RijksOverheidsBijdrage IJverig Nageplozen

- 2014: start met traject ROBIJN
- 2017: bestuurlijk akkoord plan van aanpak. Doel: hervorming van manier waarop de BB toegekend, verdeeld en verantwoord wordt
- 2017-2019 uitwerking via:
 - Formuleren criteria voor toegang tot BB.
 - Introductie labels om topreferente patiënten te identificeren
 - Onderscheid vast en variabel deel BB bij toekenning (zie links)
 - Verantwoording achteraf o.b.v. 9 kostencategorieën voor vast deel en meerkosten topreferente patiëntenzorg (kosten zorg in instelling t.o.v. referentiekostprijs)
- Introductie 2020, volledig ingevoerd in 2024
- ROBIJN is vanaf de start primair bedoeld voor verdeling en verantwoording en niet als kostenonderzoek of onderbouwing voor omvang beschikbaarheidsbijdrage

*Het IBO concludeerde o.a. "Basale informatie over de relatie tussen financiering en prestaties ontbreekt. Het woord 'intransparantie' moet ten aanzien van de UMC's dus met hoofdletters geschreven worden".

Bron: IBO Universitair Medische Centra 2012, Ministerie VWS en NFU 2017: Bestuurlijk Akkoord Plan van aanpak ROBIJN. 12

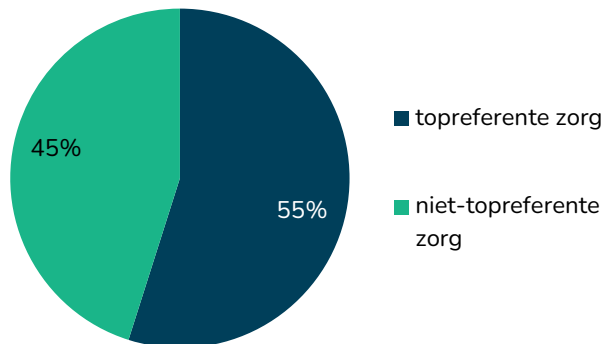
NZa 2022: Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2022; NZa 2024: Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage academische zorg 2024

ROBIJN: labels voor identificatie topreferente patiënten

7 labels* waarmee topreferente patiënten worden geïdentificeerd

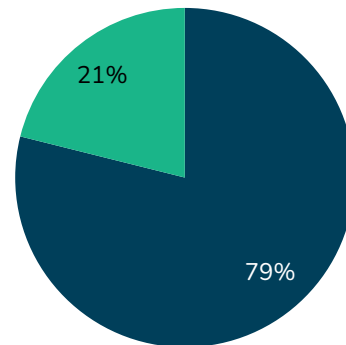
1. Patiënten met een hoge behandelintensiteit.
2. Patiënten die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.
3. Patiënten die multispecialistische zorg nodig hebben (tenminste drie poortspecialismen die nauw met elkaar moeten samenwerken).
4. Patiënten die een complexe ingreep nodig hebben (worden gemiddeld op jaarbasis voor minder dan 1 op 100.000 patiënten gedaan).
5. Patiënten met een zeldzame diagnose (wordt gemiddeld op jaarbasis bij minder dan 1 op de 100.000 mensen gesteld).
6. Patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen (tertiaire verwijzing).
7. Multimorbide patiënten, jonger dan 50 jaar, die >3 aandoeningen tegelijkertijd hebben.

Verdeling patiënten UMC's
[% , 2019]



Range aandeel topreferente patiënten varieert (2019) van ~45% (LUMC en MUMC+) tot ~60% (EMC en UMCG)

Verdeling zorgomzet UMC's
[% , 2019]

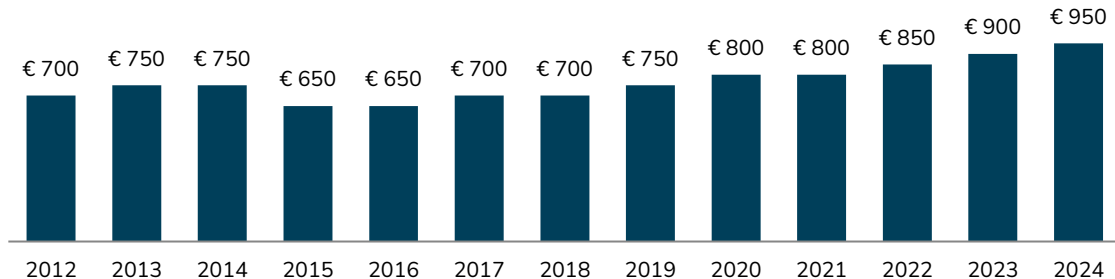


Range aandeel topreferente omzet varieert (2019) van ~65% (MUMC) tot ~85% (EMC)

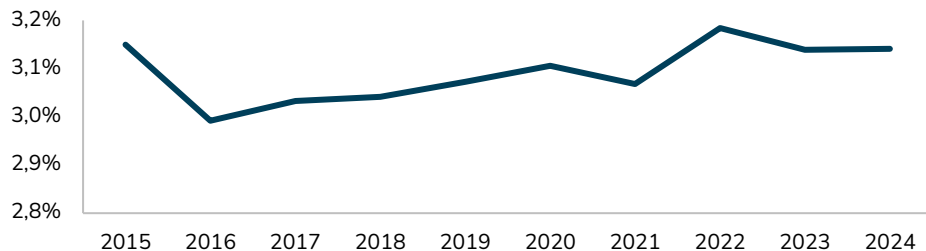
UMC's behandelden in 2019 29% van de topreferent gelabelde patiënten. De Stz ziekenhuizen (44%) en algemene ziekenhuizen (27%) behandelden samen 71% van alle topreferente patiënten. Topreferente patiënten vormden een relatief klein deel (circa 20%) van het totaal aantal behandelde patiënten bij de STZ en algemene ziekenhuizen.

Totale uitgaven over tijd

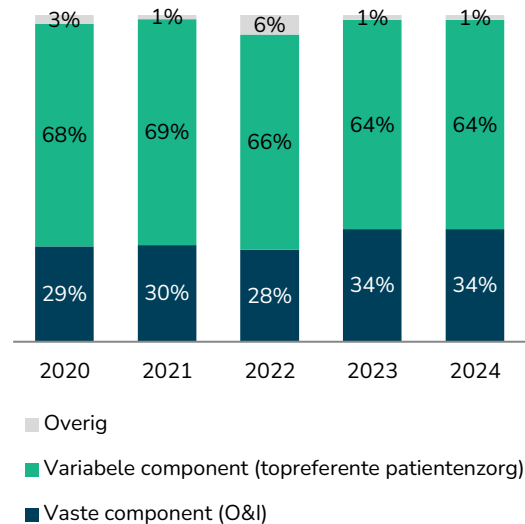
Uitgaven over tijd voor BB AZ [in miljoen €]¹



Uitgaven BB AZ als aandeel van totale msz-uitgaven

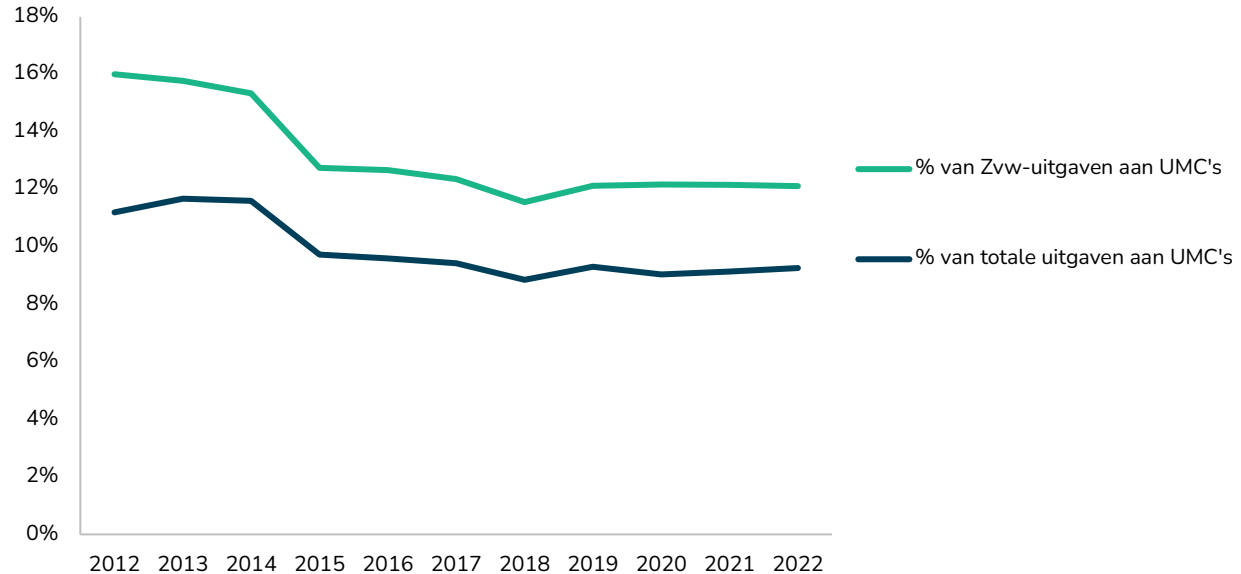


Verdeling uitgaven BB AZ naar component [% van totale uitgaven]



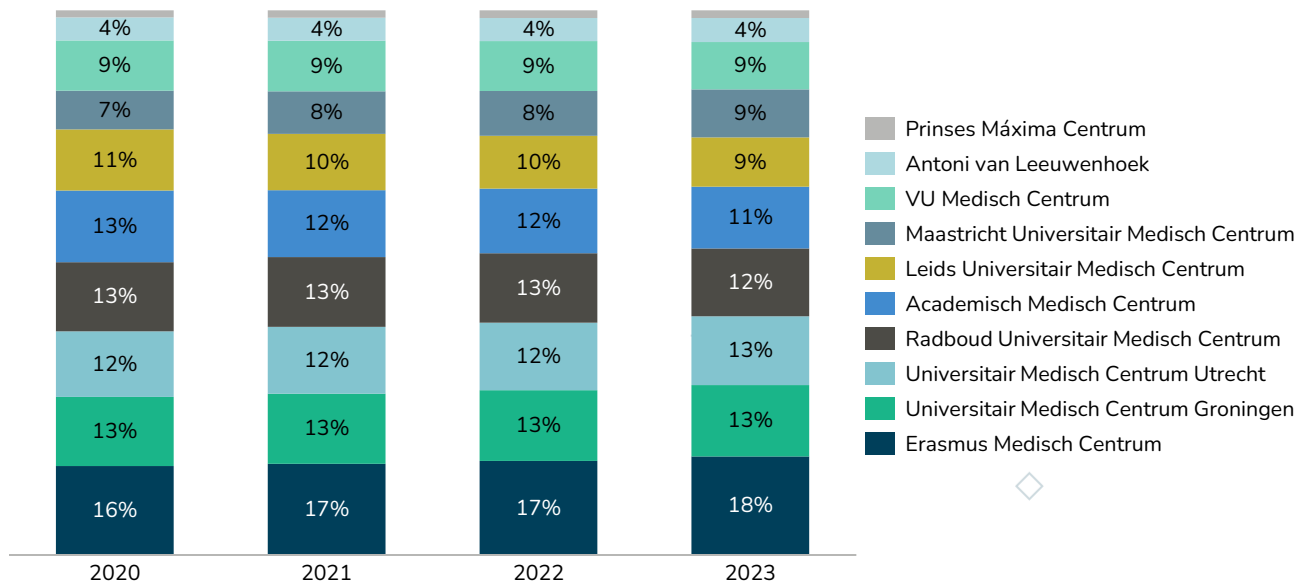
Voor UMC's vormt de BB AZ vanaf 2015 ~9% van de totale uitgaven aan UMC's en ~12% van Zvw-uitgaven aan UMC's

Aandeel BB AZ [% uitgaven aan UMC's]



De verdeling van BB AZ over zorgaanbieders is vrijwel constant tussen 2020 en 2023

Verdeling beschikbaarheidsbijdrage academische zorg
[% , totaal 2023= circa 1 miljard]



- De verdeling van de BB AZ over zorgaanbieders is vrij constant.
- Dit komt omdat de verdeling tussen ontvangers gebaseerd op parameters uit verleden (die weer samenhangen met omvang patiëntstromen).
- Er worden daarnaast meer kosten verantwoord dan beschikbaar zijn (totaal en per aanbieder) waardoor geen verschuiving na verantwoording plaatsvindt.
- Verschuiving die er is komt grotendeels door fusie AMC en VUmc (nog apart weergegeven, waardoor omvang gelabelde patiënten afnam (hiervoor is vervolgens overgangsregeling ingesteld)).

De positie van UMC's in het zorglandschap en de maatschappelijke doelen zijn geëxpliciteerd in een kamerbrief uit 2019

De positie UMC's in zorglandschap is vastgelegd in nota's en kamerbrief

- In beleidsregel voor BB AZ 2025 wordt verwezen naar de positioneringsnota's UMC's uit 2006 en 2014 en de Kamerbrief van 12 juli 2019 over de positie en rol van UMC's.¹ In deze stukken wordt geëxpliciteerd dat UMC's zich onderscheiden van andere aanbieders van medische specialistische zorg door drie functies:
 - Topreferente patiëntenzorg
 - Wetenschappelijk onderzoek (bekostigd via OCW)
 - Onderwijs
- In de kamerbrief 2019 specificeert minister VWS de rol van UMC's nader door verwachting uit te spreken dat UMC's zich vooral richten op complexe derdelijnszorg en een bijdrage leveren op 8 thema's:
 - Centrum voor zeer complexe zorg, kennis en expertise
 - Beschikbaar en toegankelijk houden van zorg in de regio
 - Aanjager van netwerkvorming en samenwerking
 - Coördinatie van de acute zorgketen
 - Opleidingsvraagstukken
 - Regionale academische motor
 - Discussie rond dure geneesmiddelen
 - Verbetering van gegevensuitwisseling, registratie aan de bron en hergebruik van data

Spillover-effecten van innovatie vanuit UMC's is ook als belangrijk argument voor BB AZ genoemd

Naast beschikbaarheid van 'last resort zorg' is een belangrijk argument in de Kamerbrief uit 2019 voor BB AZ het *spillover*-effect van innovatie en onderzoek. De argumentatie is daarbij als volgt:

- Aparte financiering unieke functies van UMC's (en AvL en PMC) maakt dat er middelen beschikbaar zijn voor innovatie.
- Succesvolle innovaties na optimalisatie in een behandeling 'kunnen doorsijpelen/worden gedeeld' aan andere ziekenhuizen waarna ze in reguliere zorgprocessen ingebed worden.
- Vanaf dat moment worden de kosten van de inzet en gebruik van deze zorg gedekt door reguliere tarieven.
- Vervolgens werken UMC's aan nieuwe innovatieve zorg en zeer specialistische behandelingen (die op termijn weer onderdeel kunnen worden van reguliere zorg).

Via de criteria voor ontvangers stuurt de beschikbaarheidsbijdrage AZ op een bepaalde mate van concentratie van deze zorg

Het ROBIJN-traject resulteerde onder andere in criteria voor ontvangers

- Met ROBIJN zijn de criteria om in aanmerking te komen expliciet gemaakt:
 - Minimaal 35% topreferente patiënten over een periode van drie jaar.
 - Formeel samenwerkingsverband met een instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of geneeskundefaculteit.
 - Specifieke eisen aan topreferente functie:
 - Tenminste 1 van de 10 medisch specialisten is hoogleraar.
 - Minimaal 7 poortspecialismen.
 - Last resort zorgfunctie: aanbod van specifieke medische verrichtingen voor patiënten die anders uitbehandeld zouden zijn.
- Formeel kunnen ook andere zorgaanbieders in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage als zij voldoen aan de gestelde criteria.

Beschikbaarheidsbijdrage AZ stuurt op concentratie van onderzoek en innovatie bij de ontvangers

- Vanuit maatschappelijk oogpunt is een bepaalde mate van concentratie van onderzoek en innovatie wenselijk zijn.
- Beschikbaarheidsbijdrage AZ stuurt op concentratie via de criteria waaraan nu alleen UMC's, PMC en AvL-NKI voldoen. In theorie zijn nieuwe toetreders mogelijk, maar in de praktijk niet.
- De criteria sturen daarmee op concentratie van onderzoek en innovatie bij de aanbieders die deze rol van oudsher al vervullen en daarvoor ook de additionele financiële middelen ontvangen.
- Bij niet-ontvangende partijen die (ook) innovatieve zorg leveren leidt dit tot de vraag waarom er voor deze zorg geen structurele financiering is (al dan niet via een nieuwe BB).
- De vraag of dit (on)wenselijk is vereist een antwoord op de vraag wat de maatschappelijke optimale verdeling van middelen voor zorg en innovatie. Dit is een complex vraagstuk en ligt buiten scope van deze evaluatie.

Jurisprudentie

In totaal drie rechtszaken:¹

- Alle drie tegen de NZa.
- Twee ongegrond en een gegrond.
- Een van de drie (uit 2016) betrof niet alleen AZ maar ook meer BB's (acute zorg, PMO, helikoptervoorziening, MMT voertuigen en calamiteiten-hospitaal).

Alle drie de rechtszaken gaan over de mate waarin kapitaallasten voldoende vergoed worden door BB.

UMC's vs. NZa

Acht UMC's betwistten de hoogte vastgestelde BB in 2012, omdat deze niet kostendekkend was vanwege onvoldoende vergoeding kapitaallasten (door loslaten DHAZ¹ kader). Verweer NZa was dat feitelijk risico over 2012 door overgangperiode zeer klein was (95% wel vergoed). Rechter stelde UMC's in gelijk.

2016

UMC's vs. NZa

Acht UMC's betwistten de hoogte van de verleende BB in 2013 en 2014, omdat deze niet kostendekkend was vanwege onvoldoende vergoeding kapitaallasten. Rechter oordeelde dat bezwaar BB 2013 te laat was (niet ontvankelijk) en bezwaar BB 2014 ongegrond was omdat BB wel kostendekkend wordt geacht.

2017

Radboud vs. NZa

Radboud MC betwistte de hoogte van de suppletiebedragen voor gegarandeerde kapitaallasten onder tijdelijke transitierегeling bekostigingsstructuur msz omdat NZa de kapitaallasten die via BBaz vergoed zijn hiervan aftrok en dit niet duidelijk in beleidsregel stond. Rechter stelde dat NZa dit terecht had gedaan.

2018

3. Spoedeisende hulp

SEH

Afbakening en doel

Afbakening

- Vergoeding van zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten en de verwijzing naar meer gespecialiseerde behandelaars.
- Hierbij geldt als voorwaarde dat sluiting van de afdeling SEH het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling SEH per ambulance kan bereiken doet toenemen en dat de spoedeisende hulp 7 x 24 uur beschikbaar is.

Beleidstheorie en doel

- Beschikbaarheid van acute medische ziekenhuiszorg.
- Bij aantal SEH's is er sprake van laag volume aan zorg/patiënten, omdat deze in dunbevolkte gebieden liggen.
- Beschikbaarheidsbijdrage garandeert tot op zekere hoogte omzet, ook wanneer er onvoldoende reguliere tariefinkomsten zijn, om de SEH open te houden.

Overlap met reguliere zorg

Sterke overlap met reguliere zorg op de SEH met dbc's.

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

Laatste kostenonderzoek voorwacht [2020](#), achterwacht [2021](#).

Criteria aanvragers

Open aanvraag. De SEH moet:

- gevoelig zijn voor 45 minuten norm volgens analyse RIVM, in jaar t-1 en onvoldoende inkomsten uit tarieven hebben om kosten te dekken.
- voldoen aan de geldende (minimum)normen.
- onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de SEH te dekken.

Vaststellen bedrag per aanbieder

- De BB bekostigt alleen een eventueel tekort.
- SEH's ontvangen een normbedrag voor vergoeding van kosten personeel, materieel, overhead en kapitaal.
- Opbrengsten die de SEH genereert (bepaald o.b.v. aantal unieke SEH-patiënten van de zorgaanbieder, een correctiefactor en een normbedrag per SEH-patiënt) worden in korting gebracht op dit bedrag.
- Indien de totale opbrengsten hiervan hoger zijn dan het normbedrag voor de voorwacht, dan ontvangt de zorgaanbieder een BB ter hoogte van de achterwachtkosten (vast).

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging



- Tot 2012 was er via de budgetbekostiging sprake van een gedeeltelijke vaste vergoeding in de vorm van een vast bedrag per adherente inwoner voor ziekenhuizen.
- Vanaf [2012](#) ontvangt een aantal ziekenhuizen een bijdrage op basis van [Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG](#), voor instellingen die in 2011 onder functiegerichte budget een SEH-toeslag ontvingen. Daarna op basis van
- Met ([aanwijzing](#) bij en) het [Besluit beschikbaarheidsbijdrage 2012](#) wijst Minister beschikbaarheidsbijdrage aan voor SEH-zorg (waarbij deze 7x24 binnen 45 minuten per ambulance bereikbaar is en tot één SEH-arts en SEH verpleegkundige beschikt) en uitsluitend onder voorwaarde dat daarmee wordt bereikt dat geen verslechtering in bereikbaarheid optreedt t.o.v. thans bestaande landelijke situatie, uitgaande van de 45-minutennorm. Zij geeft aan dat, om dit te bewerkstelligen, zorgverzekeraars als eerste aan zet zijn om te voldoen aan zorgplicht.

Overwogen alternatieven



- Er zijn destijds geen alternatieve bekostigingsopties overwogen. Wel gaf de NZa aan dat aangezien de sterkste potentieel verstorende effecten zich voordoen op de zorgverzekeringsmarkt zij de voorkeur had voor een wijziging in de risicoverevening. De minister gaf daarop aan dat dit o.a. vanwege Europees recht niet mogelijk is.
- Over andere bekostigingsopties van de acute zorg wordt sinds enkele jaren gesproken (zie o.a. in de [Houtskoolschets acute zorg](#) uit 2020). Dit heeft tot op heden nog niet tot andere bekostiging geleid.
- In 2023 [adviseerde](#) de NZa om voor de gehele SEH-functie over te stappen op budgetbekostiging.

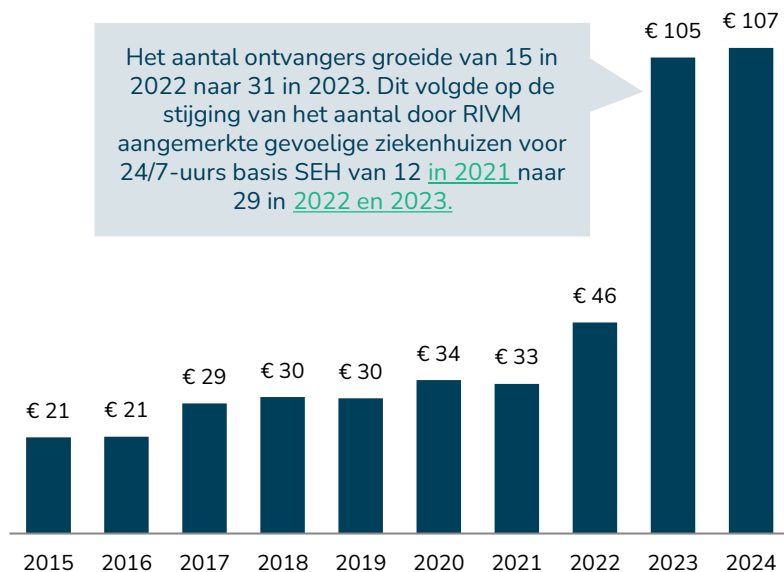
Tussentijdse wijzigingen



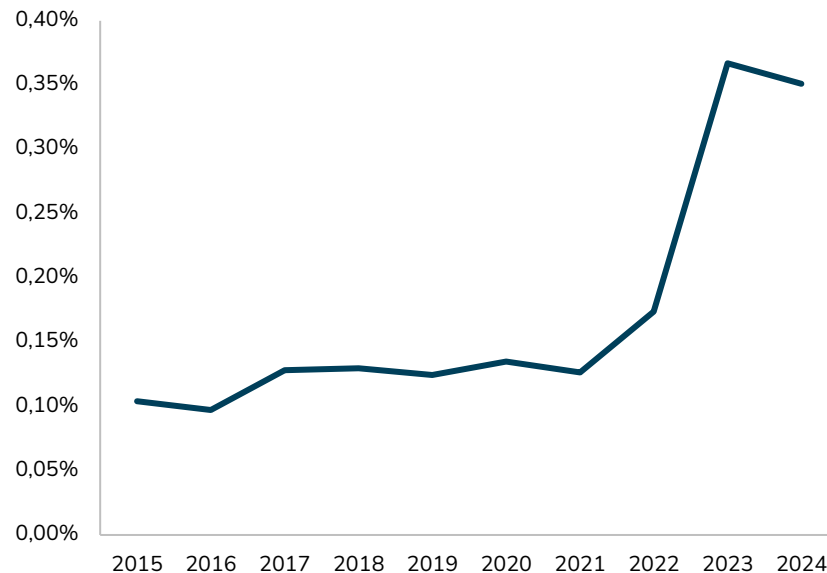
- In [2015](#) is de voorwaarde dat er sprake moest zijn van een overmachtssituatie door zorgverzekeraars geschrapt. De zorgverzekeraar was als eerste aan zet om te voldoen aan diens zorgplicht. In de praktijk kwam door deze voorwaarde geen van de ziekenhuizen in aanmerking voor deze beschikbaarheidsbijdrage.
- In [2017](#) is de voorwaarde voor personele eisen (één SEH arts, één SEH verpleegkundige) uit het besluit BB geschrapt (met terugwerkende kracht): eisen waren hiervoor hoger dan voor andere SEH's.
- In [2022](#) uitgebreid met ook achterwachtfuncties in ANW-uren. Dit is tijdelijk van aard, in afwachting van keuzes kabinet voor andere bekostiging acute zorglandschap.

Totale uitgaven over tijd

Uitgaven over tijd voor BB SEH en acute verloskunde
[in miljoen €]*



Uitgaven BB SEH en acute verloskunde als aandeel van totale
msz-uitgaven



Jurisprudentie

In totaal vier rechtszaken:¹

- Alle vier rechtszaken tegen NZa
- Eén rechtszaak gegrond, drie ongegrond.

Twee rechtszaken gingen over zowel SEH als AV.

Slingeland Ziekenhuis vs. NZa

Slingeland meent voor 2013 t/m 2016 recht te hebben op een beschikbaarheidsbijdrage. Rechter stelt NZa in tussenuitspraak voor de mogelijkheid om motivering te verbeteren. In einduitspraak wordt besluit vernietigd, maar rechtsgevolgen blijven overeind.

Slingeland Ziekenhuis vs. NZa

Slingeland meent dat haar SEH gevoelig is, onder meer omdat behandeltijd onderdeel zou uitmaken van 45 minuten norm. Het College geeft aan dat dit niet het geval is en dat het niet aannemelijk is dat de door RIVM berekende rittijden onjuist zijn of dat de SEH van het Slingeland gevoelig is.

Rivierenland Ziekenhuis vs. NZa

Partijen verschillen over interpretatie "meest recente analyse RIVM" voor het bepalen van welke ziekenhuizen gevoelig zijn. NZa motiveert dat gekozen wordt voor RIVM-analyse die het dichtst bij jaar ligt waar BB over gaat. Zij wordt in het gelijk gesteld.

Noordwest Ziekenhuisgroep, VGZ en ZK vs. NZa

Appellanten geven aan dat volledige exploitatietekort onder reikwijdte BB zou moeten vallen, mede omdat de kosten van de achterwacht niet worden meegenomen in de bepaling van de hoogte van de BB. Het College volgt de NZa in haar verweer dat dit buiten de reikwijdte van het besluit valt.

4. Acute verloskunde

AV

Afbakening en doel

Afbakening



- Verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie.
- Sluiting afdeling zorgt voor verhoging aantal inwoners NL dat niet voldoet aan 45-minuten norm en dat binnen 30 minuten na diagnose benodigde behandeling door gyn./obstetrisch personeel gestart kan worden.

Beleidstheorie en doel



- Beschikbaarheid van acute medische ziekenhuiszorg. Bij aantal afdelingen voor AV's is er sprake van laag volume aan zorg/patiënten, omdat deze in dunbevolkte gebieden liggen.
- Beschikbaarheidsbijdrage garandeert omzet, ook wanneer er onvoldoende reguliere tariefinkomsten zijn, om de afdeling voor acute verloskunde open te houden.

Overlap met reguliere zorg

Sterke overlap met reguliere zorg (dbc's) op de afdelingen voor acute verloskunde.

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

- Laatste kostenonderzoek uit [2020](#).
- In [2023/2024](#) vond een herijking plaats van de opbrengstencomponent en een wijziging voor de vergoeding van de gynaecoloog, ingaand per 2025.

Criteria aanvragers

Open aanvraag. Afdeling voor acute verloskunde moet:

- voldoen aan de geldende (minimum)normen.
- onvoldoende inkomsten uit tarieven hebben om kosten te dekken.
- gevoelig zijn voor de 45 minuten norm volgens de meest relevante analyse van het RIVM (bereikbaarheidsanalyse in jaar t-1).

Vaststellen bedrag per aanbieder

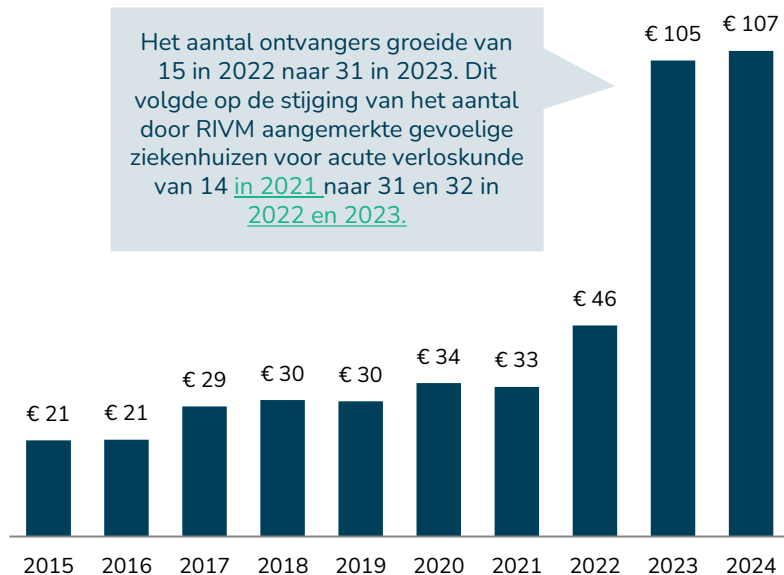
- Vergoeding voor kosten personeel, materieel en kapitaal, waarbij een korting van op dit bedrag wordt toegepast op basis van de omzet uit verloskundige dbc's o.b.v. genormeerde toerekening per dbc aan een gynaecoloog of obstetrisch professional.
- Indien de totale opbrengsten hiervan hoger zijn dan het normbedrag voor de voorwacht, dan ontvangt de zorgaanbieder geen BB.

Totstandkoming

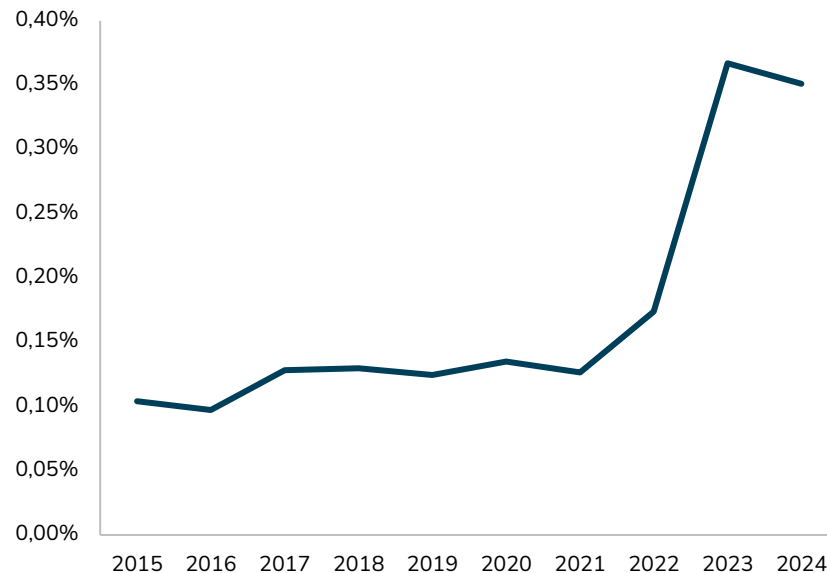


Totale uitgaven over tijd

Uitgaven over tijd voor BB SEH en acute verloskunde
[in miljoen €]*



Uitgaven BB SEH en acute verloskunde als aandeel van totale
msz-uitgaven



Jurisprudentie

In totaal twee rechtszaken:¹

- Alle twee rechtszaken tegen NZA
- Twee rechtszaken ongegrond.

Beide rechtszaken gingen over zowel SEH als AV.

Rivierenland Ziekenhuis vs. NZa

Partijen verschillen over interpretatie "meest recente analyse RIVM" voor bepaling gevoeligheid. NZa motiveert dat gekozen wordt voor RIVM-analyse die het dichtst bij jaar ligt waar beschikbaarheidsbijdrage over gaat. Zij wordt in het gelijk gesteld.

2019

Noordwest Ziekenhuisgroep, VGZ en ZK vs. NZa

Appelanten geven aan dat volledige exploitatietekort onder reikwijdte beschikbaarheidsbijdrage zou moeten vallen, mede omdat de kosten van de achterwacht niet worden meegenomen in de bepaling van de hoogte van de BB. Het College volgt de NZa in haar verweer dat dit buiten de reikwijdte van het besluit valt.

2020



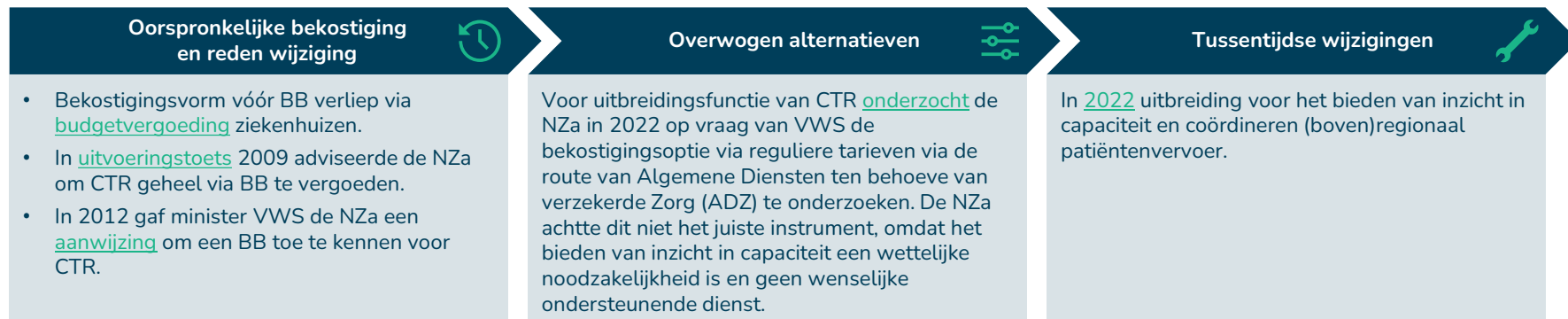
5. Coördinatie traumazorg en ROAZ

CTR

Afbakening en doel

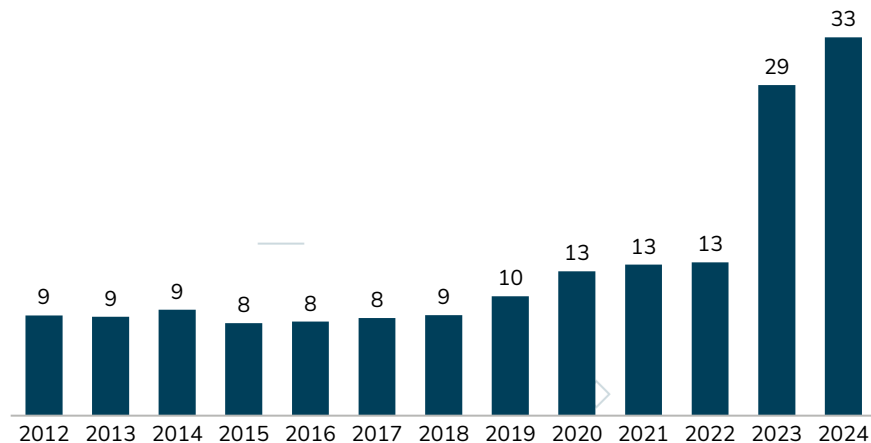
Afbakening	• Organiseren beschik- en bereikbaarheid traumazorg in msz-instellingen. • Onderhouden en ontwikkelen traumazorgnetwerk en kenniscentrumfunctie alsmede het uitvoeren van activiteiten gericht op verbeteren kwaliteit traumazorg. • Organiseren regionaal overleg waarin zorgaanbieders o.a. afspraken maken m.b.t. beschik- en bereikbaarheid van acute zorg in hun regio. • Verkrijgen en bieden van zoveel mogelijk inzicht in actuele en toekomstige capaciteit in eigen regio en alle regio's gezamenlijk. • Coördineren eventuele benodigde spreiding en plaatsing patiënten in eigen/verschillende regio('s). • Coördineren vervoer patiënten die bovenregionaal of internationaal gespreid worden.
Beleids Theorie en doel	• Met een BB kunnen de activiteiten zoals hier links beschreven worden uitgevoerd om voldoende en goede traumazorg te borgen en overleg in de regio over beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en inzicht in zorgcapaciteit mogelijk te maken. • Overleg, coördinatie en trainingsactiviteiten zijn niet toe te rekenen aan individuele patiënten en daarom niet mogelijk om via prestaties / tarieven te vergoeden.
Overlap met reguliere zorg	Beide zorgfuncties zijn goed te scheiden van reguliere zorg.
Laatste kostenonderzoek	2023 (niet openbaar beschikbaar).
Bepalen omvang en vaststellen bedrag per aanbieder	Vaste componenten (2024) • Basisteam • Materiële kosten en overhead • Kosten via de netwerken (geormerkt voor LNAZ, LPZ en LCPS) Flexibele componenten Bij extra complexiteit of omvang traumaregio aanvullende vergoeding: o.b.v. inwoners en convenantpartners en/of traumaregistraties a.d.h.v. twee complexiteitsniveaus. Beide componenten worden jaarlijks geïndexeerd.
Criteria aanvragers	• Leveren van genoemde zorgfuncties (zie links). • In bezit van erkenning als traumacentrum (10 ziekenhuizen).

Totstandkoming



Totale uitgaven over tijd

Verdeling uitgaven over tijd voor BB CTR
[in miljoen €]



Tussen 2012 en 2024 is er
één rechtszaak geweest



- UMC's vs. NZa (2016)
- Acht UMC's betwistten de hoogte vastgestelde BB in 2012, omdat deze niet kostendekkend was vanwege onvoldoende vergoeding kapitaallasten (door loslaten DHAZ kader).
- Deze rechtszaak betrof niet alleen acute zorg, maar ook AZ, PMO, helikoptervoorziening, MMT voertuigen en calamiteitenhospitaal.
- Verweer NZa was dat feitelijk risico over 2012 door overgangperiode zeer klein was (95% wel vergoed).
- Rechter stelde UMC's in gelijk.

6. Opleiden, trainen en oefenen voor traumazorg

OTO

Afbakening en doel

Afbakening



- Traumazorg voor wat betreft het Opleiden, Trainen en Oefenen t.b.v. rampen en crises.
- O.b.v. [Convenant OTO](#) (2008), [Landelijk Beleidskader OTO](#) (2012) en [Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO](#) (2013).

Beleidstheorie en doel



- Met een BB kunnen de activiteiten zoals hier boven beschreven worden uitgevoerd om voldoende en goede traumazorg te borgen en overleg in de regio over beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg en inzicht in zorgcapaciteit mogelijk te maken.
- Overleg, coördinatie en trainingsactiviteiten zijn niet toe te rekenen aan individuele patiënten en daarom niet mogelijk om via prestaties / tarieven te vergoeden.

Overlap met reguliere zorg

Beide zorgfuncties zijn goed te scheiden van reguliere zorg.

Laatste kostenonderzoek

2023 (niet openbaar beschikbaar).

Bepalen omvang en vaststellen bedrag per aanbieder

Vaste componenten 2024:

- Basisteam
- Materiële kosten en overhead
- Convenantpartners (6 HAP's, 6 ziekenhuizen, 2 RAV's en 2 GGD's).

Flexibele componenten:

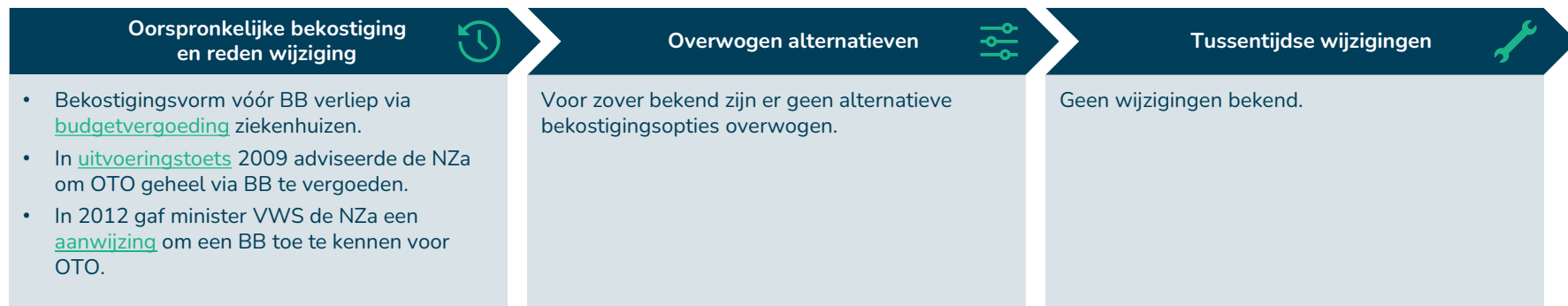
- Bij meer convenantpartners dan bij vaste component aangegeven, ontvang aanbieder extra normatief bedrag per soort convenantpartner.

Beide componenten worden jaarlijks geïndexeerd.

Criteria aanvragers

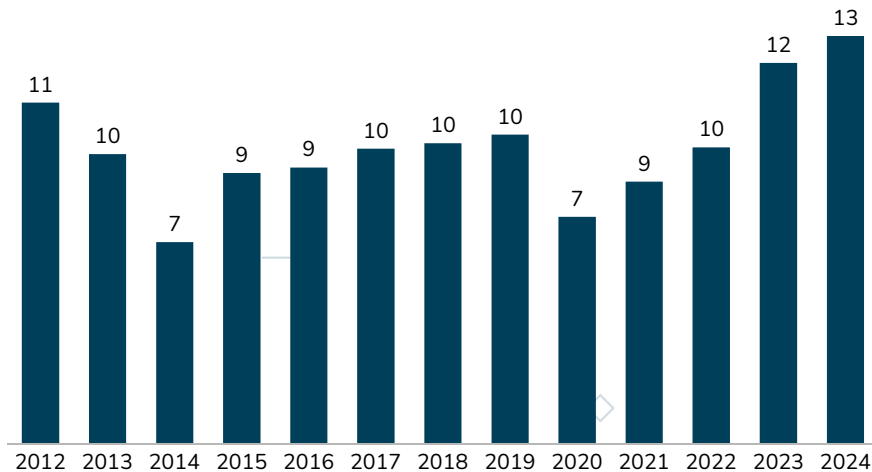
- Leveren van genoemde zorgfuncties (zie links).
- In bezit van erkenning als traumacentrum (10 ziekenhuizen).

Totstandkoming



Totale uitgaven over tijd

Verdeling uitgaven over tijd voor BB OTO
[in miljoen €]





7. Mobiel medisch team met helikopter

MMT-H

Afbakening en doel

Afbakening 	Overlap met reguliere zorg	Zorg geleverd door MMT is duidelijk afgebakend en daarmee te onderscheiden van reguliere zorg binnen het ziekenhuis (zie ook links).
- Traumazorg (in aanvulling op ambulancezorg¹) door MMT's met helikopter. Het team bestaat uit een medisch specialist en gespecialiseerd verpleegkundige. - Het gaat in totaal om vier MMT's met helikopter met 7x24 parate medisch specialistische teams die bij daglicht binnen 2 minuten en in het donker binnen 5 minuten moeten kunnen uitrukken.	Kenmerken uitvoering	
Beleids Theorie en doel 	Bepalen omvang	- Kostenonderzoek in 2019 en 2023. - Hoogte o.a. bepaald o.b.v. normbedragen voor bijv. kosten voertuig, personeel en opleiding en werkelijke kosten voor bijv. brandstof. Normbedragen worden jaarlijks geïndexeerd o.b.v. prijsindexcijfer personele en materiële kosten.
- Voor MMT gelden hoge vaste kosten gecombineerd met een sterk wisselend zorgvolume over aanbieders en/of per periode. - Een landelijk (gemiddeld) tarief zorgt ervoor dat aanbieder A te weinig betaald krijgt en aanbieder B teveel. Aanbieder A kan dan geen vergelijkbare tarieven of prijzen bieden als andere zorgaanbieders. - Doel BB is om de beschikbaarheid van MMT's te bekostigen zonder dat dit leidt tot deze marktverstoringseffecten.	Criteria aanvragers	NZa verstrekt MMT met helikopter aan: Amsterdam UMC, Erasmus MC, Radboudumc, UMCG.
	Verdeling tussen aanvragers	Geen specifieke verdelingssystematiek. Vergoeding o.b.v. vaste kosten en variabele kosten o.b.v. inzet (vliegen, brandstof, etc.).
	Vaststellen bedrag per aanbieder	- Lumpsum voor vaste kosten (o.b.v. normbedragen). - Werkelijke kosten (bijv. brandstof) op nacalculatie.

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging

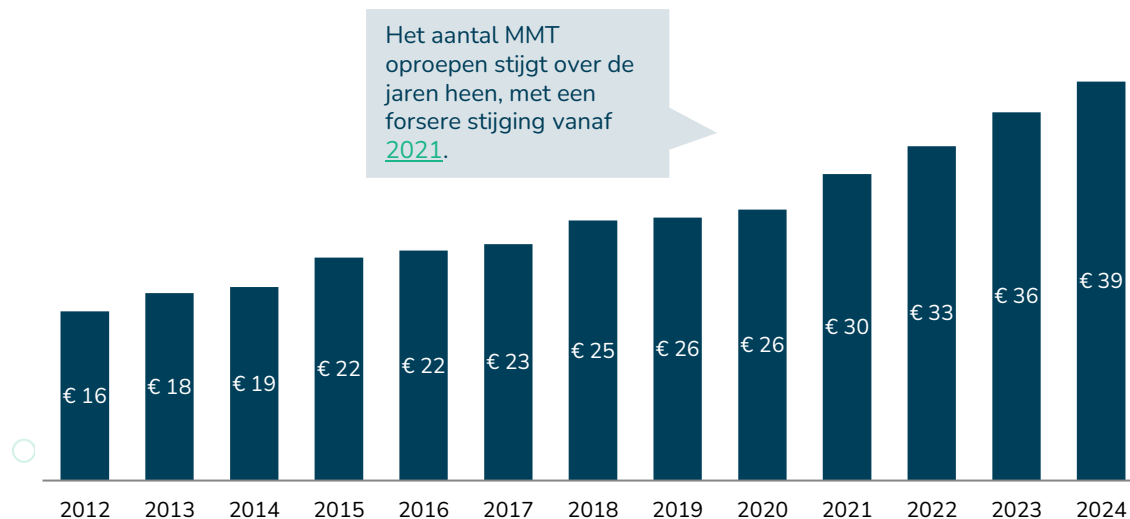
- Tot en met 2011 maakte vergoeding MMT's onderdeel uit van het wettelijk budget van ziekenhuizen.
- Elk van de ziekenhuizen met een helikopter kreeg ongeveer €4 miljoen per jaar, ongeacht hun werkelijke kosten. De kosten voor benodigde bouwkundige voorzieningen en kapitaallasten van de standplaats waren geen onderdeel van dit bedrag.
- Financiering gebeurde d.m.v. een vaste aanvulling op het ziekenhuisbudget. Als de ziekenhuizen buitenlandse helikopters moesten inzetten, kregen ze daar extra geld voor.
- Voor de inzet van MMT's bestonden geen vaste tarieven. Verzekeraars betaalden niet rechtstreeks voor het daadwerkelijke gebruik van de MMT's, maar het vergoedingsbedrag werd verrekend met de inkomsten uit andere zorg.
- Bij de overgang naar prestatiebekostiging in 2011 kondigde VWS aan om bepaalde zorgfuncties (die niet in aanmerking kwamen voor prestaties) te bekostigen via het vaste segment. Hiertoe behoorde ook helikoptervervoorzieningen voor traumazorg.
- De NZa adviseerde in 2012 voor MMT om variabele (direct patiëntgebonden) kosten in prestatie/ tarief op te nemen. Vaste kosten voor infrastructuur, kapitaallasten etc. adviseerde zij wel via BB te bekostigen.
- De minister besloot uiteindelijk om voor zowel variabele als vaste kosten BB toe te kennen, omdat variabele component erg klein bleek.
- Eind 2012 gaf minister VWS [aanwijzing](#) aan NZa voor BB op aanvraag voor MMT met helikopter (paraat MMT).

Tussentijdse wijzigingen

- [2020](#): Verduidelijking omschrijving van zorg MMT.
 - MMT kan – volgend op inzet en alleen als tijdswinst gezien gezondheidstoestand patiënt noodzakelijk is – incidenteel ook zorgdragen voor vervoer patiënt per helikopter.
 - Parate MMT's moeten in het donker binnen 5 minuten kunnen uitrukken.
- In [2024](#) vond een kostenraming plaats voor uitbreiding met een vijfde helikopter in Teuge, een grondgebonden paraat MMT in Maastricht, en twee grondgebonden parate MMT's tijdens piekuren bij het Erasmus MC en Amsterdam UMC. Ten tijde van opstellen van dit document is er nog geen besluit over deze uitbreiding.

Totale uitgaven over tijd

Uitgaven over tijd voor BB MMT helikopter [in miljoen €]



Tussen 2012 en 2024 is er één rechtszaak geweest



- In 2015 gingen het Radboudumc, Erasmus MC, VUmc en UMC Groningen in beroep tegen de NZa over de de BB voor MMT met helikopter in 2013. Deze was volgens hen niet kostendekkend.
- De NZa baseerde zich op een kostenonderzoek door Casemix uit 2010-2011, dat de kosten op ongeveer €21 miljoen per jaar inschatte voor de ziekenhuizen gezamenlijk. De NZa keerde echter €17,8 miljoen uit.
- Dat deed zij o.a. vanwege grote verschillen in de kostenopgaven van de ziekenhuizen. Daarbij koos de NZa voor een 'best practice' benadering.
- De rechtbank stelde de ziekenhuizen in het gelijk en oordeelde dat de NZa onvoldoende rekening had gehouden met de werkelijke kosten.
- De NZa moest opnieuw onderzoek doen naar de juiste hoogte van de bijdrage.
- In 2019 heeft de NZa voor zowel MMT met helikopter en MMT met voertuig een kostenonderzoek gepubliceerd.



8. Mobiel medisch team met voertuig

MMT-V

Afbakening en doel

Afbakening

- Traumazorg (in aanvulling op ambulancezorg) door MMT's met helikopter. Het team bestaat uit een medisch specialist en gespecialiseerd verpleegkundige.
- Het gaat in totaal om twee voertuigen met 7x24 uur beschikbare medisch specialistische teams die binnen 25 minuten moeten kunnen uitrukken.

Beleids Theorie en doel

- Het MMT met voertuig wordt via een BB bekostigd omdat – net als bij het MMT met helikopter – het niet wenselijk is om de kosten hiervan in rekening te brengen bij individuele patiënten.
- De zorgfunctie is bedoeld om spoedeisende zorg snel ter plaatse te brengen en moet 24/7 beschikbaar zijn, ongeacht de vraag.

Overlap met reguliere zorg

Zorg geleverd door MMT is duidelijk afgebakend en daarmee te onderscheiden van reguliere zorg binnen het ziekenhuis (zie ook links).

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

- Kostenonderzoek 2015 (niet online beschikbaar).
- Huidige vergoedingsbedragen MMT met voertuig zijn gebaseerd op [kostenonderzoek 2018](#).
- Bevat genormeerde kosten over personele inzet, overhead, vaste kosten team en voertuig en opleidingen en oefeningen team en werkelijke kosten van de brandstof op nacalculatie.

Criteria aanvragers

De NZa verstrekt de BB MMT met voertuig aan twee zorgaanbieders, verdeeld over Utrecht en Enschede (UMC Utrecht en MST).

Verdeling tussen aanvragers

- Vergoeding op basis van vaste (personeel, overhead, etc.) en variabele kosten o.b.v inzet (brandstof).
- De hoogte van de genormeerde kosten voor personele overhead en opleidingen verschilt voor Utrecht en Enschede.

Vaststellen bedrag per aanbieder

- Lumpsum voor vaste kosten (o.b.v. normbedragen).
- Werkelijke kosten (bijv. brandstof) op nacalculatie.

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging



- In [Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG](#) kende minister naast vier helikopters een beschikbaarheidsbijdrage toe aan tien voertuigen voor mobiel medische teams.
- Eind 2012 gaf minister VWS [aanwijzing](#) aan NZa voor BB op aanvraag voor MMT met helikopter en MMT met voertuig. Minister gaf hierbij aan dat voor beschikbare MMT's de zorgautoriteit nog een kostenonderzoek zal uitvoeren, en voorts nog de thans gebruikelijke vergoeding als uitgangspunt te hanteren.

Tussentijdse wijzigingen

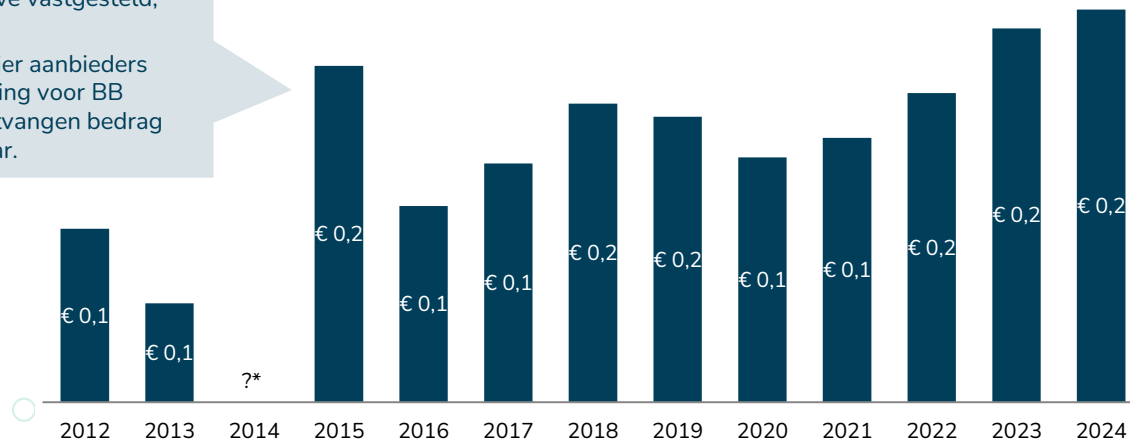


- [2014](#): Minister geeft aanwijzing dat MMT met voertuig wordt verstrekt aan twee teams verdeeld over Utrecht en Enschede, die binnen 25 minuten moeten kunnen uitrukken.
 - De NZa neemt in beleidsregel [2015](#) Enschede en Utrecht op als ontvangers. Zij geeft hiervoor de reden dat Utrecht en Enschede per voertuig sneller te bereiken zijn dan met helikopter, ondanks uitruktijd van 25 minuten bij 'beschikbaar MMT'. Hiermee komen vier zorgaanbieders niet langer in aanmerking voor BB MMT-voertuig.
- Vergoeding voor MMT-voertuig werd t/m [2015](#) ambtshalve verstrekt. Na uitvoering kostenonderzoek 2015 wordt BB per [2016](#) op aanvraag verstrekt.
- [2020](#): Verduidelijking omschrijving van zorg MMT en wijziging besluit dat beschikbare MMT's binnen 25 minuten moeten kunnen uitrukken.

Totale uitgaven over tijd

- In 2015 wordt eerste kostenonderzoek uitgevoerd voor MMT-voertuig met ingang per 2016.
- Tot en met 2015 wordt de BB incidenteel ambtshalve vastgesteld, hierna op aanvraag.
- Vanaf 2015 komen vier aanbieders niet meer in aanmerking voor BB MMT-voertuig, zij ontvangen bedrag van 2014 nog één jaar.

Uitgaven over tijd voor BB MMT voertuig [in miljoen €]



9. Post mortem uitname bij donoren van organen

PMD

Afbakening en doel

Afbakening

- Post mortem uitname bij donoren (PMD) van organen (vanaf incisie tot transportklaar) door speciale teams die 7x24 uur beschikbaar zijn.
- PMD-teams bestaan uit twee chirurgen (één uitnamechirurg), anesthesioloog, anesthesiemedewerker, twee OK-assistenten, perfusiemedewerker en een OK-transplantatiecoördinator.

Beleidstheorie en doel

Beschikbaar houden van post mortem uitname van organen: kosten uitname zijn niet altijd direct toe te rekenen aan individuele patiënten (ontvangers van orgaan/weefsel) en aantal varieert sterk.

Overlap met reguliere zorg

Geen

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

- Kostenonderzoek in [2018](#).
- Jaarlijks geïndexeerd personele en materiële index, huisvesting niet.

Criteria aanvragers

Drie zelfstandige uitnameteams (ZUT) vanuit UMC Groningen, Radboudumc en Erasmus MC.

Vaststellen bedrag per aanbieder

Maximale hoogte voor ZUT per regio (personele kosten, overhead, huisvesting, materiaalkosten, ...).

- Indien lager aantal fte's of machinepreservatiekosten, wordt BB hierop aangepast.
- Normbedrag voor materiaalkosten: wordt enkel van afgeweken indien er een significante (twee maal standaardafwijking) stijging van totale aantal landelijke uitnamen plaatsvindt.

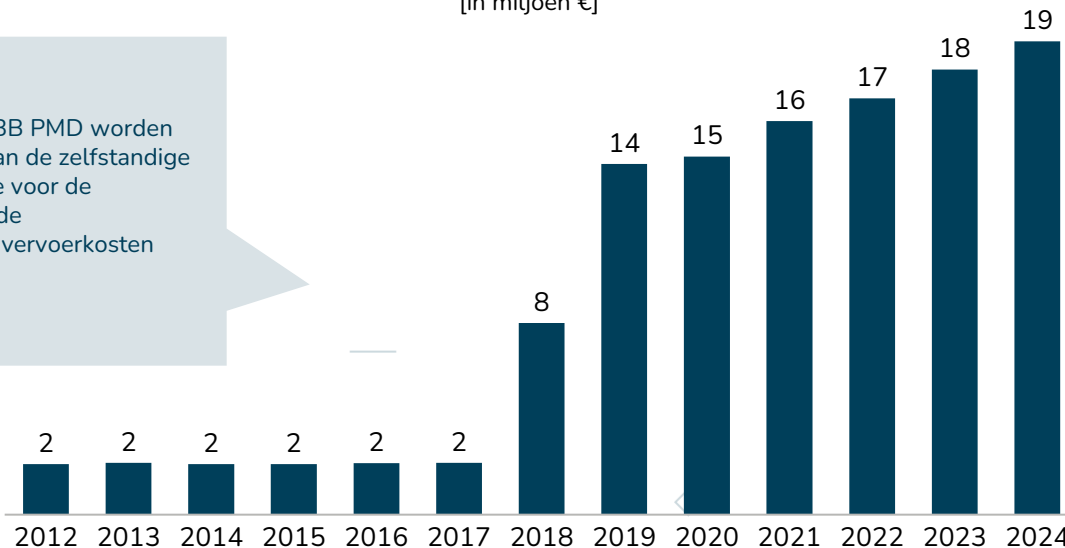
Totstandkoming



Totale uitgaven over tijd

Verdeling uitgaven over tijd voor BB PMD
[in miljoen €]

Per 1 juli 2018 kan de BB PMD worden verleend voor kosten van de zelfstandige uitnameteams, alsmede voor de benodigde materialen, de verovermiddelen en de vervoerkosten (hiervoor pilots).



Jurisprudentie

In totaal twee rechtszaken, beide door vijf dezelfde UMC's tegen de NZa en beide over de BB PMD in het jaar 2013. Eén rechtszaak is gegrond (2015) en de andere is ongegrond (2018).

Erasmus MC, LUMC, MUMC+, UMCG en Radboudumc vs. NZa

Rechtbank oordeelde dat de toegekende beschikbaarheidsbijdragen PMD voor 2013 niet voldoende onderbouwd zijn om te voldoen aan de kostendeckendheidseis. De UMC's hadden bezwaar gemaakt omdat de vergoeding volgens hen ontoereikend waren. Volgens de rechtbank had de NZa geen diepgaand en actueel onderzoek uitgevoerd naar de werkelijke kosten. De NZa baseerde zich op verouderde gegevens en op het gemiddeld aantal benodigde fte's en salariskosten uit voorgaande jaren, zonder rekening te houden met kostenstijgingen en professionalisering die volgens de UMC's plaatsvonden in deze periode.

2015

2018

Erasmus MC, LUMC, MUMC+, UMCG en Radboudumc vs. NZa

Rechtbank oordeelde dat NZa terecht aannam dat chirurgen de PMD-functie in 2013 grotendeels in 24-uursdiensten uitvoerden, wat de basis vormde voor de berekende beschikbaarheidsbijdrage. De NZa baseerde zich op gegevens waaruit bleek dat de meeste uitnames werden uitgevoerd door de oorspronkelijk ingeroosterde chirurgen, met minimale insprinking door anderen. De UMC's voerden aan dat de NZa de werkelijke inzet en kosten onderschatte, maar konden niet voldoende bewijzen dat hun kosten significant hoger waren dan de door de NZa berekende vergoeding.



10. Post mortem uitname bij donoren van weefsel

PMW

Afbakening en doel

Afbakening

- Post mortem uitname bij donoren van weefsel (vanaf incisie tot transporteren naar weefselbank) door speciale teams die 7x24 uur beschikbaar zijn.
- Uitgangspunt is dat uiterlijk binnen 24 uur na overlijden gestart wordt met uitnameprocedure en de uitgenomen weefsels gereed zijn voor transport naar een weefselbank.

Beleidstheorie en doel

Beschikbaar houden van post mortem uitname van weefsels: kosten uitname zijn niet altijd direct toe te rekenen aan individuele patiënten (ontvangers van orgaan/weefsel) en aantal varieert sterk.

Overlap met reguliere zorg

Geen

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

- Kostenonderzoek in 2020 (niet online beschikbaar).
- Jaarlijks geïndexeerd personele en materiële index, huisvesting niet.

Criteria aanvragers

- Aanvrager dient contract met NTS te hebben.
- In de praktijk is Stichting Weefsel Uitname Organisatie Nederland (WUON) de (enige) aanvrager.

Vaststellen bedrag per aanbieder

- Vast deel: personeelskosten, overhead, kapitaal.
- Variabele deel: vergoedingsbedrag per soort uitname voor personeel en materieel (lager bedrag bij afwijzing donor).

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging



- PMW werd voorheen bekostigd via budgetbekostiging via NTS: weefselbanken stuurden aparte begroting voor uitname organisaties naar de NTS, die hier met de zorgverzekeraar over onderhandelde.
- De minister [besloot](#) voor een BB omdat de oorspronkelijke bekostiging niet transparant was, wat in voorgaande jaren al leidde tot een dreigend omvallen van twee weefselbanken.
- Budgetbekostiging via de NTS sloot volgens de minister niet aan op de wijze van bekostiging van msz. De combinatie van rollen van de NTS als regisseur, onderhandelaar en kassier was volgens de minister ook ongewenst. Ook was de financiering van uitname niet duidelijk: de kosten konden niet worden toegerekend aan de donor noch aan de ontvanger.

Overwogen alternatieven



- [KMPG](#) gaf als mogelijke optie prestatiebekostiging voor PMW. Zij noemden hierbij het nadeel van een groter risico op faillissement weefselbanken en uitname organisaties.

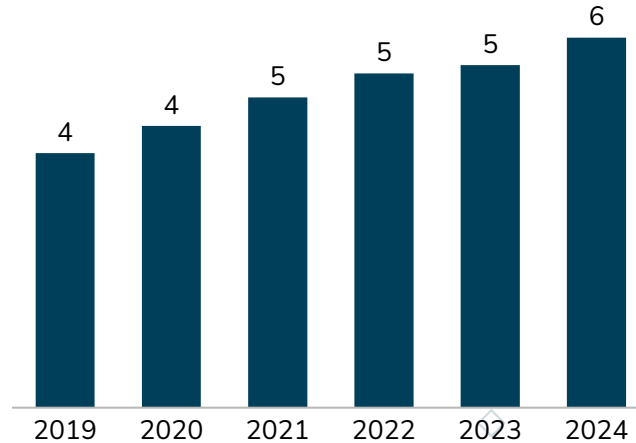
Tussentijdse wijzigingen



- In [2019](#) werd de post mortem uitname van weefsels (PMW) toegevoegd.
- In [2020](#) is bij de beschikbaarheidsbijdrage voor PMD (organen) een duidelijk onderscheid aangebracht tussen orgaan- en weefseluitname. Transportkosten vallen bij weefseluitname namelijk wel onder de beschikbaarheidsbijdrage, omdat de uitnameorganisatie dit zelf regelt. Voor orgaanuitname gebeurt dit via de Nederlandse Transplantatie Stichting en valt het vervoer buiten de bijdrage.
- In [2021](#) werden de kosten van perfusie (materiaal en personeelskosten) van nieren toegevoegd aan de kosten van de ZUT's bij PMD.

Totale uitgaven over tijd

Verdeling uitgaven over tijd voor BB PMW
[in miljoen €]





II. Gespecialiseerde brandwondenzorg

Afbakening en doel

Afbakening

- Gespecialiseerde brandwondenzorg: zorg in een daarvoor toegerust medisch centrum aan brandwondenpatiënten in de categorie II t/m V en brandwondenpatiënten in de categorie I die vitaal bedreigd zijn.
- Toegerust medisch centrum: multidisciplinaire teams* en specifieke bouwkundige voorzieningen zoals speciaal ingerichte operatiekamer, overdruk op verpleegafdelingen, isolatiekamers, warmtehemels en klimaatregeling tot 28 graden.

Beleidstheorie en doel

- Brandwondenzorg vereiste bepaalde infrastructuur (incl. reservering IC-capaciteit i.g.v. ongevallen en rampen) met vaste kosten die door wisselende aantallen patiënten niet goed via individuele tarieven en prestaties te financieren is en aanbod niet of onvoldoende tot stand komt.
- BB vergoedt dat deel van de kosten dat niet door reguliere (brandwondenzorg) dbc's gedekt wordt waardoor vereiste infrastructuur bekostigd wordt, ook als er weinig patiënten zijn.

Overlap met reguliere zorg

Overlap is aanwezig omdat aanbieders ook reguliere zorg aanbieden en deel van voor brandwondenzorg benodigd personeel ook voor reguliere zorg wordt ingezet.

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang en vaststellen bedrag per aanbieder

- Omvang beschikbaarheidsbijdrage wordt vastgesteld o.b.v. maximale omvang in t-1 (geïndexeerd naar jaar t) minus de verwachte dbc-omzet door brandwondencentrum.
- Uiteindelijke hoogte op basis van nacalculatie.

Criteria aanvragers

- Historisch gezien drie ontvangers: Brandwondencentrum Groningen (Martiniziekenhuis), Rotterdam (Maasstad Ziekenhuis) en Beverwijk (Rode Kruis Ziekenhuis).
- In principe open voor alle aanbieders.

Overig

NZa benchmarkt brandwondencentra o.b.v. ingediende verantwoordingen. Bij significante afwijkingen op bepaalde kostenposten wordt brandwondencentrum verzocht om een nadere toelichting met onderbouwing of bewijs op te geven.

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging

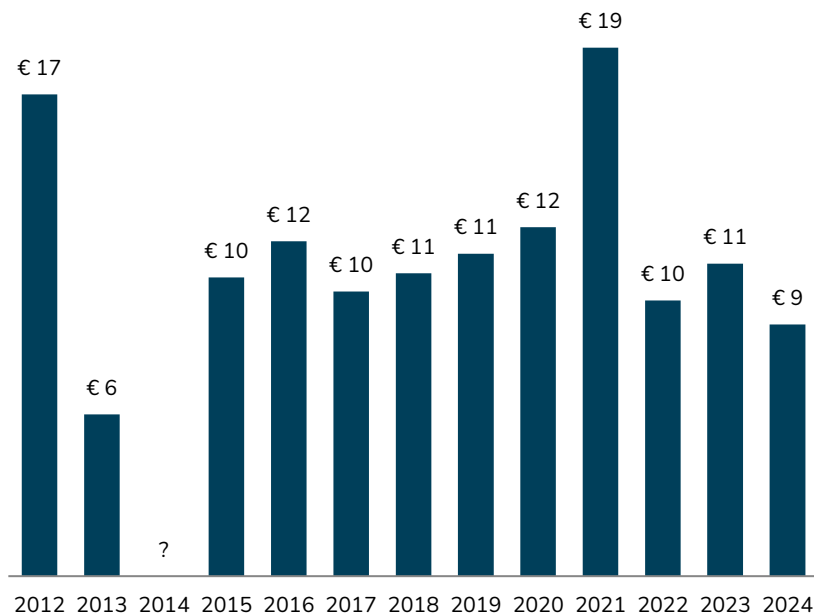
- De keuze voor drie brandwondencentra zijn historisch zo gegroeid. De belangrijkste reden was de nabijheid van bedrijven met hoog risico op brandwonden tijdens werk (Hoogovens voor RodeKruis ziekenhuis, Aldel (aluminiumfabriek) voor Martiniziekenhuis en petrochemische industrie voor Maasstad ziekenhuis. Er ligt geen wettelijke spreidingsnorm aan ten grondslag.
- Tot en met 2011 ontvingen de drie ziekenhuizen een extra budget op basis van opslag per bed en (vanaf 2009) aangevuld met additionele vaste opslag van €3,3 miljoen. Opbrengsten van dbc's voor brandwondenzorg werden verrekend met budget.
- Advies NZa 2009 en 2012: groot deel van de kosten om brandwondencentrum zijn vast (beschikbaar hebben van bedden, personeel en infrastructuur). Deze vaste kosten zouden via BB bekostigd kunnen worden. Variabele kosten (o.a. genees- en verbandmiddelen, voeding, materiaal voor huidoperaties) zou via prestaties en tarieven kunnen
- Per 2012 met introductie prestatiebekostiging: BB conform artikel 56a Wmg.

Tussentijdse wijzigingen

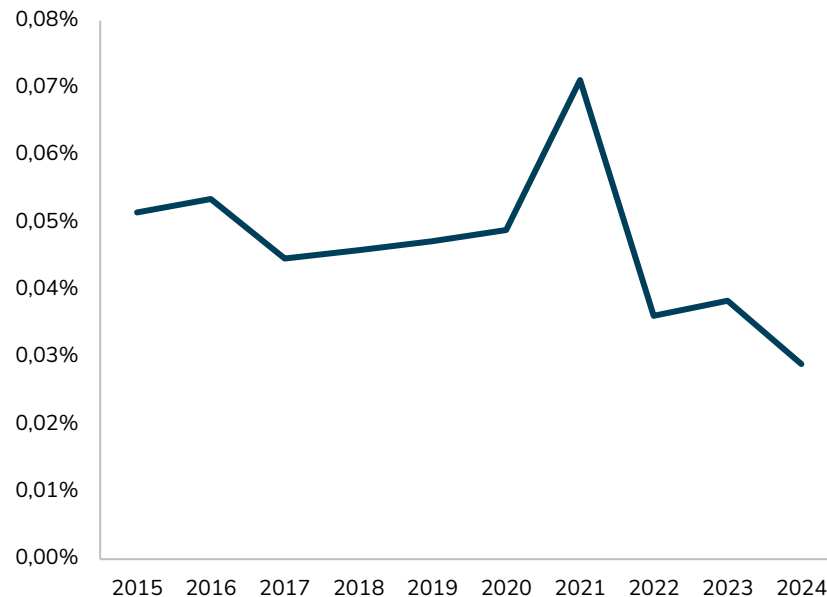
Geen tussentijdse wijzigingen bekend.

Totale uitgaven over tijd

Uitgaven over tijd voor BB brandwondenzorg [in miljoen €]



Uitgaven BB brandwondenzorg als aandeel van totale msz-uitgaven





12. Ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden



Waddenhelikopter



Afbakening en doel

Afbakening

- Zorg verleend aan patiënten die met spoed voor behandeling vanaf de Friese Waddeneilanden naar een ziekenhuis vervoerd moeten worden. Er is ruimte om ook op Texel te vliegen in uiterste nood (in dat geval worden de vluchten gedeclareerd op de patiënt zelf).
- Hierbij geldt als voorwaarde dat het wegvallen van dat vervoer het aantal personen dat niet binnen 45 minuten een afdeling voor SEH of acute verloskunde per ambulance kan bereiken, doet toenemen.
- Het gaat om een ambulancehelikopter die 7x24 uur beschikbaar moet zijn.

Beleidstheorie en doel

- Vanwege de Waddenzee is een ambulancehelikopter noodzakelijk om ervoor te zorgen dat er geen verslechtering optreedt in de bestaande situatie van het aantal patiënten dat binnen 45-minuten een afdeling voor acute verloskunde of SEH kan bereiken.
- Bekostiging via prestaties/tarieven leidt mogelijk tot meerkosten voor specifieke zorgverzekeraar(s) en via hogere premies tot marktverstoring.

Overlap met reguliere zorg

Geen: duidelijk te scheiden van reguliere zorg.

Kenmerken uitvoering

Criteria aanvragers

Alleen RAV Fryslân kan in aanmerking komen. Criteria:

- 24x7 uur beschikbaarheid ambulancehelikopter.
- Vervoer per ambulancehelikopter is noodzakelijk om een dreigende verslechtering te voorkomen uitgaande van de 45-minutenbereikbaarheidsnorm.

Bepalen omvang en vaststellen bedrag per aanbieder

- Hoogte BB gebaseerd op werkelijke kosten:
 - Helikopter (vaste kosten, vliegreizen, opbrengsten)
 - Personele inzet (ambulanceverpleegkundige, -chauffeur)
 - Standplaats (helikopter op externe locatie)
 - Directe overige kosten (dienstkleding, reis- en opleidingskosten, patiëntgebonden en hotelmatige kosten)
 - Kapitaallasten (afschrijving inventaris)
 - Indirecte kosten (overhead).
- Voor vergoeding per kostenpost zal beleid van het MMT met helikopter als referentie worden gehanteerd.

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging



- Oorspronkelijk organiseerde en financierde Defensie het patiëntenvervoer vanaf de Friese Waddeneilanden naar het vaste land.
- In juni 2014 [besloot](#) minister Defensie de voorziening vanaf 1 juli 2015 niet meer door Defensie te laten uitvoeren, omdat:
 - deze niet tot de kerntaken van Defensie behoorde.
 - naar verwachting efficiënter en goedkoper uitgevoerd kon worden door een marktpartij.
 - de helikoptercapaciteit van Defensie schaars was.
- Als alternatief moest dit binnen de context van de Zvw betaald en uitgevoerd worden.
- Zorgverzekeraars en RAV Fryslân wilden deze voorziening niet bekostigen via prestaties en tarieven, maar verzochten VWS om een BB.

Overwogen alternatieven



- In opdracht van VWS analyseerde de NZa of bekostiging via prestaties mogelijk is of dat er een BB aangewezen is.
- De NZa [adviseerde](#) om de helikopter via het reguliere budgetmodel voor ambulancezorg te bekostigen. En om daarbij de marktverstoring op de zorgverzekeraarsmarkt nader te onderzoeken en waar nodig maatregelen te treffen in de risicoverevening.
- De NZa gaf aan dat een alternatief is om RAV Fryslân een compensatie te verstrekken om de marktverstoring te verzachten, maar dat deze optie niet de voorkeur heeft.
- Een laatste optie was om geen compensatie toe te passen maar alleen te vertrouwen op maatregelen om de effecten van deze prikkel te verminderen. Het gaat dan met name om het borgen van de continuïteit van zorg via het toezicht op de zorgplicht.
- Op 4 mei 2015 deelt minister [voornemen](#) om NZa een aanwijzing te geven om een BB toe te kennen voor de Waddenhelikopter. De minister wijst de suggestie van de NZa af om – i.p.v. een BB – het reguliere budgetmodel voor ambulancezorg te gebruiken en de risicoverevening hiervoor aan te passen om marktverstoring te voorkomen. Volgens de minister verbiedt Europese wetgeving het gebruik van de risicoverevening als sturingsinstrument.

Tussentijdse wijzigingen

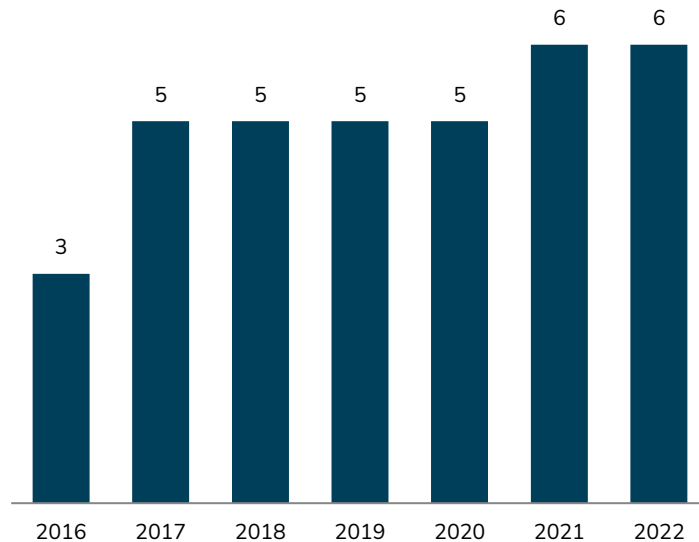


In juli 2020 vroeg VWS de NZa om [advies](#) om de BB uit te breiden voor vluchten naar Texel. De NZa concludeerde dat vluchten via reguliere (budget)bekostiging kunnen worden gefinancierd en er daarbij geen marktverstoring optreedt. De NZa adviseert daarom géén BB voor vluchten naar Texel.

De reactie van de minister op dit advies is onbekend. Tot op heden is de BB [niet](#) uitgebreid voor vluchten naar Texel.

Totale uitgaven over tijd

Vaststellingsbedragen over tijd voor BB helikopter
Wadden [in miljoen €]



Tussen 2012 en 2024 is er één rechtszaak geweest



Medisch Centrum Leeuwarden vs. NZa (2021)

- Het MCL had bij de NZa een aanvraag ingediend voor een bijdrage in de kosten voor het beheer en onderhoud van haar heliplatform, noodzakelijk voor de Waddenhelikopter.
- De NZa wees deze aanvraag af, met als argument dat de bijdrage enkel bedoeld is voor ambulancezorg en dat een heliplatform niet binnen deze definitie valt.
- Het MCL voerde aan dat haar platform essentieel is voor de acute zorgketen, maar de rechtbank oordeelde dat MCL geen formele aanbieder van ambulancezorg is en dus geen recht heeft op de bijdrage.
- Het beroep van MCL werd ongegrond verklaard.



13. Gespecialiseerde psychotraumazorg

Psychotraumazorg

Afbakening en doel

Afbakening

- Zorgaanbieders die gespecialiseerde en derdelijnspsychotrauma-zorg leveren aan mensen met complexe psychotraumaklachten als gevolg van bijv. ernstige incidenten, geweld, of misbruik, waarvoor een landelijke kennisinfrastructuur nodig is.
- Deze aanbieders bezitten de landelijke kennis- en expertisefunctie. Zij borgen/ontwikkelen expertise voor bieden van psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen en vertalen dit naar een specifiek behandelaanbod.

Beleids Theorie en doel

Uitgaven voor kennis- en expertisefunctie zijn niet toerekenbaar aan individuele patiënten. Gaat om een zestal activiteiten:

- Derdelijns centrumfunctie
- Productontwikkeling / zorginnovatie
- Experimentele behandelingen
- Wetenschappelijk onderzoek
- Opleiding en onderwijs
- Bestuurlijk coördinerende rol

Overlap met reguliere zorg

Bb richt zich op de kennis- en expertisefunctie waardoor overlap nihil zou moeten zijn. In praktijk kan overlap ontstaan omdat deel van de activiteiten met bijbehorende kosten toerekenbaar is.

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

In 2016 is het laatste kostenonderzoek uitgevoerd. Hierna vindt jaarlijkse indexatie plaats.

Criteria aanvragers

Gesloten, zie criteria onder 'afbakening'.

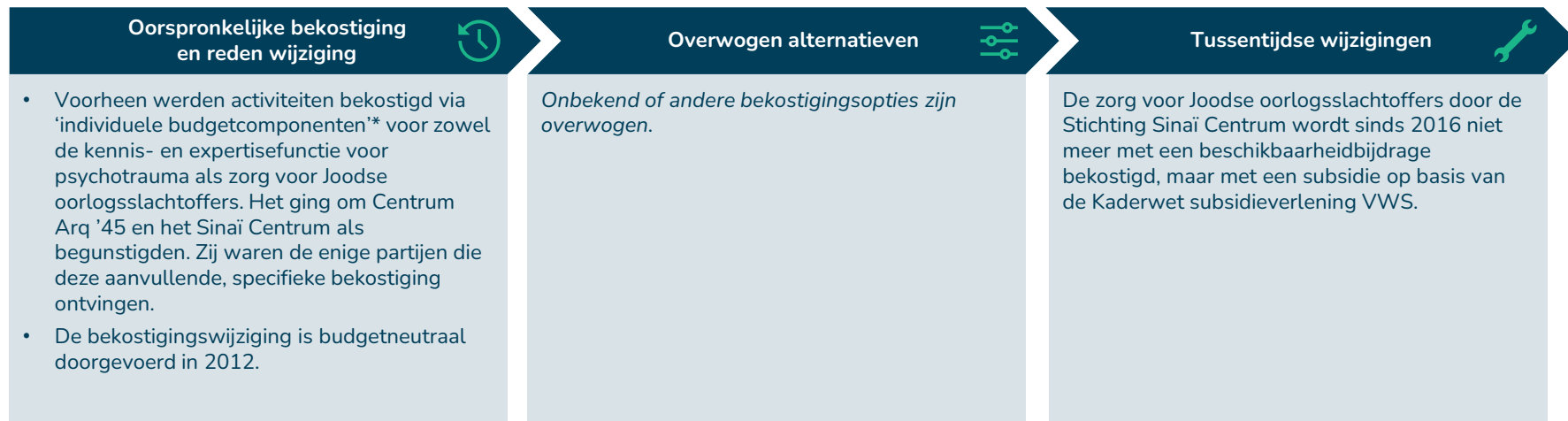
Verdeling tussen aanvragers

N.v.t.

Vaststellen bedrag per aanbieder

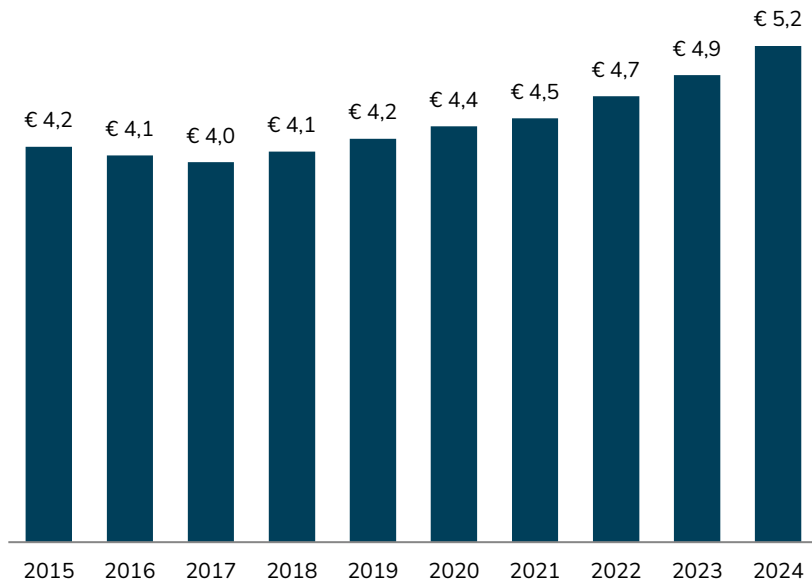
Maximaal bedrag per onderdeel van activiteiten (zie bij beleidstheorie en doel), met een totaal maximumbedrag.

Totstandkoming

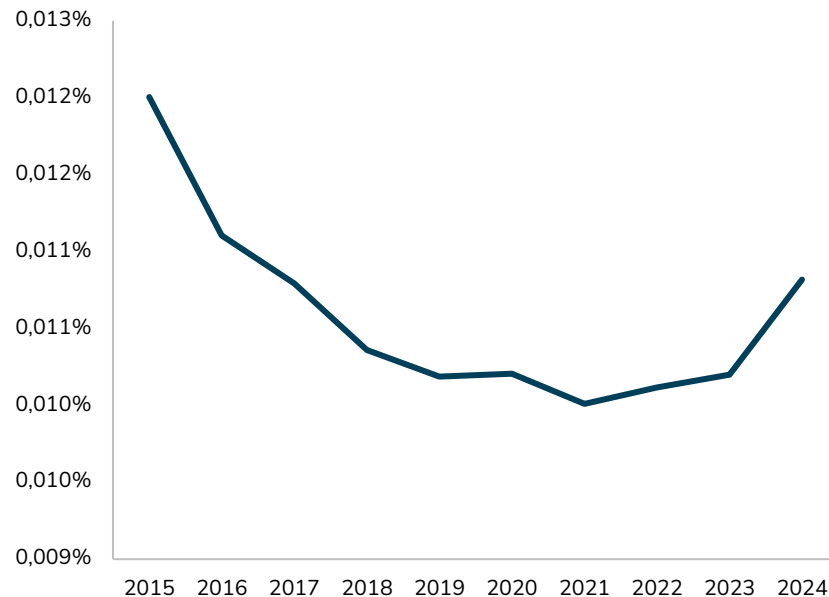


Totale uitgaven over tijd

Uitgaven over tijd voor BB psychotraumazorg [in miljoen €]



Uitgaven BB psychotraumazorg als aandeel van totale Zwv-uitgaven



14. Calamiteitenhospitaal

Afbakening en doel

Afbakening

- Voorziening voor volledig operationeel ziekenhuis* voor ongevallen en rampen voor groepen van militaire en burgerslachtoffers die reguliere capaciteit ziekenhuizen te boven gaat:
 - oorlog(sdreiging) of crisis
 - ongevallen in het buitenland met repatriëring
 - rampen, aanslagen of grote ongevallen in Nederland
 - situaties waarin de Nederlandse overheid hulp aanbiedt bij medische opvang van buitenlandse slachtoffers uit buitenland
 - beperkt aantal patiënten met bijzondere infectieziekte
- Organisatie is samenwerking tussen UMC Utrecht en ministeries van Defensie en VWS, onderdeel van UMC Utrecht.

Beleidstheorie en doel

- Noodvoorziening waarvan kosten voor beschikbare functies niet toe te wijzen zijn aan patiënten (want die komen er alleen bij calamiteiten).
- Zonder vaste subsidie (bb) komt deze voorziening niet tot stand via reguliere tarieven en prestaties.

Overlap met reguliere zorg

Geen: in normale situatie zijn er geen patiënten.

Kenmerken uitvoering

Bepalen omvang

- Geen formeel kostenonderzoek uitgevoerd. Omvang gebaseerd op vaste posten voor vast en variabel deel.
- Personele en materiële kosten jaarlijks geïndexeerd. Kapitaallasten en btw-kosten worden niet geïndexeerd

Criteria aanvragers

UMC Utrecht (basis is Convenant Calamiteitenhospitaal)

Vaststellen bedrag per aanbieder

Vergoeding calamiteitenhospitaal bestaat uit:

- Vast deel: voor instandhouding calamiteitenhospitaal. Is een maximaal bedrag, met bedragen voor vastgestelde posten fte voor voorbereiding, materieel, etc.
- Variabel deel: voor extra personele kosten tijdens de eerste 12 uur per openstelling. Hiervoor zijn 3 scenario's (gebaseerd op aantal slachtoffers, t/m 200).

Een derde hiervan wordt door Defensie bekostigd via een subsidie.

Totstandkoming

Oorspronkelijke bekostiging en reden wijziging



- In 1987 is het Calamiteitenhospitaal ontstaan voor gewonde militairen uit oorlogsgebieden en werd versneld operationeel tijdens Golfoorlog in 1991.
- In 2002 is het op verzoek van het Ministerie van VWS ook opengesteld voor opvang van burgerslachtoffers bij rampen en ongevallen en sinds 2005 ook voor een beperkt aantal patiënten met bijzonder infectieziekten.
- Voor 2012 was er sprake van een bijzondere budgetvergoeding vanuit het Ministerie van VWS (en door Ministerie van Defensie).
- Bij invoering van prestatiebekostiging adviseerde NZa in 2009 voor financiering vanuit vast segment met vaste vergoeding in vorm van BB.
- Bij de overgang naar prestatiebekostiging in 2011 kondigde VWS aan om bepaalde zorgfuncties (die niet in aanmerking kwamen voor prestaties) te bekostigen via het vaste segment waaronder Calamiteitenhospitaal
- Eind 2012 gaf minister VWS aanwijzing aan NZa voor de BB.
- Voor 2012 en 2013 is voor de omvang van de BB aangesloten bij historische budget. Voor jaren erna is basis voor omvang bekostiging de afspraken tussen Ministerie VWS, Ministerie van Defensie en UMC Utrecht.

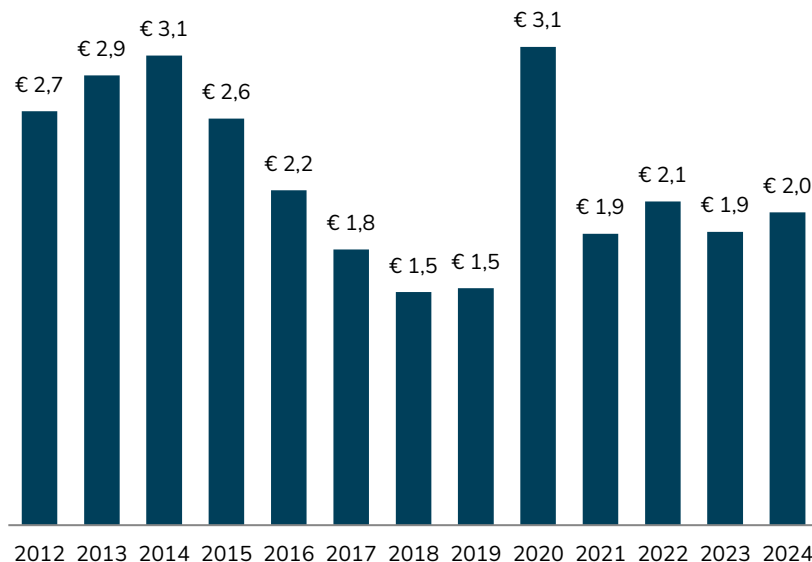
Tussentijdse wijzigingen



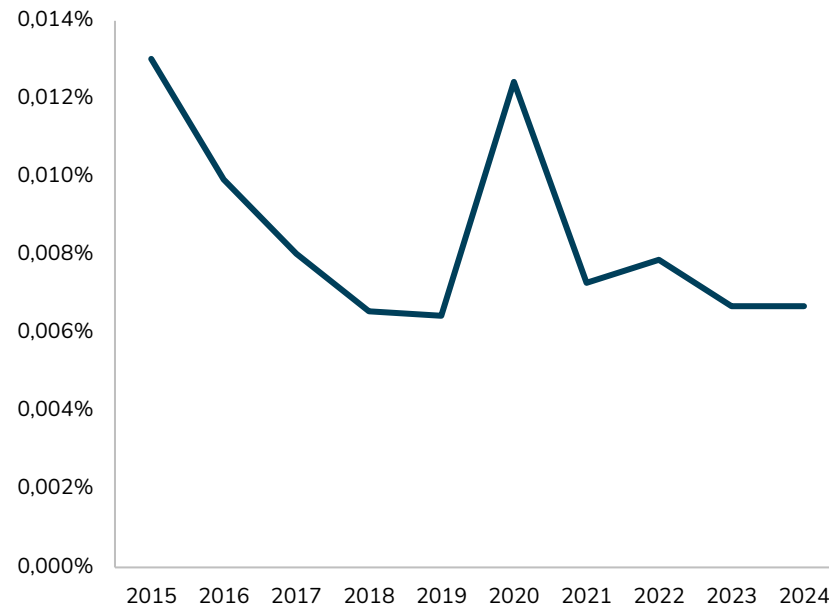
- Inhoudelijke en organisatorische afspraken Ministerie VWS, Ministerie van Defensie en UMC Utrecht zijn nader vastgelegd in een convenant in 2013 dat vier jaar later geëvalueerd is.
- N.a.v. deze evaluatie zijn nieuwe afspraken opgesteld (met aantal wijzigingen in de organisatie en benamingen in convenant die in 2019 zijn vastgelegd in een overeenkomst (i.p.v. convenant omdat het een civielrechtelijke overeenkomst is geworden).

Totale uitgaven over tijd

Uitgaven over tijd voor BB calamiteitenhospitaal
[in miljoen €]



Uitgaven BB calamiteitenhospitaal als aandeel van totale msz-
uitgaven



Sinds 2012 is het calamiteitenhospitaal elf keer opengesteld

2013	2014	2015	2018	2019	2020	2023
Brand appartementen complex Zeist 8 patiënten	Ongeval met platte kar Waardenburg 11 patiënten	Evacuatie VUMC door breuk waterleiding 70 patiënten	Brand woon- en zorgcentrum Breukelen 11 patiënten	Schietincident 24 oktoberplein Utrecht 5 patiënten	Opvang oververhitte kinderen YMCA-kamp, Leusden 37 patiënten	Treinongeval Voorschoten 10 patiënten
Verkeersongeval met vijf touringcars, Muiden 33 patiënten	Nigeriaanse Ebola, patiënt UNMIL (United Nationals Mission in Liberia) 1 patiënt	Triage verdenking Ebola patiënten Utrecht 1 patiënt			Inzet IC voor covidpatiënten (19 extra bedden)	

Jurisprudentie

In totaal twee rechtszaken:

- Beide tegen de NZa.
- Eén gegrond en één ingetrokken.
- Eén van de twee (uit 2016) betrof niet alleen calamiteitenhospitaal, maar ook meer BB's (academische zorg, acute zorg, PMO, helikopter-voorziening en MMT voertuigen)

UMC's vs. NZa

Acht UMC's betwistten de hoogte vastgestelde BB in 2012, omdat deze niet kostendekkend was vanwege onvoldoende vergoeding kapitaallasten (door loslaten DHAZ kader). Verweer NZa was dat feitelijk risico over 2012 door overgangperiode zeer klein was (95% wel vergoed). Rechter stelde UMC's in gelijk.

2016

2017

UMC Utrecht vs. NZa

Rechtszaak had betrekking op beschikbaarheidsbijdrage voor 2015 en 2016 en betrof oneerlijke concurrentie. De BB is naar beneden bijgesteld.

Omdat deze rechtszaak is ingetrokken ontbreekt nadere informatie over de achtergrond