

Kostenonderzoek Abortusklinieken

Eindrapport

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Rotterdam, 27 september 2019



Kostenonderzoek Abortusklinieken

Opdrachtgever:
Directie Publieke Gezondheid,
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderzoeksteam:

Kim Weistra en Anouk Brandsema (Ecorys)
Coby Peeters (Significant)
Friso de Roos en John Poot (Vanberkel Professionals)

Rotterdam, 27 september 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Inleiding	11
2 Onderzoeksaanpak	13
2.1 Aanpak	13
2.2 Bij het onderzoek betrokken partijen	14
2.3 Leeswijzer	14
3 Tariefstructuur	15
3.1 Doel	15
3.2 Uitgangspunten	15
3.3 Resultaat	16
3.4 Onderbouwing	16
4 Zorgcomponent	19
4.1 Doel	19
4.2 Uitgangspunten	19
4.3 Resultaat	21
4.4 Onderbouwing	23
5 Normatieve huisvestingscomponent	27
5.1 Doel	27
5.2 Uitgangspunten	27
5.3 Resultaat	29
5.4 Onderbouwing	32
6 Impact analyse	37
6.1 Doel	37
6.2 Uitgangspunten	37
6.3 Resultaat	38
6.4 Onderbouwing	39
7 Opleidingskosten	41
7.1 Doel	41
7.2 Uitgangspunten	41
7.3 Resultaat	42
7.4 Onderbouwing	43
Bijlage A – Tariefstructuur abortuszorg	45
Bijlage B – Specifieke uitgangspunten voor de ruimtebehoefte	49

Samenvatting

Onderzoeksopdracht: kosten van prestaties van abortushulpverlening volgens nieuwe tariefstructuur

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft het samenwerkingsverband van de onderzoeksbureaus Ecorys, Significant en Vanberkel Professionals (hierna: de onderzoekers, wij of we) onderzocht wat de kosten zijn van de prestaties inzake abortushulpverlening, te weten vijf integrale¹ prestaties voor abortusbehandelingen en twee separaat te declareren prestaties. Deze zeven prestaties vormen de door VWS beoogde nieuwe tariefstructuur voor abortushulpverlening die van toepassing wordt bij de invoering van de nieuwe subsidieregeling (beoogd per 1 januari 2020). In het onderzoek is de kostprijs berekend van zowel de zorgcomponent als de normatieve huisvestingscomponent. Met behulp van een impact analyse is vervolgens doorerekend welke gevolgen de wijziging van de door VWS gebaseerde tarieven en tariefstructuur voor de individuele abortusklinieken zouden hebben.

Werkwijze: onderzoek met inbreng van belanghebbenden

Het kostprijsonderzoek is in de periode mei 2018 tot en met augustus 2019 uitgevoerd onder acht abortusklinieken in Nederland. De impact analyse is uitgevoerd voor tien abortusklinieken.² De stijging van het aantal klinieken heeft te maken met het faillissement van de CASA klinieken in november 2017, waarna een aantal nieuwe abortusklinieken is ontstaan. De opzet van het onderzoek en de uitkomsten zijn besproken en getoetst in een klankbordgroep, waarin naast vertegenwoordigers van de klinieken ook vertegenwoordigers van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het Zorginstituut Nederland (ZIN) en VWS zitting hadden. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van diepteonderzoeken bij de bovengenoemde aantallen klinieken. In deze diepteonderzoeken is informatie opgevraagd over het aantal uitgevoerde behandelingen per prestatie, kosten (zorg, huisvesting, overige), personeelsformatie, directe tijdsbesteding aan prestaties, opbrengsten (zorg en overige), opleidingskosten en ruimtegebruik.

Opleidingskosten: niet meer via tariefopslag maar apart declarabel door de opleidende kliniek

In de huidige subsidieregeling worden de kosten voor het opleiden van abortusartsen gefinancierd via een opslag op het tarief. In dit onderzoek is de mogelijkheid onderzocht om in de nieuwe subsidieregeling opleidingskosten apart declarabel te maken. In het onderzoek zijn de totale kosten om een abortusarts op te leiden berekend, bestaande uit het salaris van de abortusarts in opleiding voor de volledige duur van de opleiding en de tijd die de opleider besteedt aan het opleiden van de abortusarts in opleiding (zoals behandelingen die enigszins langer duren vanwege de opleiding). De gemiddelde kosten per opleiding tot abortusarts zijn in tabel A opgenomen. De kosten bestaan uit interne kosten; de klinieken hebben aangegeven dat er geen externe kosten zijn gemoeid met het opleiden van een abortusarts.

¹ Integraal betekent dat alle kosten en tijdsbesteding benodigd voor het beëindigen van een zwangerschap worden toegerekend aan deze abortus.

² De veertien per ultimo 2018 klinieken die een vergunning bezaten minus de twee klinieken die pas in december 2018 een vergunning kregen en minus de twee klinieken waarvan de jaarrekeningen niet door de klinieken ten behoeve van de impact analyse zijn verstrekt.

Tabel A: Gemiddelde kosten van opleiding tot abortusarts

Opleiding tot:	Salariskosten AIO*	Kosten tijdsbesteding opleider	Totale kosten
1 ^e trimester arts	€ 28.695	€ 3.468	€ 32.163
2A arts	€ 45.091	€ 5.229	€ 50.320
2B arts	€ 47.380	€ 5.691	€ 53.071

Referentiejaar 2017.

Het inrichten van een systeem voor financiering, verdeling en beheer van het opleidingsbudget valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek en wordt in een separaat traject door VWS samen met de klinieken opgepakt.

Zorgcomponent: gebaseerd op de tarieven voor de twee voorkomende sedatiemethoden

Met betrekking tot de zorgcomponent zijn de tarieven voor de twee voorkomende werkwijzen berekend: sedatie door een geaccrediteerde abortusarts en sedatie door een anesthesioloog. Op deze manier is de impact van de keuze tussen de vergoeding van één van beide werkwijzen inzichtelijk gemaakt.

Zorgcomponent: tarieven op basis van totale kosten en zwaarte van prestaties

Voor de zorgcomponent is dezelfde methodiek gehanteerd als de NZa in haar tariefonderbouwing: historische zorgkosten worden gedeeld door het aantal uitgevoerde prestaties van de klinieken. Dit betekent dat voor de zorgkosten geen toename of afname van kosten wordt verondersteld, tenzij zich aanvullende kosten voordoen (welke niet door de klinieken zijn aangetoond), alleen vindt indexatie plaats. In deze verdeling wordt rekening gehouden met de zwaarte van verschillende prestaties. Abortus van vergeworderde zwangerschappen krijgen daarbij een hoger gewicht dan van vroege zwangerschappen. De kosten voor 'plaatsing langdurige anticonceptie' is gebaseerd op het tarief dat verloskundigen en huisartsen voor deze prestatie hanteren onder de Zorgverzekeringswet. De kosten voor het opleiden van abortusartsen, gebaseerd op de hiermee gemoeide tijdsbesteding van de abortusarts in opleiding en de opleidende abortusarts, zijn niet meegenomen in de toerekening van kosten aan de beoogde abortusprestaties, aangezien VWS de intentie heeft om de vergoeding van deze kosten te koppelen aan het feitelijk opleiden van abortusartsen.

Huisvestingscomponent: op basis van een normatieve vergoeding (huurbedrag)

De vergoeding voor huisvestingskosten wordt niet gebaseerd op de werkelijke kosten maar is, ook naar voorbeeld van de NZa, normatief opgebouwd. De normatieve huisvestingscomponent (NHC) is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding van vastgoed van de klinieken. In overleg met de klankbordgroep is besloten dat bij dit onderzoek wordt uitgegaan van het huurmodel in tegenstelling tot het vorige onderzoek waarbij werd uitgegaan van het eigendomsmodel. De reden hiervan was dat de meeste abortusklinieken een pand huren en de trend een toename van huur laat zien. Deze huisvestingsvergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over een periode van 30 jaar de huur en de instandhoudingsuitgaven van een gebouw bij een bepaald bezettingspercentage en bij een vastgestelde investeringsnorm te dekken. In de NHC is geen vergoeding opgenomen voor investeringen in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en -programmatuur. Deze kosten worden in de zorgcomponent opgenomen. De NHC is opgebouwd uit de kosten die klinieken kwijt zijn aan huur en instandhouding van het gebruikte vastgoed. Op basis van de ruimtebehoefte zijn aan de hand van parameters de investeringskosten (exclusief grond) voor een normkliniek berekend. Hiervan is het huurbedrag afgeleid. Vervolgens is bepaald

voor welke activiteiten de ruimte wordt gebruikt (consult, behandeling of indirect). Het huurbedrag gedeeld door het aantal prestaties geeft het tarief per ruimte. Dit tarief is vervolgens toegerekend aan de verschillende prestaties voor zuigcurettage en medicamenteuze behandeling.

Uitkomst onderzoek: integrale tarieven voor zeven prestaties van abortushulpverlening

Er worden in totaal zeven aan de praktijk getoetste prestaties onderscheiden, waarbij binnen de prestaties voor sedatie onderscheid gemaakt wordt tussen de werkwijze met een anesthesioloog en de werkwijze met een voor sedatie geaccrediteerde abortusarts. De nieuwe tarieven zijn een opstelsom van de gewogen gemiddelde zorgcomponent en de NHC. VWS heeft ervoor gekozen de zorgcomponent voor prestaties zonder sedatie, zoals beschreven in hoofdstuk 4, volgens de werkwijze met de voor sedatie geaccrediteerde abortusarts (en daarmee de hoogste kostprijzen voor deze prestaties) als uitgangspunt te kiezen. Voor de prestaties met sedatie zijn er twee varianten: een variant voor de werkwijze met een voor sedatie geaccrediteerde abortusarts en een variant voor de werkwijze met een anesthesioloog. Een kliniek kan slechts één van de twee variaties declareren (zo geeft VWS aan). Tabel B geeft een overzicht van de tarieven zoals vastgesteld in het kader van dit onderzoek, in overleg met VWS.

Tabel B: Tarieven van prestaties inzake abortus en gerelateerde prestaties

	Zorg- component	NHC	Totale tarief	Totale tarief - afgerond
Medicamenteuze abortus	€ 352,72	€ 34,04	€ 386,76	€ 387
Zuigcurettage (1^e trimester), zonder sedatie	€ 453,96	€ 60,32	€ 514,28	€ 514
Zuigcurettage (1^e trimester), met sedatie				
<i>Werkwijze met geaccrediteerde abortusarts</i>	€ 527,49	€ 60,32	€ 587,81	€ 588
<i>Werkwijze met anesthesioloog</i>	€ 603,77	€ 60,32	€ 664,09	€ 664
Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken)				
<i>Werkwijze met geaccrediteerde abortusarts</i>	€ 656,8	€ 80,43	€ 737,27	€ 737
<i>Werkwijze met anesthesioloog</i>	€ 746,8	€ 80,43	€ 827,23	€ 827
Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken)				
<i>Werkwijze met geaccrediteerde abortusarts</i>	€ 861,46	€ 90,48	€ 951,94	€ 952
<i>Werkwijze met anesthesioloog</i>	€ 982,52	€ 90,48	€ 1.073,0	€ 1.073
Consult zonder behandeling	€ 40,25		€ 40,25	€ 40
Plaatsing langdurige anticonceptie	€ 61,11		€ 61,11	€ 61

Referentiejaar 2018. Indexatie zorgcomponent uitgevoerd op basis van gemiddelde jaarlijkse tariefstijging.

Impact analyse: bepaling effect van nieuwe tarieven op financiële positie van klinieken

Vervolgens is een impact analyse uitgevoerd om te onderzoeken wat de financiële effecten zijn van de tarief(structuur)aanpassingen. Hiermee kan worden vastgesteld of klinieken positieve dan wel negatieve financiële gevolgen ondervinden van een tarief(structuur)aanpassing. De impact analyse is uitgevoerd op basis van de door VWS beoogde tarieven. Uit de impact analyse kan het volgende worden geconcludeerd op basis van bovengenoemde tarieven:

1. Gemiddeld hebben de tien klinieken een positief nettoresultaat van € 124.400. Opgemerkt wordt dat dit netto jaarresultaat bestaat uit behandelingen van Wlz- en niet Wlz-cliënten.
2. Drie van de tien klinieken zijn niet kostendekkend (een negatief nettoresultaat tot maximaal €188.700 per kliniek). Gemiddeld hebben deze drie klinieken een negatief nettoresultaat van €115.000.

3. De overige zeven klinieken zijn meer dan kostendekkend (een positief nettoresultaat tot maximaal € 555.000 per kliniek). Gemiddeld hebben deze zeven klinieken een positief nettoresultaat van € 227. 000.
4. De impact voor VWS bedraagt bij de toepassing van de nieuwe tarieven -0,7 2 procent met betrekking tot het totale subsidiebedrag. Dat wil zeggen, op basis van de 2018 aantallen Wlz-behandelingen en met de nieuwe tarieven voor consulten, behandelingen en opleiding zou VWS marginaal (afgerond 1 procent) minder subsidie hebben verstrekt in 2018.

1 Inleiding

Behoeftte aan een nieuw kostprijsonderzoek van abortushulpverlening door toepassing van nieuwe richtlijnen door abortusklinieken

Abortusklinieken worden momenteel bekostigd via de subsidieregeling abortusklinieken. Vanwege het verdwijnen van de AWBZ is de subsidieregeling voor abortusklinieken per 1 januari 2015 verplaatst van de Regeling subsidies AWBZ naar de Kaderwet VWS-subsidies (. In de huidige subsidieregeling ontvangt de kliniek per behandeling een tarief. Het tarief is gedifferentieerd naar type behandeling. In het tarief wordt onderscheid gemaakt tussen de huisvestingskosten, oftewel de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) en de zorgcomponent. De NHC is vanaf 2014 ingegaan (daarvoor verliep afrekening op basis van reële kosten). In 2015 is een kostenonderzoek bij abortusklinieken uitgevoerd met als doel de tarieven (in casu de zorgcomponent van de tarieven) te herijken. Dat gebeurde op basis van (uitgaven)cijfers van alleen 2014 daar er voor andere jaren te weinig betrouwbare data beschikbaar was. Nu er in 2018 (na 2015) nog twee extra volledige boekjaren (2016 en 2017) zijn geweest waarin klinieken gewerkt hebben op basis van de nieuwe richtlijnen en de klinieken op basis van de nieuwe richtlijnen hun bedrijfsvoering hebben aangepast, was dit voor VWS, de directie Publieke Gezondheid, reden voor een nieuw onderzoek gericht op de kostprijs van abortushulpverlening. Het onderzoek kent vijf onderzoeksvragen:

1. Een advies over een aan de praktijk getoetste tariefstructuur. De huidige tariefstructuur sluit niet meer aan bij de praktijk;
2. De zorgcomponent: de kosten die direct en indirect (m.u.v. de huisvestingscomponent) met de zorg verbonden zijn;
3. De nominale huisvestingscomponent: een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw) bouw en instandhouding van vastgoed van de klinieken;
4. Een impact analyse van de wijziging van de tarieven: indien de tarieven worden aangepast aan de in het onderzoek berekende kosten, heeft dit een impact voor de klinieken;
5. Opleidingskosten voor abortusartsen bij de klinieken: de financiering van abortusartsen in opleiding worden momenteel via een opslag op het tarief betaald. De wens bestaat bij de klinieken om deze opleiding uit het tarief te halen en apart declarabel te maken.

Ontwikkelingen in het aantal locaties abortushulpverlening gedurende de onderzoeksperiode

Er waren op 1 januari 2017 vijftien abortusklinieken met een Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz)-vergunning. Zeven van de vijftien klinieken behoorden tot de Stichting CASA Klinieken. Op 8 november 2017 verklaarde de rechtbank deze stichting failliet. Drie van de zeven locaties van CASA Klinieken verleenden na het faillissement nog zorg; zij sloten de deuren op 5 december 2017. Een nieuwe zorgaanbieder verkreeg in september 2017 een vergunning in het kader van de Wafz voor een nieuwe abortuskliniek in Roermond (operationeel in december 2017) en in december 2017 voor een kliniek op de locatie van de gefailleerde kliniek in Rotterdam (operationeel in januari 2018). Een andere nieuwe zorgaanbieder verkreeg in december 2017 een vergunning voor een kliniek op de locatie van de gefailleerde kliniek in Amsterdam (operationeel in februari 2018). Eind 2017 waren er daarmee elf klinieken met een Wafz-vergunning die kort daarna ook allen operationeel waren. Een nieuwe zorgaanbieder verkreeg in september 2018 een vergunning voor een nieuwe abortuskliniek in Den Haag. Daarnaast verkregen in december 2018 in Den Bosch zowel een andere nieuwe zorgaanbieder als een reeds bestaande zorgaanbieder een vergunning voor een nieuwe kliniek. Eind 2018 waren er daarmee veertien klinieken met een Wafz-vergunning. Van de zeven van de vijftien klinieken behorend tot de Stichting CASA Klinieken kon door het faillissement geen informatie ten behoeve van het kostenonderzoek worden verkregen.

Aantal klinieken meegenomen in het kostprijsonderzoek

Door bovengenoemde ontwikkelingen hebben acht klinieken informatie kunnen aanleveren ten behoeve van de kostprijsberekening. Van zeven van deze klinieken is de informatie gebruikt in de kostprijsberekeningen (gebaseerd op de jaren 2016 en 2017). Informatie van de achtste kliniek kon niet in de berekeningen worden meegenomen omdat de aangeleverde cijfers in onvoldoende mate konden worden uitgesplitst. De impact analyse is uitgevoerd voor het jaar 2018, voor tien klinieken: de veertien per ultimo 2018 operationeel zijnde klinieken minus de twee klinieken die pas in december 2018 een vergunning kregen en minus de twee klinieken waarvan de jaarrekeningen over 2018 niet door de klinieken ten behoeve van de impact analyse zijn verstrekt.

Onderzoeksperiode

De bij de start van het onderzoek beoogde onderzoeksperiode was mei tot september 2018. Al gauw bleek dat deze periode te ambitieus was. De eerste bijeenkomst met de klankbordgroep met een vertegenwoordiging van de klinieken kon niet eerder dan begin september plaatsvinden. Vervolgens bleek dat er met betrekking tot de in 2015 geïntroduceerde (NHC) veel onduidelijkheid bestond. Het creëren van duidelijkheid omtrent de ruimtebehoefte van een normatieve kliniek was daarom allereerst noodzakelijk (zowel met betrekking tot de uitgangspunten als de consequenties). Tevens speelde de nieuwe tariefstructuur een rol. Dit vereiste duidelijkheid omtrent de inhoud van de begrippen consult, behandeling en nacontrole, alvorens de vragenlijst kon worden opgesteld benodigd voor de berekening van de kostprijzen van de abortusprestaties van de klinieken. Complicerende factor was hierbij het moeizaam tot een eenduidig standpunt komen door de klinieken. Echter, geleidelijk aan ontstond geaccepteerd inzicht in de beoogde nieuwe tariefstructuur (bestaande uit vijf integrale prestaties voor abortusbehandelingen en twee separaat te declareren prestaties) die van belang zijn voor de nieuwe subsidieregeling (beoogde ingangsdatum 1 januari 2020). Een andere verklarende factor voor de langere doorlooptijd van het onderzoek vormde het traag aanleveren van voldoende betrouwbare informatie door sommige klinieken. De informatie over het jaar 2018 is alleen gebruikt voor de impact analyse en niet voor de berekening van de kostprijzen omdat dit de doorlooptijd van het onderzoek nog verder zou verlengen.

Wij spreken ons dank uit aan de betrokken partijen (VWS, NZa, ZIN en de klinieken) voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Het onderzoeksteam:

Kim Weistra en Anouk Brandsema (Ecorys)

Coby Peeters (Significant)

Friso de Roos en John Poot (Vanberkel Professionals)

2 Onderzoeksaanpak

2.1 Aanpak

Het onderzoeksplan bestond uit vier stappen: 1) voorbereiding; 2) gegevensverzameling; 3) verificatie en analyse; 4) rapportage. In elk van deze stappen hebben we de focus gelegd op twee succesfactoren: het creëren van draagvlak en het verzamelen van betrouwbare gegevens.

Creëren van draagvlak betekent dat we veel tijd hebben besteed in de voorbereidingsfase (interviews & desk research) en in gesprekken met de klankbordgroep. Dit was nodig om de situatie en de werkwijze bij de verschillende klinieken goed te begrijpen. De inzichten verkregen in de voorbereidingsfase zijn vertaald in gedegen uitgangspunten en een zorgvuldig proces van gegevensverzameling, bestaande uit de volgende onderdelen:

- Een vragenlijst in te vullen door de acht klinieken die operationeel waren in 2016 en 2017. Deze vragenlijst is op begrijpelijkheid en haalbaarheid getoetst door drie klinieken voorafgaand aan de gegevensverzameling;
- Een overzicht van het ruimtegebruik bij deze klinieken en het opnieuw onderbouwen van het ruimtegebruik voor een normkliniek;
- Twee bijeenkomsten voor alle klinieken die ten tijde van het onderzoek actief waren over de tijdsbesteding van zorgprofessionals aan abortusprestaties (consult en behandelingen), de zogenaamde versnellingskamers;
- Een vragenlijst voor alle klinieken die ten tijde van het onderzoek actief waren gericht op de impact analyse (beperkte versie van de versie gebruikt was voor de kostprijsberekening) en de jaarrekeningen over 2018 voor de werkelijke kosten.

De verzamelde gegevens zijn toegepast in de fase van analyse. Waar nodig zijn gegevens geverifieerd bij de klinieken. De uitkomsten van de analyses zijn voorgelegd aan betrokken partijen en vastgelegd in deze rapportage.

Het onderzoek hanteert dezelfde methodiek voor tariefonderbouwing als de NZa en bestaat uit twee onderdelen: een zorgcomponent en een huisvestingscomponent. Deze beide onderdelen vragen een andere aanpak:

- De zorgcomponent is gebaseerd op gemiddelde historisch kosten. De werkelijke zorgkosten van de verschillende klinieken zijn in kaart gebracht en gedeeld door het aantal prestaties. Deze kostprijzen zijn verschillend tussen de klinieken. Het is vervolgens aan VWS om in het tarief een kostenniveau te kiezen voor het tarief dat gemiddeld kostendekkend is voor de klinieken.
- De huisvestingscomponent wordt gebaseerd op een normkliniek. Deze normkliniek is gebaseerd op het ruimtegebruik van de klinieken in het onderzoek en hanteert een model alsof deze ruimtes worden gehuurd.

De som van beide componenten vormt een integraal concepttarief. Omdat de klinieken verschillend zijn, kan het concepttarief hoger of lager zijn dan de eigen kostprijs in de kliniek. Op verzoek van VWS is daarom in een impact analyse inzichtelijk gemaakt in welke mate de verschillende klinieken met deze concepttarieven hogere of lagere opbrengsten zouden ontvangen voor de in 2018 geleverde prestaties (op basis van de huidige tarieven).

2.2 Bij het onderzoek betrokken partijen

VWS is de opdrachtgever van dit onderzoek en heeft in deze rol gesteund op adviezen vanuit twee andere overheidsorganisaties: ZIN en de NZa. Deze organisaties vormden samen het 'intern beraad', ter voorbereiding van gesprekken met de bredere klankbordgroep. In deze klankbordgroep waren ook vier klinieken vertegenwoordigd.

Gedurende het onderzoeksproces is de klankbordgroep vijfmaal bijeengekomen. Twee bijeenkomsten vonden plaats in de voorbereidingsfase, gericht op een passende en eenduidige gegevensuitvraag bij de klinieken. Nadat alle gegevens omtrent kosten en zorgtijd waren verzameld en geanalyseerd, is de klankbordgroep bijeen geweest om de concept rapportage met de onderzoeksresultaten te bespreken. De opmerkingen van de klankbordgroep zijn, voor zover deze door de onderzoekers relevant zijn geacht, verwerkt in de definitieve versie van dit rapport.

2.3 Leeswijzer

De hoofdstukken van dit rapport omvatten de onderbouwde antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen (zie hoofdstuk 1). Tabel 2.1 geeft aan hoe de onderzoeksactiviteiten hebben bijgedragen aan deze antwoorden.

Tabel 2.1: Relatie tussen onderzoeksactiviteiten en hoofdstukken

	Tarief- structuur (hfst 3)	Zorg- component (hfst 4)	Normatieve huisvestings- component (hfst 5)	Resultaat & Impact (hfst 6)	Opleidings- kosten (hfst 7)
Interviews & deskresearch					
Vragenlijsten					
Ruimtegebruik					
Versnellingskamer*					
Berekeningen & analyses					
Klankbordgroep					

*) Doel van de versnellingskamer is de verschillen in zorginzet in beeld te krijgen voor de beoogde prestaties in de nieuwe tariefstructuur. Deze verschillen in de zorginzet vormen de basis voor de toerekening van kosten aan deze prestaties en zijn daardoor van invloed op de verhoudingen tussen de tarieven voor deze prestaties. De uitkomsten van de versnellingskamers zijn in consensus tot stand gebracht in aanwezigheid van medische professionals van zeven klinieken.

3 Tariefstructuur

3.1 Doel

VWS wenst in de subsidieregeling een nieuwe, aan de huidige praktijk getoetste, tariefstructuur op te nemen. In dat kader zijn de volgende deelvragen en hypothesen met betrekking tot de tariefstructuur geformuleerd:

1. Voor de tweede trimester behandelingen is mogelijk een onderscheid nodig tussen 2A (eerste fase van tweede trimester) en 2B (tweede fase van tweede trimester). Reden is het (te onderzoeken) verschil in kosten en tijdsbesteding tussen deze behandelingen.
2. Zeer waarschijnlijk dient onderscheid gemaakt te worden binnen de eerste trimesterbehandelingen tussen medicamenteuze behandelingen en zuigcurettage (instrumentele behandeling). Reden is het (te onderzoeken) verschil in kosten en tijdsbesteding tussen deze behandelingen.
3. Helderheid is gewenst over het onderscheid tussen: 1) alleen lokale verdoving; 2) sedatie uitgevoerd door een abortusarts met accreditatie voor sedatie en een sedatiepraktijkspecialist; 3) sedatie of algehele narcose uitgevoerd in aanwezigheid van een anesthesioloog.
4. Is het wenselijk en nodig om het eerste consult en de nazorg uit het tarief voor behandeling te halen? Volgens de huidige subsidieregeling geldt dat een consult alleen in rekening mag worden gebracht als er geen behandeling volgt. Klinieken hanteerden hierover in het verleden verschillende interpretaties.
5. Is het onderscheid op basis van prostaglandinegebruik (priming) nog noodzakelijk? In de herziene richtlijn 'Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan' wordt geadviseerd om prostaglandine te gebruiken bij alle instrumentele zwangerschapsafbrekingen.

3.2 Uitgangspunten

Onderstaande uitgangspunten voor de inrichting van een nieuwe tariefstructuur zijn gebaseerd op uitgangspunten die door de NZa worden gehanteerd bij het inrichten van bekostiging onder de Zorgverzekeringswet. Deze uitgangspunten zijn gebruikt in dit onderzoek en zijn afgestemd met de klankbordgroep en VWS. Deze uitgangspunten zijn:

1. Er gelden adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg;
2. Er gelden gemiddeld kostendekkende tarieven zodat klinieken de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor een gezonde eigen bedrijfsvoering³;
3. Voorkomen van onnodige administratieve lasten, streven naar eenvoud;
4. Abrupte veranderingen in opbrengsten voor aanbieders als gevolg van wijziging van het bekostigingsstelsel (systeemrisico's) worden zo veel mogelijk voorkomen;
5. Er is aansluiting op de bekostiging in andere domeinen of onderdelen van de zorg zodat mogelijke afwenteling van kosten wordt voorkomen;
6. Er is sprake van voldoende transparantie voor sturing en toezicht, zowel wat betreft de zorgzwaarte, de geleverde zorg als de kwaliteit van zorg;
7. Adresseren van fraudegevoeligheid door onder andere:
 - a. Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend?
 - b. Welke frauderisico's biedt de beoogde tariefstructuur?
 - c. Hoe groot wordt de kans ingeschat dat deze frauderisico's zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact?

³ Dit is onderwerp van de impactanalyse in hoofdstuk 6.

3.3 Resultaat

De klankbordgroep heeft voorgesteld om in de nieuwe subsidieregeling de volgende zeven prestaties te hanteren: vijf integrale prestaties voor abortusbehandelingen en twee separaat te declareren prestaties (zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1: Beoogde prestaties

Integrale prestaties:*
Medicamenteuze abortus
Zuigcurettage (1 ^e trimester), zonder sedatie
Zuigcurettage (1 ^e trimester), met sedatie
Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken)
Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken)
Separaat declarabele verrichtingen:
Consult zonder behandeling
Plaatsing van langdurige anticonceptie

*) Integraal betekent dat alle kosten en tijdsbesteding benodigd voor het beëindigen van een zwangerschap worden toegerekend aan deze abortus. In het memo 'verrichtingen' van 30 november 2018, welke is opgesteld door de klinieken, is een tabel opgenomen met beschrijving van de daarbij te doorlopen processtappen: consult (voorafgaand en/of op behandeldag), behandeling (waaronder nazorg) en nacontrole (op een later tijdstip).

In **bijlage A** is een nadere omschrijving van deze prestaties opgenomen, met daarbij geldende afbakening en voorwaarden. Met name deze afbakening en voorwaarden zijn belangrijk voor controle op rechtmatige declaratie door de klinieken.

3.4 Onderbouwing

Op basis van deskresearch en interviews met de leden van de klankbordgroep zijn in eerste instantie twee scenario's voor een tariefstructuur geformuleerd en aan de klankbordgroep voorgelegd:

1. Betaling voor losse verrichtingen. Dit betekent dat aparte registratie en declaratie gaat ontstaan van consulten, diverse type behandelingen, nacontrole en plaatsing van langdurige anticonceptie;
2. Betaling voor de integrale behandeling per cliënt. Dit betekent dat voor elke uitgevoerde abortus één bedrag in rekening wordt gebracht ter dekking van contacten gerelateerd aan deze zwangerschapsbeëindiging.

Op basis van toetsing ten opzichte van de uitgangspunten had het tweede scenario de voorkeur van de klankbordgroep. Dit scenario heeft namelijk meer prikkels voor doelmatige inzet van zorg in vergelijking met het eerste scenario en vraagt een eenvoudiger proces van registratie en verantwoording. Dit is positief voor controle en fraudepreventie, mits prestatieomschrijvingen en spelregels eenduidig zijn omschreven. Nadeel is dat VWS minder gedetailleerde informatie krijgt over de feitelijk uitgevoerde handelingen.⁴

In de eerste versnellingskamer is vervolgens onderzocht in welke mate specifiek onderscheid nodig is tussen verschillende prestaties. Onderstaande inzichten zijn tijdens deze bijeenkomst opgehaald en verwerkt in het resultaat bij paragraaf 3.3:

⁴ Indien VWS meer gedetailleerde informatie wenst dan zou dit kunnen worden opgevraagd via de jaarlijkse verantwoording van de klinieken.

- Het onderscheid tussen 2A- en 2B-behandelingen is nodig omdat een 2B-behandeling circa 40 procent meer zorgtijd⁵ vraagt dan een 2A-behandeling;
- Zowel voor 2A- als 2B-behandelingen geldt dat de zorgtijd nodig voor een cliënt met of zonder sedatie ongeveer gelijk is. Sedatie is bij deze behandelingen de standaard. Deze behandelingen zonder sedatie komen bijna niet voor. Wanneer geen sedatie plaatsvindt (soms om medische redenen en sporadisch vanwege persoonlijke keuze) vraagt dit van de behandelende professionals extra zorgtijd. Om deze redenen is voor zowel 2A- als 2B-behandelingen het onderscheid tussen met/zonder sedatie vervallen;
- Een medicamenteuze abortus vraagt 80 procent van de zorgtijd van zuigcurettage (eerste trimester) zonder sedatie. Dit betekent dat het wenselijk is om voor medicamenteuze abortus een aparte prestatie op te nemen;
- Het gebruik van prostaglandine (priming) is in bijna alle klinieken de standaard bij een instrumentele abortus. Enkele klinieken waar dit nog niet de standaard is voor zwangerschappen onder de 9 weken geven aan dit op korte termijn (in 2019/2020) wel te gaan doen. Dit betekent dat differentiatie in prestaties met en zonder prostaglandine niet langer nodig is.

Zowel VWS als de klinieken spreken de voorkeur uit om het plaatsen van langdurige anticonceptie apart declarabel te maken onder de voorwaarde dit plaatsvindt bij cliënten die een abortusbehandeling (hebben) ondergaan. Deze positieve financiële prikkel voor klinieken draagt bij aan het verminderen van herhaalde abortussen, een belangrijke beleidsdoelstelling van VWS. Bijkomend voordeel is dat VWS hiermee inzicht krijgt in de mate waarin langdurige anticonceptie wordt geplaatst door abortusklinieken bij vrouwen die een abortusbehandeling hebben ondergaan.

Deelnemers aan de versnellingskamer spreken een sterke voorkeur uit voor het hanteren van integrale tarieven met daarbij een apart declarabele consultprestatie, onder de voorwaarde dat voor deze zwangerschap geen behandeling wordt uitgevoerd. Wanneer een cliënte overgaat tot behandeling na een consult, dan kan echter het consult niet alsnog apart gedeclareerd worden. Dit laatste is de huidige door VWS beoogde registratiepraktijk rond consulten welke het verleden door klinieken op verschillende manieren is geïnterpreteerd (zo hebben wij begrepen).

⁵ Zorgtijd is geïntroduceerd in de versnellingskamer als het totaal van de tijd besteedt door zorgprofessionals in het gehele abortustraject van een cliënt (inclusief consult en nacontrole).

4 Zorgcomponent

4.1 Doel

Het tarief voor de verschillende integrale prestaties bestaat uit een zorgcomponent en een huisvestigingscomponent (zie hoofdstuk 5). Dit hoofdstuk beschrijft de onderbouwing van de zorgcomponent. De zorgcomponent beoogt dekking te geven voor de gemiddelde kosten van klinieken voor alle directe en indirecte zorggerelateerde kosten. Dit kunnen ook kosten zijn om te voldoen aan actuele kwaliteitseisen voortkomend uit de geldende wetten en richtlijnen (zowel m.b.t. de zorg, veiligheidseisen, gegevensbescherming en eisen omtrent mogelijk maken inzien digitaal dossier door patiënt), kosten vanwege ziekteverzuim en extra kosten voor werving personeel vanwege tekort verpleegkundigen, en deelname aan commissies en dergelijke.

De meerderheid van de klinieken werkt met anesthesiologen. Twee klinieken werken met abortusartsen en verpleegkundigen met een accreditatie voor sedatie, conform de NGvA-richtlijn. VWS heeft in eerste instantie de keuze gemaakt deze werkwijze leidend te maken voor dit kostenonderzoek en heeft later ook gevraagd naar een kostprijsberekening voor een werkwijze waarbij de anesthesioloog verantwoordelijk is voor de sedatie.

4.2 Uitgangspunten

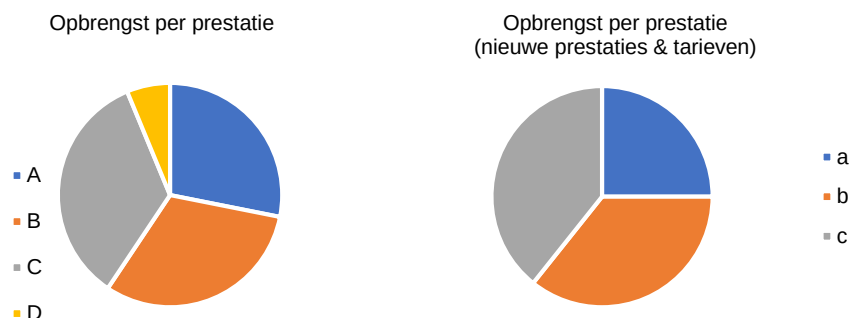
De volgende uitgangspunten en rekenwijzen zijn toegepast door de onderzoekers bij het onderbouwen van de zorgcomponent voor elk van de prestaties beschreven in hoofdstuk 3. Deze sluiten aan bij de methodiek die de NZa hanteert in haar tariefonderbouwing en zijn besproken met de klankbordgroep in de voorbereidingsfase van het onderzoek.

3. De werkelijke kosten van de klinieken in boekjaren 2016 en 2017 vormen de basis voor het onderbouwen van de zorgcomponent (waarbij kosten van 2016 zijn geïndexeerd naar 2017). Dit zijn de meest representatieve jaren waarover adequate informatie beschikbaar was. Eind 2017 gingen immers de CASA-klinieken failliet, met impact op de cliëntenaantallen en kosten in dat jaar. Het jaar 2016 is om die reden toegevoegd zodat meer waarnemingen beschikbaar zijn voor het onderbouwen van de zorgcomponent;
4. De kosten opgenomen in beide jaarrekeningen (2016 en 2017) zijn door de klinieken in de vragenlijst gesplitst in huisvesting- en zorggerelateerde kosten. Door de onderzoekers is beoordeeld of zich specifieke, eenmalige, incidentele kosten in 2016/2017 hebben voorgedaan; dit was niet het geval;
5. Op kliniekniveau zijn alle zorggerelateerde kosten toegerekend aan de integrale abortusprestaties. Daarmee ontstaan kliniekspecifieke kostprijzen die bij elkaar opgeteld dekking geven voor alle zorggerelateerde kosten van deze kliniek. In de toerekening van kosten zijn de volgende uitgangspunten en keuzes gehanteerd:
 - a. De kosten voor sedatie (personeel en materieel) worden toegerekend aan behandelingen met sedatie. Daarbij zijn door de onderzoekers correcties doorgevoerd om het verschil tussen de twee verschillende werkwijze inzichtelijk te maken:
 - Sedatie uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een abortusarts en een verpleegkundige met accreditatie voor sedatie (werkwijze volgens het protocol van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, afgekort NGvA);
 - Sedatie uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een anesthesioloog (werkwijze volgens de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, afgekort NVA).

- b. De kosten voor 'consult zonder behandeling' per kliniek zijn berekend op basis van: a) de directe personeelskosten van een abortusarts 1^e trimester gerelateerd aan deze contacten en b) een schatting van het aantal geregistreerde consulten op basis van de verhouding tussen behandelingen en consulten zonder behandelingen in 2018. Keuze voor het jaar 2018 is gemaakt omdat in dat jaar de klinieken, op aangeven van VWS, een meer eenduidige definitie hebben gehanteerd van het begrip 'consult';
 - c. De kosten voor 'plaatsing langdurige anticonceptie' zijn berekend op basis van: a) opgegeven aantallen prestaties in de vragenlijst en b) een kostprijs gebaseerd op het tarief dat verloskundigen en huisartsen voor deze prestatie hanteren onder de Zorgverzekeringswet;
 - d. De kosten voor het opleiden van abortusartsen (voor specificatie van deze kosten, zie hoofdstuk 7) zijn niet meegenomen in de toerekening van kosten aan de beoogde abortusprestaties, aangezien de vergoeding van deze kosten in de nieuwe subsidieregeling wordt gekoppeld aan het feitelijk opleiden van abortusartsen (zie hoofdstuk 7).
 - e. Kosten voor het tijdens het werk opleiden van artsen en verpleegkundige voor het toedienen van sedatie zijn opgenomen in de kosten van de abortusprestaties met sedatie door een geaccrediteerde abortusarts;
 - f. Additionele kosten met betrekking tot abortushulp aan niet-Wlz gerechtigden (niet in Nederland geregistreerd staande vrouwen) zijn buiten de kostprijsberekening gehouden (bestaande uit afboekingen van oninbare vorderingen);
 - g. De resterende zorggerelateerde kosten, dat zijn totale zorggerelateerde kosten in de jaarrekening minus de kosten bedoeld onder a, b, c, en d, zijn op kliniekniveau verdeeld over de integrale abortusprestaties. Daarbij zijn wegingsfactoren gehanteerd die de verhouding weergeven in de benodigde zorgtijd tussen de verschillende abortusbehandelingen. Deze wegingsfactoren zijn in consensus tot stand gebracht in een versnellingskamer in aanwezigheid van medische professionals van zeven klinieken.
6. De resulterende kliniek-specifieke kostprijzen vertonen een spreiding, zoals weergegeven in dit hoofdstuk. VWS heeft een tariefniveau gekozen dat gemiddeld kostendekkend is voor de abortusklinieken (gaat om een gewogen gemiddelde). Dit betekent dat voor de vijf integrale abortusprestaties gekozen is voor een concepttarief dat niet voor alle klinieken kostendekkend zal zijn, maar in beginsel wel voor in ieder geval de helft van de klinieken.

Door het baseren van de kostencomponent op historische kosten ontstaat in beginsel geen verhoging van de vergoedingen. Het effect van de herijking van de tarieven op basis van historische kosten is in Figuur 4.1 visueel inzichtelijk gemaakt. De figuur gaat uit van een fictieve kliniek die met de huidige prestaties en tarieven alle kosten kan dekken. De figuur links toont de opbrengst van deze kliniek voor de prestaties A, B, C en D met de oude tarieven. De figuur rechts toont de impact van nieuwe prestaties en tarieven. Omdat bij het herijken van de tarieven alle historisch kosten zijn toegerekend aan de nieuwe prestaties (A, B en C) is de totale opbrengst, bij gelijkblijvende aantallen en mix van prestaties, voor deze kliniek gelijk.

Figuur 4.1: Illustratie (fictief) van herijking tarieven op basis van historische kosten



In de vragenlijst was een vraag opgenomen over toekomstige kosten die nog niet in 2016/2017 waren gemaakt, maar waarvan verwacht werd dat deze zich in nabije toekomst alsnog zouden kunnen voordoen. Dergelijke kosten zouden ertoe kunnen leiden dat de omvang van de cirkel in Figuur 4.1 toeneemt. Geen van de klinieken heeft dergelijke kosten in de vragenlijst vermeld.

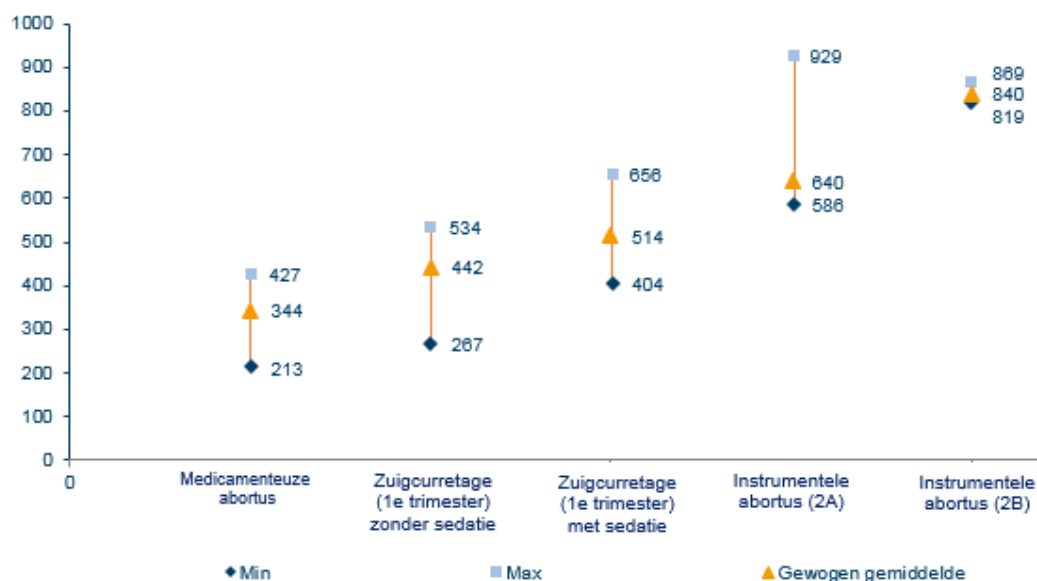
4.3 Resultaat

Deze paragraaf toont voor elk van de prestaties uit hoofdstuk 3 de 'zorgcomponent' van het tarief. Om te toetsen wat de impact van deze keuze is op de bedrijfsvoering van individuele klinieken is een impact analyse uitgevoerd. Deze analyse berekent fictieve opbrengsten voor 2018 door toepassing van de concepttarieven (zorgcomponent + huisvestingscomponent) op de in 2018 uitgevoerde behandelprestaties om deze vervolgens te vergelijken met de kosten in 2018. De uitkomsten hiervan zijn beschreven in hoofdstuk 6.

Zorgcomponent integrale prestaties

Figuur 4.2 toont de spreiding in de kostprijzen tussen de klinieken voor de vijf integrale prestaties (zie toelichting op deze prestaties in hoofdstuk 3). Integraal betekent in deze context dat alle zorgkosten en tijdsbesteding benodigd voor het beëindigen van een zwangerschap zijn toegerekend aan het aantal behandelingen dat deze kliniek heeft uitgevoerd. In overleg met VWS, ZIN en NZa is ervoor gekozen om de zorgcomponent vast te stellen op de gewogen gemiddelde kostprijs per prestatie.

Figuur 4.2: Spreiding kostprijs zorgcomponent, uitgaande van werkwijze abortusarts met accreditatie voor sedatie (in euro's)



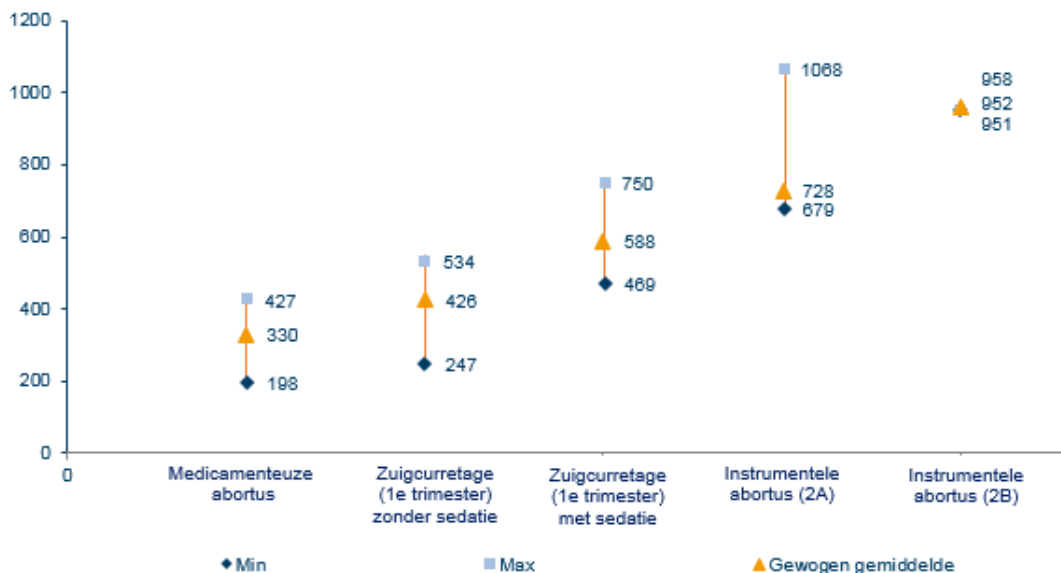
Referentiejaar: 2017

Deze werkwijze gebaseerd op toerekening van historische kosten komt overeen met tariefonderbouwingen door de NZa. In de vragenlijst zijn door de klinieken geen kosten benoemd waarmee ten opzichte van de in de jaarrekeningen 2016/2017 reeds opgenomen kosten alsnog rekening moest worden gehouden.

Zorgcomponent bij werkwijze anesthesioloog

Figuur 4.3 toont de zorgcomponent wanneer de werkwijze met een anesthesioloog als uitgangspunt wordt genomen.

Figuur 4.3: Spreiding kostprijs zorgcomponent, uitgaande van werkwijze anesthesioloog (in euro's)



Referentiejaar: 2017

Door de zorgcomponent te baseren op de werkwijze met anesthesioloog verandert de zorgcomponent voor alle integrale prestaties, niet alleen de prestaties met sedatie. Dit is het gevolg van de rekenwijze waarbij kosten aan prestaties zijn toegerekend op basis van verhoudingen in zorgtijd. Op basis van de uitkomsten van de versnellingskamer is duidelijk dat bij de werkwijze met een anesthesioloog relatief meer zorgtijd wordt besteed wordt aan prestaties met sedatie waardoor een relatief groter aandeel van de totale kosten van een kliniek aan deze prestaties wordt toegerekend.

Tarief separaat declarabele verrichtingen

Onderstaande tabel geeft de voorgestelde tarieven voor de separaat declarabele verrichtingen zoals beschreven in hoofdstuk 3 (Tabel 3.1). Beiden tarieven zijn integraal, zonder specifieke uitsplitsing van zorg- en huisvestigingscomponent. Het voorgestelde tarief voor 'consult zonder behandeling' is gebaseerd op alleen de directe personele kosten. De dekking van alle andere kosten, ook de huisvesting gerelateerde kosten, is door de toegepaste rekenwijze geborgd in de tarieven voor de vijf integrale abortusprestaties. Het voorgestelde tarief voor 'plaatsing langdurige anticonceptie' is gebaseerd op het tarief dat verloskundigen en huisartsen in 2018 kunnen declareren voor het inbrengen van een spiraaltje of implantatiestaafje met etonogestrel vanwege anticonceptie. Dit tarief heeft de NZa⁶ opgesteld.

Tabel 4.1: Voorgesteld tarief voor separaat declarabele verrichtingen (in euro's)

	Voorgesteld tarief
Consult zonder behandeling	€ 39,09
Plaatsing van langdurige anticonceptie	€ 61,11

Consult zonder behandeling: niveau 2017.

⁶ Tarief verloskundige 2018 zie NZa-besluit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_6197_22/2/.

Tarief huisartsen 2018 zie NZa-besluit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_6188_22/.

4.4 Onderbouwing

Deze paragraaf geeft een nadere toelichting op het tot stand komen van de hierboven vermelde resultaten. De zorgcomponent voor de vijf integrale prestaties is berekend op kliniekniveau met de informatie verzameld in de vragenlijst en met toepassing van de hierboven beschreven uitgangspunten.

Allereerst wordt beschreven welke gegevens van klinieken zijn gebruikt, daarna wordt een toelichting gegeven op specifieke bijzonderheden in de berekeningen en analyses. Dit is aanvulling op de eerder benoemde geformuleerde uitgangspunten. Bij het berekenen van de zorgcomponent op kliniekniveau is gebruik gemaakt van gewichten die vertaald worden in de tariefverhouding tussen de vijf integrale prestaties. Deze gewichten zijn tot stand gekomen in twee versnellingskamerbijeenkomsten. Tot slot wordt ingegaan op de onderbouwing van het voorgestelde tarief voor de prestatie consult zonder behandeling.

Toegepaste data en analyses

De kern van de uitgevoerde berekeningen is beschreven onder 'uitgangspunten' (zie paragraaf 4.2). Doel van deze rekenwijze is op kliniekniveau te komen tot een kostprijs voor elk van de vijf integrale prestaties. De volgende informatie op kliniekniveau uit de vragenlijst (jaren 2016 en 2017) is hiervoor gebruikt:

- Opgave van het aantal behandelingen naar type behandeling, het aantal consulten en het aantal plaatsingen van langdurige anticonceptie;
- Totale gerelateerde zorgkosten;
- De salariskosten van zorgprofessionals, uitgesplitst naar functie;
- De kosten voor sedatie (materieel en personeel) rekening houdend met de variëteit in werkwijze voor sedatie.

Alle acht klinieken die de vragenlijst hebben ontvangen hebben informatie aangeleverd en van zeven van deze klinieken is de informatie gebruikt in de kostprijsberekeningen. Informatie van de achtste kliniek kon niet in de berekeningen meegenomen worden aangezien cijfers in onvoldoende mate uitgesplitst konden worden.

Toerekening kosten sedatie

Kostentoerekening bij werkwijze met abortusarts geaccrediteerd voor sedatie

In de berekening van de zorgcomponent bij de werkwijze met een voor sedatie geaccrediteerde abortusarts, worden de kosten voor sedatie toegerekend aan behandelingen met sedatie (uitgangspunt 3a) op basis van de volgende gegevens:

- kosten voor bewakingsapparatuur;
- kosten voor sedatiemiddelen;
- kosten voor het tijdens het werk opleiden van artsen en verpleegkundige voor het toedienen van sedatie;
- De additionele loonkosten voor een abortusarts met accreditatie voor sedatie ten opzichte van een abortusarts die deze accreditatie niet heeft. Voor verpleegkundigen was het verschil in loonkosten niet materieel en dit is daarom niet meegenomen in de vergoeding van de kosten voor sedatie.

Niet alle klinieken hadden de kosten van bewakingsapparatuur of sedatiemiddelen kunnen uitsplitsen in de vragenlijsten. Voor deze klinieken is gerekend met de gemiddelde kosten die hiervoor per behandeling met sedatie zijn gemaakt door de overige klinieken.

Voor de klinieken die met een anesthesioloog werken zijn de loonkosten van de anesthesioloog niet toegerekend aan de prestaties aangezien het uitgangspunt van de werkwijze met een voor sedatie geaccrediteerde abortusarts wordt gehanteerd in deze toerekening (voor de toerekening o.b.v. werkwijze met anesthesioloog, zie volgende alinea). In plaats daarvan zijn voor deze klinieken de additionele loonkosten van een geaccrediteerde abortusarts toegerekend aan de zorgcomponent voor de prestaties met sedatie.

Kostentoerekening bij werkwijze met anesthesioloog

VWS heeft gevraagd om, in de context van de mogelijk ophanden zijnde wijziging van het NGvA Landelijk protocol PSA in abortusklinieken, ook de kostprijs per prestatie te berekenen voor de werkwijze waarbij een anesthesioloog verantwoordelijk is voor de sedatie.

In dat geval worden de kosten ook toegerekend zoals beschreven in uitgangspunt 3a. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de volgende gegevens:

- kosten voor bewakingsapparatuur;
- kosten voor sedatiemiddelen;
- loonkosten voor een anesthesioloog.

De berekening is dezelfde als eerder toegelicht. Voor de klinieken die met een voor sedatie geaccrediteerde abortusarts werken zijn de loonkosten van deze abortusarts(en) niet toegerekend aan de prestaties aangezien het uitgangspunt van de werkwijze met een anesthesioloog wordt gehanteerd in deze toerekening (voor de toerekening o.b.v. werkwijze met de voor sedatie geaccrediteerde abortusarts, zie vorige sub-paragraaf). In plaats daarvan zijn voor deze klinieken de additionele loonkosten van een anesthesioloog toegerekend aan de zorgcomponent voor prestaties met sedatie.

Versnellingskamer

Doel van de versnellingskamerbijeenkomsten was de verschillen in zorginzet in beeld te krijgen voor de beoogde prestaties in de nieuwe subsidieregeling. Deze verschillen in de zorginzet vormen de basis voor de toerekening van kosten aan deze prestaties en zijn daardoor van invloed op de verhoudingen tussen de tarieven voor deze prestaties.

In de eerste versnellingskamer zijn de relatieve verschillen in zorgtijd voor de beoogde prestaties in de nieuwe subsidieregeling in beeld gebracht volgens de werkwijze onder verantwoordelijkheid van een abortusarts met accreditatie voor sedatie (NGvA protocol). In de tweede versnellingskamer is hetzelfde gebeurd voor de werkwijze waarbij sedatie plaats vindt onder verantwoordelijkheid van een anesthesioloog. Onderstaande uitkomsten van de beide versnellingskamers zijn in consensus tot stand gebracht in aanwezigheid van medische professionals van zeven klinieken.

Uitkomst van versnellingskamer 1 was onderstaand overzicht van gewichten, uitgedrukt in verhouding tot de prestatie medicamenteuze abortus Tabel 4.2). Deze zijn gebaseerd op de verhouding in de benodigde zorgtijd met de werkwijze volgens het NGvA protocol met de geaccrediteerde abortusarts. Deze gewichten zijn gebruikt voor het toerekenen van de zorgkosten per kliniek naar de diverse prestaties, onder aanname van deze werkwijze.

Tabel 4.2: Gewichten van de integrale prestaties op basis van verschil in zorgtijd uitgaande van werkwijze abortusarts accreditatie voor sedatie

	Prestatie	Gewicht
M	Medicamenteuze abortus	1,00
Zz	Zuigcurettage (1 ^e trimester), zonder sedatie	1,25
Zm	Zuigcurettage (1 ^e trimester), met sedatie	1,75
2A	Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken)	2,54
2B	Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken)	3,55

Werkwijze met anesthesioloog

Uitkomst versnellingskamer 2 was onderstaand overzicht van gewichten, uitgedrukt in verhouding tot de prestatie medicamenteuze abortus (Tabel 4.3). Deze gewichten zijn gebruikt voor het toerekenen van de zorgkosten per kliniek naar de diverse prestaties voor de werkwijze waarbij sedatie plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een anesthesioloog.

Tabel 4.3: Gewichten van de integrale prestaties op basis van verschil in zorgtijd voor de werkwijze met anesthesioloog

	Prestatie	Gewicht
M	Medicamenteuze abortus	1,00
Zz	Zuigcurettage (1 ^e trimester), zonder sedatie	1,25
Zm	Zuigcurettage (1 ^e trimester), met sedatie	1,88
2A	Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken)	2,72
2B	Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken)	3,81

De gewichten zijn vervolgens gebruikt om de totale kosten per kliniek over de integrale prestaties te verdelen.

Consult zonder behandeling

De keuze om 'consult zonder behandeling' separaat declarabel te maken, zie hoofdstuk 3, is gebaseerd op gesprekken met de klankbordgroep en met zorgprofessionals in de beide versnellingskamers. Allen vinden het consult belangrijk in het besluitvormingsproces van cliënten. Wanneer de cliënt meerdere gesprekken nodig heeft voorafgaand aan de abortus, zijn deze gesprekken onderdeel van het integrale zorgproces en daarmee van de integrale prestaties. Consult die niet leiden tot een zwangerschapsbeëindiging vragen echter ook tijd en veroorzaken daarmee kosten voor een kliniek. Bij het onderbouwen van een passend tarief is een afweging nodig tussen financiële prikkels, beleidsdoelen (zorgvuldig besluitvormingsproces) en ethische overwegingen (wens van de vrouw staat centraal).

De onderzoekers adviseren om het tarief te baseren op alleen de directe kosten van de professional die deze gesprekken doet, dus zonder opslag voor indirecte tijd, materiële kosten, overheadkosten en huisvestingskosten (NHC) van de organisatie. Deze andere kosten zullen (met de voorgestelde rekenwijze) worden gedekt uit tarief van de abortusprestaties. Dit voorstel doet recht aan de primaire taak van de klinieken (abortushulpverlening) en biedt een stabiele dekking voor de bedrijfsvoeringskosten van de klinieken. Daarnaast is er met dit voorstel geen financiële prikkel om meer dan wel minder consulten te gaan uitvoeren.

De prestatie 'consult zonder behandeling' betreft een gesprek met een arts en eventueel een verpleegkundige in verband met het voornemen van een cliënt om een zwangerschap af te breken zonder dat (uiteindelijk) een zwangerschapsafbreking plaatsvindt. Onderdeel van dit consult is een

echo ter beoordeling door de arts. In de tweede versnellingskamer zijn ter onderbouwing van het tariefvoorstel de volgende vragen besproken: 1) in welke verhouding spreekt de vrouw tijdens het consult met een verpleegkundige of een arts; 2) hoeveel tijd kost een consult.

Wettelijk dient het eerste consult uitgevoerd te worden door een arts. Dit is in alle klinieken het geval. Er bestaan echter verschillen in de verhouding tussen de tijd die een arts en een verpleegkundige besteedt aan het consult. Het aandeel (percentage van de consulttijd) besteedt door een arts bij een consult zonder behandeling varieert. Over deze verhouding is in de versnellingskamer geen consensus bereikt. Deelnemers aan de versnellingskamer hebben wel consensus bereikt over de duur van het consult: 30 minuten.

Gezien bovenstaande variatie in de uitvoering van het consult, is het tariefvoorstel voor een halfuur durend consult gebaseerd op het gemiddelde salaris van een eerste trimester abortusarts. Daarbij is gerekend met een arts in voltijds dienstverband (36 uur per week), het aantal vakantiedagen conform de CAO Ziekenhuizen 2017-2019 en een ziektepercentage van 5,3 procent⁷.

⁷ Statline (2017), Ziekteverzuimpercentage voor Gezondheids- en welzijnszorg; bedrijfstakken (SBI 2008) en bedrijfsgrootte. Geraadpleegd via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/80072NED/table?fromstatweb>.

5 Normatieve huisvestingscomponent

5.1 Doel

VWS wenst een onderbouwd voorstel voor een integraal tarief voor behandelingen met betrekking tot abortushulp te verkrijgen dat kostendekkend is voor een modale kliniek. Het integrale tarief bestaat uit de zorgcomponent en de huisvestingscomponent. De huisvestingskosten dienen te worden berekend op basis van de normatieve huisvestingscomponent (NHC). De NHC is vanaf 2014 voor de abortusklinieken reeds ingegaan (daarvoor verliep afrekening op basis van reële kosten). Dit hoofdstuk richt zich op de NHC van het integrale tarief.

De NHC is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding van vastgoed van de klinieken. In overleg met de klankbordgroep is besloten dat bij dit onderzoek wordt uitgegaan van het huurmodel in tegenstelling tot het vorige onderzoek waarbij werd uitgegaan van het eigendomsmodel. Deze huisvestingsvergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over een periode van 30 jaar, de huur en de instandhoudingsuitgaven van een gebouw bij een bepaald bezettingspercentage en bij een vastgestelde investeringsnorm te dekken. In de NHC is geen vergoeding opgenomen voor investeringen in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en -programmatuur (deze worden vergoed vanuit de zorgcomponent). De NHC is opgebouwd uit de kosten die klinieken kwijt zijn aan huur en instandhouding.

Het onderzoek richt zich op de kostprijs (het tarief) van abortushulpverlening. De huidige NHC is gebaseerd op een onderzoek van TNO in 2012. Door het faillissement van de CASA klinieken in 2017 en de vastgoedprijs- en renteontwikkelingen is de vraag gerezen of de huidige NHC nog te rechtvaardigen is. Er dient opnieuw onderzocht te worden hoe groot deze NHC moet zijn om (gemiddeld en modaal) kostendekkend te zijn voor de klinieken.

5.2 Uitgangspunten

Uitgangspunt voor modelmatige toepassing van de NHC

De NHC is een modelmatige benadering om te bepalen welke kosten worden vergoed voor de huisvesting van de klinieken. Bij de berekening van de NHC wordt uitgegaan van een voorziening die nieuw wordt gebouwd. De kosten voor de bouw of de huur van deze voorziening wordt vertaald naar een integraal tarief. Dit tarief wordt per uitgevoerde behandeling vergoed. VWS heeft de voorkeur uitgesproken om bij de financiering van de abortusklinieken uit te gaan van dezelfde systematiek als elders in de zorgsector. Daarom wordt aangesloten bij wat gangbaar is in de zorgsector: dit is een vergoeding op basis van NHC.

Uitgangspunt voor het gebruik van een normkliniek ten behoeve van de NHC

De berekening van een NHC leidt tot een opslag op de zorgcomponent van het tarief per behandeling, ongeacht wat de werkelijke kosten voor de huisvesting zijn. Om deze berekening te maken wordt gebruik gemaakt van een normkliniek. Deze normkliniek sluit aan bij het beleidsuitgangspunt van VWS (dat uitgaat van de mix tussen de minimale omvang van de kliniek) om de abortusbehandelingen voldoende kostenefficiënt uit te voeren, en de mogelijkheid te bieden tot een zekere spreiding van klinieken, zoals dat historisch ook steeds gegroeid is. In de regel is een kliniek kostenefficiënter naarmate deze groter is. Voor de vaststelling van het tarief is daarom een keuze noodzakelijk, gebaseerd op een zogenaamde normkliniek die genormeerd op een vooraf

bepaald aantal behandelingen en de daarbij minimaal noodzakelijke ruimtebehoefte. Deze ruimtebehoefte is gebruikt om het tarief op te bepalen. De component ter vergoeding van de overige zorgkosten wordt daarentegen bepaald op basis van de werkelijke kosten van de behandelteams van alle klinieken. De normkliniek is daarmee alleen van toepassing voor de NHC en niet voor de zorgcomponent (zie hoofdstuk 3).

Uitgangspunt voor vergelijkbaarheid van de normkliniek met een revalidatiecentrum

Kosten van onderhoud en vaste installaties zijn opgenomen in de NHC als ware een abortuskliniek een revalidatiecentrum (conform de in 2012 vastgestelde NHC door TNO). Voor deze vergelijkbaarheid gaat het om het pand en hoe (zwaar) het gebouw gebruikt wordt, niet om de aard van de behandelingen die er plaatsvinden. Kosten van apparatuur en inventaris spelen hierbij geen rol; dit is geen onderdeel van de NHC maar deze kosten worden in de zorgcomponent opgenomen. Het revalidatiecentrum waarmee wordt vergeleken is een vrij zwaar revalidatiecentrum inclusief een wachtruimte en een Poliklinisch Operatie Centrum (POC) en daarmee zwaarder dan een abortuskliniek. In het huidige kostenonderzoek is vasthouden aan de vergelijkbaarheid van de normkliniek met een revalidatiecentrum wat een voordeel is voor de klinieken.

Uitgangspunt voor de behandelcapaciteit van de normkliniek

De normkliniek gaat uit van 1 behandelteam dat 6-8 behandelingen per dag uitvoert (6 tweede trimesterbehandelingen respectievelijk 8 eerste trimesterbehandelingen) in 250 dagen openstelling per jaar (50 weken x 5 dagen). Eerste en tweede trimesterbehandelingen staan bij deze uitgangspunten in een verhouding van 1 $\frac{1}{3}$ tot elkaar (8 t.o.v. 6 behandelingen), ook wel equivalente behandelingen genoemd. Dit heeft zich vertaald in een normkliniek van 2.000 equivalente behandelingen per jaar (2.000 eerste trimester, 1.500 tweede trimester of een mix van beide).⁸

Bij de vaststelling van de NHC is niet gekozen voor een glijdende schaal (verschillende tarieven afhankelijk van het aantal behandelingen), maar voor een normkliniek van 2.000 equivalente behandelingen. Overeenkomstig de beleidsregels 2011 wordt voor de berekening van de NHC een bedrijfstijd van vijftig werkweken (250 werkdagen) per jaar gehanteerd. In de beleidsregels van 2004 is voor het aantal werkuren per dag 7,5 uur aangehouden. Dit staat verder los van het aantal uren dat een medewerker met een voltijd dienstverband per jaar werkt of het aantal uren dat een kliniek per dag of het aantal dagen per jaar daadwerkelijk open is. Het aantal 1^e trimesterbehandelingen voor een kliniek met één behandelteam en één behandelkamer bedraagt met deze uitgangspunten 2.000 per jaar.

Bij eerdere onderzoeken naar de huisvesting van abortusklinieken is een veelgehoord bezwaar dat de klinieken met minder dan 2.000 behandelingen per jaar niet uitkomen met de NHC. Een ander veel gemaakte opmerking is dat de huisvestingskosten in de Randstad veel hoger liggen dan in de periferie. Het is een beleidskeuze van VWS om te bekostigen op basis van een kliniek met 2.000 equivalente behandelingen. Daarnaast is er een correlatie tussen de huisvestingskosten en de vraag naar abortus. In regio's met een hogere bevolkingsdichtheid is meer vraag naar huisvesting en zijn dus de kosten voor huisvesting ook hoger. Hogere bevolkingsaantallen in een regio betekenen echter ook meer zwangerschappen en meer vraag naar abortus en door het hogere aantal abortusbehandelingen meer dekking voor de huisvestingskosten.

⁸ Verwezen wordt naar de notitie voorstel ruimtebehoefte abortusklinieken 2018 (d.d. 19 dec. 2018), waarvan belangrijke onderdelen zijn opgenomen in **bijlage B**. Deze notitie is opgesteld door de onderzoekers waarbij input van de klankbordgroep op eerdere concepten is verkregen. Op 14 december 2018 heeft het ministerie van VWS deze notitie goedgekeurd om als uitgangspunt voor het kostenonderzoek 2018/2019 te gebruiken.

Een behandelteam met 2 artsen heeft een grotere capaciteit dan 2.000 behandelingen, zonder dat dit een significante toename van de ruimtebehoefte met zich meebrengt. In regio's met hogere vraag naar abortus en hogere huisvestingskosten bestaat daarmee de mogelijkheid om het proces kostenefficiënter in te richten. Bij een behandelteam met 1 arts sluit het aantal behandelingen aan op 2.000 behandelingen. De beleidsmatige mix tussen omvang en de mogelijkheid te bieden tot een zekere spreiding van klinieken is door VWS gesteld op een minimale omvang van 2.000 behandelingen. Het uitgangspunt voor de NHC blijft een normkliniek met 2.000 behandelingen en sluit daarmee aan bij de beleidskeuze van VWS.

Uitgangspunt voor het gebruik van het huurmodel

In de abortushulpverlening worden gebouwen doorgaans gehuurd en betreffen in vrijwel alle gevallen kantoorpanden dan wel villa's die zijn omgebouwd tot abortuskliniek. Dit in tegenstelling tot verblijf (klinische opname), welke doorgaans in eigendom zijn van de instelling en specifiek gebouwd worden voor de verblijfsdoeleinden van de instelling. Omdat de meeste abortusklinieken een pand huren en de trend een toename van huur laat zien, wordt bij dit onderzoek uitgegaan van het huurmodel in tegenstelling tot het vorige onderzoek waarbij werd uitgegaan van het eigendomsmodel. Bij de bepaling van de kosten van het gebouw wordt in beide modellen dezelfde grondslag voor de investering gebruikt echter met verschillende uitgangspunten. Zo betaalt een kliniek in het geval van huur niet direct rente en afschrijving aan een geldverstrekker, maar een (relatief) vast bedrag per jaar aan een derde partij. Deze derde partij zal naast een vergoeding voor de gemaakte kosten ook een rendement willen zien op zijn investering. In het huurmodel wordt hier rekening mee gehouden.

Toepassing van het huurmodel leidt tot een ruim 10 procent hogere NHC dan bij het huidige eigendomsmodel omdat enerzijds het rendement en de kosten van de verhuurder in de huurprijs wordt opgenomen (een plus) en anderzijds geen rentekosten hoeven te worden meegenomen (een min, de financieringsvraag vervalt). Omdat de NHC gebaseerd op het huurmodel hoger is dan het eigendomsmodel is hierdoor in beginsel voldoende financiële ruimte aanwezig voor een kliniek om te kiezen voor een pand in eigendom.

5.3 Resultaat

NHC tarieven

Op basis van de ruimtebehoefte is het huurbedrag verdisconteerd naar ruimte (zie Tabel 5.1. Per ruimte is bepaald voor welke activiteiten de ruimte wordt gebruikt (consult, behandeling of indirect). Het huurbedrag is gedeeld door het aantal prestaties (rekening houdend met consult geen behandeling) waarmee het tarief per ruimte is berekend. Dit tarief is vervolgens toegerekend aan de verschillende prestaties voor consult, zuigcurettage en medicamenteuze behandeling. De tarieven voor 2^e trimesterbehandelingen zijn afgeleid van het tarief van de zuigcurettage, overeenkomstig de eerder benoemde verhoudingen.

Tabel 5.1: Berekening NHC-tarief per ruimte (2019)

Directe ruimte voor behandeling en consult
indirecte ruimte
directe ruimte voor behandeling
directe ruimte voor consult

	NVO	huurbedrag		Tarief		
Functioneel nuttige oppervlakte in	m2	per ruimte	aantal	per ruimte	behandeling	medicinaal
Ontvangst en intake						
receptie	12	3.505	2000	1,75	1,75	1,75
wachruimte	25	7.303	2000	3,65	3,65	3,65
toilet cliënten	15	4.382	2000	2,19	2,19	2,19
rolstoel toilet	5	1.461	2000	0,73	0,73	0,73
spreekruimtes intake en voorlichting	28	8.179	2000	4,09	4,09	4,09
onderzoekruimte	15	4.382	2000	2,19	2,19	2,19
laboratorium	2	584	2000	0,29	0,29	0,29
afname cabine / prikpunt	1	292	2000	0,15	0,15	0,15
behandeling en nazorg						
prostaglandineruimte	12	3.505	2000	1,75	1,75	
behandelkamer	25	7.303	2000	3,65	3,65	
afgescheiden onderzoekshoek	5	1.461	2000	0,73	0,73	
rust/verkoeverkamer	70	20.448	2000	10,22	10,22	
kleedcabines (inclusief Patiëntendouche)	9	2.629	2000	1,31	1,31	
verpleegkundige post	6	1.753	2000	0,88	0,88	
Steriliseren instrumentarium						
Vuile ruimte (reinigen)	8	2.337	2000	1,17	1,17	
Schone ruimte (desinfecteren)	8	2.337	2000	1,17	1,17	
Steriele ruimte (steriliseren)	8	2.337	2000	1,17	1,17	
steriele opslag goederen	12	3.505	2000	1,75	1,75	
personeelsaccommodatie						
werkrimte directeur / vergaderruimte	30	8.764	2000	4,38	4,38	4,38
werkrimte arts	14	4.090	2000	2,04	2,04	
werkplekken indirect personeel	12	3.505	2000	1,75	1,75	1,75
personeelsruimte	18	5.258	2000	2,63	2,63	2,63
garderobe/douche	18	5.258	2000	2,63	2,63	2,63
toiletten	5	1.461	2000	0,73	0,73	0,73
Berging en opslag						
archief	20	5.842	2000	2,92	2,92	2,92
magazijn/algemene berging	20	5.842	2000	2,92	2,92	2,92
werkkast	4	1.168	2000	0,58	0,58	0,58
medicijnenberging	3	876	2000	0,44	0,44	0,44
opslag biol.afval	3	876	2000	0,44	0,44	
nuttige vloeroppervlakte	413	120.645			60,32	34,04
verhuurbaar vloeroppervlak	527					
bruto vloeroppervlakte	620					

De oppervlakte en de investeringskosten moeten toegerekend worden aan de verschillende prestaties. Voor de normkliniek wordt het aantal behandelingen teruggerekend naar het aantal equivalente behandelingen voor het 1^e trimester. De NHC is uitgewerkt in een integraal tarief voor een equivalente behandeling van een eerste trimesterbehandeling. Hierna is de differentiatie van de verschillende tarieven beschreven (leidend tot een prestatiegedifferentieerde ruimtebehoefte).

Medicamenteuze behandeling

De abortuspil (welke tot 9 weken mag worden gebruikt) is een consult met behandeling zonder gebruik te maken van de behandelkamer en de rust- & verkoeverruimte. Dit wordt in de huidige subsidieregeling wel vergoed als een eerste trimesterbehandeling en levert daarmee een voordeel op voor de klinieken. Deze behandeling is volgens de klinieken niet planbaar, omdat de cliënt ter plekke de keuze krijgt tussen een medicamenteuze of een instrumentele behandeling. Daar staat tegenover dat de klinieken veelal overboeken vanuit de verwachting dat een deel van de

behandelingen met behulp van de abortuspil wordt gedaan. Daarnaast zijn er inmiddels klinieken die uitsluitend medicamenteuze behandelingen aanbieden en daardoor minder ruimtebehoefte hebben (geen behandelkamer en geen rustruimtes). De medicamenteuze behandeling krijgt een eigen tarief en dus ook een eigen NHC. Overeenkomstig de berekening van de NHC voor het consult is voor de medicamenteuze behandeling een verdeling gemaakt naar de activiteiten, wat leidt tot een NHC voor de medicamenteuze behandeling van € 34,04. Deze NHC ligt lager dan de overige NHC's omdat geen gebruik wordt gemaakt van ruimten voor behandeling, herstel en sterilisatie.

Behandeling met en zonder sedatie

Zowel voor een behandeling met sedatie als zonder sedatie geldt dat de ruimtebehoefte ongeveer gelijk is. Doordat over het algemeen gezien meer zorgtijd nodig is bij sedatie kan worden gesteld dat ook langer gebruik gemaakt wordt van de ruimte. Daar staat tegenover dat in de regel bij sedatie een hogere bezetting aanwezig is op de behandelkamer, waardoor niet een directe correlatie bestaat tussen de tijd in de ruimte en de zorgtijd. In de praktijk zal de behandeling met sedatie beperkt meer ruimte(tijd) gebruiken; de invloed hiervan afgezet op de totale huisvestingskosten wordt echter als gering beschouwd. De ruimtebehoefte voor een 1^e trimesterbehandeling zonder sedatie wordt daarom gelijkgesteld aan een 1^e trimesterbehandeling met sedatie. Het tarief voor de NHC voor een eerste trimesterbehandeling met en zonder sedatie komt daarmee op € 60,32.

Verhouding 2A en 2B

Uit het onderzoek blijkt dat de verhouding tussen 1^e en 2^e trimesterbehandelingen van 1 ⅓ nog steeds kan worden toegepast en derhalve geen bijstelling behoeft. Hiervoor wordt voor 2^e trimesterbehandelingen een factor van 1 ⅓ gebruikt. De verhouding is tot stand gekomen doordat per dag 8 eerste trimesterbehandelingen dan wel 6 tweede trimesterbehandelingen kunnen worden uitgevoerd. Voor de NHC betekent dit een extra belasting van het vastgoed van 1 ⅓.

In de nieuwe tariefstructuur wordt echter onderscheid gemaakt tussen 2A behandelingen (13 t/m 17 weken) en 2B behandelingen (vanaf 18 weken) waarbij een 2B behandeling 40% meer zorgtijd vraagt dan een 2A behandeling. Omdat geen correlatie bestaat tussen de zorgtijd en de ruimtebehoefte is het onterecht om deze verhouding toe te passen op de NHC. Het is wel verdedigbaar dat de huisvestingskosten voor een 2B hoger zijn dan een 2A, omdat de zwangerschap verder gevorderd is, is de behandeling zwaarder en daarmee ook het herstel langer, waardoor langer gebruik wordt gemaakt van de ruimtes. De indirecte huisvestingskosten nemen daarentegen niet toe. De onderzoekers achten het daarom aannemelijk om voor een 2B behandeling een factor van 1 ½ te gebruiken in plaats van 1 ⅓, wat 12,5 % meer is dan 2A. Daarmee komt het tarief voor 2A op € 80,43 en voor 2B op € 90,48.

Consult zonder behandeling

In de nieuwe tariefstructuur is een prestatie voor consult zonder behandeling opgenomen. Deze prestatie bevat alleen een zorgcomponent en geen NHC. De reden daarvoor is dat het zwaartepunt van de subsidieregeling ligt op behandeling, waardoor de kapitaallasten worden toegerekend aan de behandelprestaties. Met andere woorden, de vaste kosten voor huisvesting moeten worden gedekt uit de prestaties van abortusbehandeling en niet uit de consulten. Voor consulten worden daarom alleen de directe personele (zorg)kosten vergoed. Dit leidt tot de NHC per prestatie zoals weergegeven in Tabel 5.2.

Tabel 5.2: Berekening NHC-tarief per prestatie (2019)

	Prestatie	NHC
M	Medicamenteuze abortus	€ 34,04
Zz	Zuigcurettage (1 ^e trimester), zonder sedatie	€ 60,32
Zm	Zuigcurettage (1 ^e trimester), met sedatie	€ 60,32
2A	Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken)	€ 80,43
2B	Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken)	€ 90,48
C	Consult zonder behandeling	-

De toerekening van de huisvestingskosten heeft tot gevolg dat er geen NHC wordt toegerekend aan het consult zonder behandeling. De behandelprestaties hebben daardoor een hogere NHC.

5.4 Onderbouwing

Bij de uitwerking van de normkliniek zijn parameters gebruikt voor het bepalen van de NHC. Onderstaand worden deze parameter nader toegelicht.

Bouw- en investeringskosten

Overeenkomstig de door de NZa gehanteerde methode in overige zorgsectoren is voor de investeringskosten (exclusief grond) uitgegaan van de voor het laatst in 2010 gepubliceerde jaarbeeld bouwkosten. Deze wordt rekening houdend met indexatie nog altijd door de NZa actueel geacht.

Naar analogie zijn de kosten voor een abortuskliniek op prijspeil januari 2010 bepaald op € 1.942⁹ per m² BVO (bruto vloeroppervlak: zie verdere toelichting in **bijlage B**). Rekening houdend met de bouwkostenindex voor gebouwen met een zorg- / gezondheidsfunctie bedraagt de index 18,27% en komen de investeringskosten op € 2.297 (prijspeil 1 januari 2019). De bouwkostenindex houdt reeds rekening met eventuele effecten van nieuwe duurzaamheidseisen, deze toeslag is daarmee verwerkt in de investeringskosten van de normkliniek. Rekening houdend met de ruimtebehoefte van 620 m² BVO komen de bouwkosten voor de normkliniek op € 1.424.140.

Rekening houdend met bouwtijd (18 maanden), bijkomende kosten (2,5%), directiekosten (14%), programma- & bestekwijzigingen (4%), loon- & prijsstijgingen gedurende de bouw (2,5%) en startkosten (1,5%) komen de totale investeringskosten exclusief grondkosten op € 1.778.033 (Tabel 5.3). Met deze (door de NZa toegepaste) parameters wordt aangesloten bij wat er in de rest van de zorgsector gebruikelijk is voor de berekening van de NHC bij toepassing van het huurmodel. Er wordt geen rekening gehouden met rentekosten tijdens de bouw, omdat bij het huurmodel uitgegaan wordt van institutionele beleggers die met eigen gelden bouwen.

⁹ Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010 pagina 40.

Tabel 5.3: Bouw- en investeringskosten

Bouw- en Investeringskosten						
ref.	Omschrijving	Parameter	Waarde	Toelichting		
1	Bouwkosten Normatief (prijspeil 2019)		1.424.140	2x3		
2	Oppervlakte voorziening	620,0 m ²				
3	Bouwkosten per m ²	2297,0				
	Bouwtijd (maanden)	18 mnd				
4	Bijkomende kosten	2,5%	35.461	over 1		
5	Directiekosten	14,0%	199.522	over 1		
6	Programma- & bestekswijzigingen	4,0%	66.365	over 1+4+5		
7	Loon- en prijsstijgingen	2,5%	31.183	over 1+4+5, halve bouwtijd		
8	Rente tijdens de bouw	0,00%	0	over 1+4+5, halve bouwtijd		
9	Startkosten	1,50%	21.362	over 1		
10	Investeringskosten (excl. grondkosten)		1.778.033			

Grondkosten

De grondkosten zijn bepaald op basis van de kosten voor de verwerving van bouwrijpe grond per vierkante meter BVO. Deze grondprijs is ontleend aan de voor het laatst in 2010 vastgestelde Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector. Deze wordt rekening houdend met indexatie nog altijd actueel geacht. De grondkosten zijn bepaald op € 225¹⁰ per m² BVO. De toeslag van 10% op de grondkosten zoals deze in het onderzoek van 2012 was opgenomen is in de huidige tariefberekening achterwege gelaten. Hiervoor is bij nader onderzoek en na overleg met VWS, de Nza en het ZIN geen onderbouwing voor gevonden. Overigens heeft dit een marginaal effect op het tarief van minder dan € 1.

Rekening houdend met de gemiddelde indexatie voor bouwkevels volgens het Kadaster van 23% bedragen de grondkosten BVO € 277,- per m² per 1 januari 2019. Over de grondkosten wordt door beleggers niet afgeschreven. De totale investeringskosten (inclusief grond- en startkosten) bedragen aldus € 1.949.773 (Tabel 5.4)

Tabel 5.4: Grondkosten

Grondkosten						
ref.	Omschrijving	Parameter	Waarde	Toelichting		
10	Investeringskosten (excl. grondkosten)		1.778.033			
11	Grondkosten	277 €/m ²	171.740	8x9		
13	Investeringskosten (incl. grond- en startkosten)		1.949.773			

Index en rendementseis

In de beleidsregels wordt geen uitspraak gedaan over afschrijvingstermijnen van huisvesting. In het verleden was het in de zorgsector gebruikelijk gebouwen over een periode van 40 à 50 jaar af te schrijven en daarna te vervangen. Om gedurende deze gehele periode over een gebouw met een voldoende kwaliteitsniveau te beschikken, werd tussentijds met een omvangrijke mid-life renovatie (na 20 jaar) met een investeringsniveau van circa 50% van de investeringskosten voor nieuwbouw gerekend. Uit onderzoek is gebleken dat ondanks een dergelijke renovatie de gebouwen vaak ruim

¹⁰ Jaarbeeld Bouwkosten Zorgsector 2010 pagina 41.

binnen de periode van 40 jaar werden vervangen. Om deze reden is ervoor gekozen om voor de gebouwen een afschrijvingstermijn of levensduur van 30 jaar te hanteren zonder grootschalige tussentijdse renovatie¹¹ Tabel 5.5. Dit brengt in de bekostiging een voordeel mee voor de abortusklinieken

Recent onderzoek toont aan dat de in de zorgsector actuele gemiddelde gewogen vermogenskostenvoet 4,65%¹² bedraagt, bestaande uit een kostenvoet voor vreemd vermogen van 4,1% en een kostenvoet voor het eigen vermogen van 5,94%. De gemiddelde vermogenskostenvoet van 4,65% is leidend bij het eigendomsmodel. De eigen vermogenskostenvoet van 5,94% wordt gelijkgesteld aan de rendementseis van institutionele beleggers omdat wordt aangenomen dat deze geheel met eigen vermogen financieren en is daarmee leidend voor het huurmodel. Dit leidt tot een hogere NHC in het huurmodel. De jaarhuur wordt jaarlijks met 2,5% geïndexeerd. Deze index is gelijk aan de index uit de NHC-systematiek.

Bij de NHC voor abortusklinieken wordt evenals voorheen niet gerekend met een leegstandspercentage, omdat gewerkt wordt met een normkliniek met een genormeerd aantal behandelingen. Omdat niet wordt uitgegaan van een maximale capaciteit, wordt ook niet gerekend met leegstand.

Tabel 5.5: Index en rendement

Index en rendement					
ref.	Omschrijving	Parameter	Waarde	Toelichting	
13	Investeringskosten (incl. grondkosten)		1.949.773		
	Looptijd (jaar)	30			
	Rente	4,65%			
	Rendementseis investeerder	5,94%			
	Index	2,50%			
14	Basisbedrag huur (excl. Instandhouding)		105.047		

Instandhouding en huurbedrag

Op grond van hetgeen in de zorgsector voor jaarlijkse instandhouding gebruikelijk was, is het percentage voor instandhouding gekozen (Tabel 5.6). In alle zorgsectoren waarvoor NHC's zijn berekend wordt dit percentage (0,8%) van de totale investeringskosten gehanteerd.

Tabel 5.6: Instandhouding en huurbedrag

Instandhouding en huurbedrag					
ref.	Omschrijving	Parameter	Waarde	Toelichting	
14	Basisbedrag huur (excl. Instandhouding)		105.047		
15	Instandhouding	0,80%	15.598	over 13	
16	Huurbedrag (prijspeil 2019)		120.645	14 + 15	

¹¹ TNO-rapport NHC abortusklinieken 3 december 2012 pagina 26.

¹² Advies Finance Ideas 19 mei 2017.

Kosten van instandhouding worden opgenomen in de NHC en worden daardoor via de NHC-opslag in het integrale tarief vergoed; hieronder vallen de kapitaallasten voor oprichting en instandhouding van het kliniekgebouw. Niet-instandhoudingskosten (zoals kosten van schoonmaak, OZB, verzekeringen en energie) worden via de zorgcomponent in het tarief vergoed (op basis van werkelijke kosten). Om dit onderscheid goed te kunnen maken is hieronder een toelichting opgenomen over wat onder (kosten van) instandhouding wordt verstaan.

Er is een verschil tussen instandhouding en onderhoud. Onder onderhoud wordt verstaan: het handhaven van een voorziening en het daartoe behorende terrein in een redelijke staat, alsmede het voorkomen van het ontstaan van schade daaraan, een en ander voor zover dit geen bouwkundige ingrepen omvat¹³.

Instandhouding zoals bedoeld in het percentage van 0,8% gaat daarentegen wel gepaard met een bouwkundige ingreep en kan ook onderhoudswerkzaamheden bevatten als die rechtstreeks het gevolg zijn van een bouwkundige ingreep.

Voorbeeld: Het schilderen van een vertrek valt onder onderhoud en daarom niet onder de 0,8%. Als ten gevolge van een bouwkundige aanpassing van hetzelfde vertrek geschilderd moet worden, valt zowel de bouwkundige aanpassing als het schilderwerk wel onder de instandhouding van 0,8%.

Het huurbedrag wordt berekend door de totale investeringskosten terug te rekenen over 30 jaar tegen het vereiste rendement en hier de instandhoudingskosten bij op te tellen.

¹³ Vergelijk www.bouwstenenvoorsociaal.nl/Definitie%20instandhouding%20en%20onderhoud: "Onderhoud: Het totaal aan activiteiten (gedaan en te doen) op bouwkundig en installatietechnisch gebied, welke gericht zijn op het opheffen van storingen en het (zo veel mogelijk) terugbrengen op en in stand houden van het oorspronkelijke, c.q. het oorspronkelijk beoogde of (eventueel) contractueel overeengekomen prestatieniveau van een vastgoedobject of van het betreffende element ervan, gedurende de bepaalde (resterende) te beschouwen periode."

6 Impact analyse

6.1 Doel

De nieuwe tarieven zijn de optelsom van de zorgcomponent en de NHC per prestatie. Om te toetsen wat de impact van deze nieuwe tarieven en tariefstructuur op de bedrijfsvoering van individuele klinieken is, is een impact analyse voor het jaar 2018 uitgevoerd.

6.2 Uitgangspunten

Onderstaande uitgangspunten voor het doorrekenen van de impact van de herziene tariefstructuur zijn gebaseerd op informatie verkregen uit de verkennende interviews, de vragenlijst, en de bezoeken aan klinieken:

1. Bij alle 12 klinieken die voor een belangrijk deel actief waren in 2018 is informatie opgevraagd ten behoeve van de impact analyse middels een verkorte vragenlijst en de (concept) jaarrekening. Twee van deze twaalf klinieken hebben de (concept) jaarrekening niet voor de impact analyse beschikbaar gesteld;
2. De impact voor klinieken wordt berekend door de totale opbrengsten van klinieken - uitgaande van nieuwe concept-tarieven en het aantal behandelprestaties in 2018 - te vergelijken met de totale kosten in 2018. Het verschil (het nettoresultaat) geeft de impact weer van de nieuwe tarieven. Het uitgangspunt is dat de nieuwe tarieven gemiddeld kostendekkend zijn, zodat klinieken de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor een gezonde bedrijfsvoering;
3. Om de impact op het resultaat van de klinieken inzichtelijk te kunnen maken zijn zowel Wlz als niet-Wlz behandelingen meegenomen in de impactanalyse, waarbij aangenomen is dat de NZa de herziene tarieven voor niet-Wlz behandelingen, net als in voorgaande jaren, zal overnemen;
4. De kostprijzen voor de zorgcomponent zijn geïndexeerd op basis van de gerealiseerde gemiddelde tariefstijging per jaarovergang: 2,0% voor 2016-2017 en 2,6% voor 2017-2018¹⁴. De kostprijs voor het consult zonder behandeling, waaraan alleen personele kosten toegerekend zijn, is geïndexeerd op basis van de tariefstijging: 2,04% voor 2016-2017 en 2,96% voor 2017-2018¹⁵;
5. Voor klinieken die geen gegevens hebben aangeleverd over het aantal plaatsingen van langdurige anticonceptie is aangenomen dat dit het geval was bij 36 procent van het totaal aantal behandelingen. Deze aanname is gebaseerd op basis van de cijfers van klinieken die deze informatie wel konden aanleveren;
6. Voor klinieken die geen splitsing tussen het aantal prestaties per trimester hebben aangeleverd is een schatting gemaakt op basis van de verdeling in andere klinieken;
7. De vergoeding voor opleidingskosten is in de impact analyse gelijkgesteld aan de totale kosten per opleiding, zoals beschreven in hoofdstuk 7.

¹⁴ Bron: Wijzigingsoverzicht van de subsidieregeling abortusklinieken (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035433/2017-01-01/0/Paragraaf1/Artikel4/informatie#tab-wijzigingenoverzicht>)

¹⁵ Bron: NZa prijsindexcijfer voor personele kosten (<https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-voor-personele-kosten>)

6.3 Resultaat

Tarieven

De nieuwe tarieven (Tabel 6.1) zijn een opstelsom van de zorgcomponent zoals toegelicht in hoofdstuk 4 en de NHC, zoals toegelicht in hoofdstuk 5. VWS heeft ervoor gekozen de zorgcomponent voor prestaties zonder sedatie, zoals beschreven in hoofdstuk 4, volgens de werkwijze met de voor sedatie geaccrediteerde abortusarts (Figuur 4.2) (en daarmee de hoogste kostprijzen voor deze prestaties) als uitgangspunt te kiezen. Voor de prestaties met sedatie zijn er twee varianten: een variant voor de werkwijze met een voor sedatie geaccrediteerde abortusarts en een variant voor de werkwijze met een anesthesioloog. Een kliniek kan slechts één van de twee variaties declareren (zo geeft VWS aan).

Tabel 6.1: Nieuwe tarieven naar prestatie

	Zorg- component	NHC	Totale tarief	Totale tarief - afgerond
Medicamenteuze abortus	€ 352,72	€ 34,04	€ 386,76	€ 387
Zuigcurettage (1^e trimester), zonder sedatie	€ 453,96	€ 60,32	€ 514,28	€ 514
Zuigcurettage (1^e trimester), met sedatie				
<i>Werkwijze met geaccrediteerde abortusarts</i>	€ 527,49	€ 60,32	€ 587,81	€ 588
<i>Werkwijze met anesthesioloog</i>	€ 603,77	€ 60,32	€ 664,09	€ 664
Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken)				
<i>Werkwijze met geaccrediteerde abortusarts</i>	€ 656,8	€ 80,43	€ 737,27	€ 737
<i>Werkwijze met anesthesioloog</i>	€ 746,8	€ 80,43	€ 827,23	€ 827
Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken)				
<i>Werkwijze met geaccrediteerde abortusarts</i>	€ 861,46	€ 90,48	€ 951,94	€ 952
<i>Werkwijze met anesthesioloog</i>	€ 982,52	€ 90,48	€ 1.073,0	€ 1.073
Consult zonder behandeling	€ 40,25		€ 40,25	€ 40
Plaatsing langdurige anticonceptie	€ 61,11		€ 61,11	€ 61

Referentiejaar: 2018. Indexatie zorgcomponent uitgevoerd op basis van gemiddelde jaarlijkse tariefstijging.

Tabel 6.2 toont de tarieven volgens de huidige subsidieregeling. De kanttekening wordt gemaakt dat de tarieven in tabellen 6.1 en 6.2 zijn berekend op basis van verschillende tariefstructuren, waardoor uit verschillen in tarieven behorende bij prestaties niet zonder meer conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van een daadwerkelijk hogere of lagere vergoeding.

Tabel 6.2: Huidige tarieven naar prestatie (Wlz-behandelingen)¹⁶

Huidige tarieven	
Consulten zonder behandeling	€ 103,31
1e trimester behandeling	€ 463,26
<i>Met diepe sedatie of algehele anesthesie</i>	€ 586,06
<i>Met prostaglandine</i>	€ 525,34
<i>Met zowel diepe sedatie of algehele anesthesie, als prostaglandine</i>	€ 648,13
2e trimester behandelingen	€ 698,38
<i>Met diepe sedatie of algehele anesthesie</i>	€ 821,18
<i>Met prostaglandine</i>	€ 760,46
<i>Met zowel diepe sedatie of algehele anesthesie, als prostaglandine</i>	€ 883,25

Referentiejaar: 2018.

¹⁶ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035433/2017-01-01/O/Paragraaf1/Artikel4/informatie#tab-wijzigingenoverzicht>

Impact van nieuwe tarieven

Na toepassing van de reeds genoemde uitgangspunten, laat de impact analyse zien dat de bovengenoemde tarieven (afgeronde bedragen):

- Voor drie van de tien klinieken niet kostendekkend zijn (een negatief nettoresultaat tot maximaal € 188.700 per kliniek). Gemiddeld hebben deze drie klinieken een negatief nettoresultaat van € 115.000.
- Voor de overige zeven klinieken wel tot een positief resultaat leiden (een positief nettoresultaat tot maximaal € 555.000 per kliniek). Gemiddeld hebben deze zeven klinieken een positief nettoresultaat van € 227.000.

Gemiddeld hebben de 10 klinieken een positief nettoresultaat van € 124.400. Opgemerkt wordt dat dit netto jaarresultaat bestaat uit behandelingen van Wlz- en niet Wlz-cliënten.

De impact voor VWS bedraagt in dit geval -0,7 procent voor VWS met betrekking tot het totale subsidiebedrag. Dat wil zeggen, op basis van de 2018 aantallen Wlz-behandelingen en met de nieuwe tarieven voor consulten, behandelingen Tabel 6.1) en opleiding (zie hoofdstuk 7) zou VWS marginaal (afgerond 1 procent) minder subsidie hebben verstrekt in 2018.

6.4 Onderbouwing

Bij alle 12 klinieken die die voor een belangrijk deel in 2018 actief waren is opgevraagd:

- (Concept) jaarrekening, voor de opbrengsten en kosten voor de klinieken;
- Verkorte versie van de vragenlijst voor de aantallen prestaties en opbrengsten.

Tien klinieken hebben de definitieve jaarrekening over 2018 opgeleverd. Zes klinieken hebben de aantallen prestaties en opbrengsten over 2018 via de verkorte vragenlijst opgeleverd. Bij de overige vier klinieken zijn deze aantallen/cijfers uit de jaarrekening overgenomen, eventueel aangevuld met aannames zoals beschreven bij de uitgangspunten.

Berekening impact analyse

De impact van de nieuwe tarieven is als volgt berekend:

1. Het aantal prestaties in 2018 is vermenigvuldigd met de bijbehorende nieuwe tarieven om de fictieve opbrengsten voor 2018 te berekenen. Dit is voor zowel de Wlz- als niet-Wlz behandelingen gedaan. De tarieven voor deze groepen van behandelingen zijn gelijk gehouden;
2. Het aantal gegeven opleidingen in 2018 is vermenigvuldigd met de bijbehorende nieuwe tarieven voor opleiding (zie hoofdstuk 7);
3. Overige opbrengsten van klinieken zijn opgeteld bij de opbrengsten van stap 1. Dit leidt tot een totaalbedrag van opbrengsten voor klinieken over het jaar 2018. Uit de jaarrekeningen bleek dat in 2018 zich geen incidentele opbrengsten hebben voorgedaan;
4. Uit de jaarrekeningen zijn de totale kosten voor klinieken overgenomen, waarbij het saldo van rentebaten en -lasten als onderdeel van de totale kosten is meegenomen. Uit de jaarrekeningen bleek dat in 2018 zich geen incidentele kosten hebben voorgedaan;
5. De totale kosten zijn afgezet tegen de totale opbrengsten per kliniek in 2018. Deze uitkomst is de impact van de nieuwe tarieven: het berekent of de nieuwe tarieven kostendekkend zijn voor klinieken.

7 Opleidingskosten

7.1 Doel

In de huidige subsidieregeling worden de kosten voor het opleiden van abortusartsen gefinancierd via een opslag op het tarief. VWS wil de mogelijkheid onderzoeken om in de nieuwe subsidieregeling opleidingskosten apart declarabel maken. In dat kader zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Wordt het wenselijk geacht om de financiering van de opleidingskosten apart declarabel te maken?
- Welke kosten zijn er verbonden aan de opleiding van een abortusarts?

7.2 Uitgangspunten

Onderstaande uitgangspunten voor het vaststellen van de opleidingskosten zijn gebaseerd op informatie verkregen uit de verkennende interviews, de vragenlijst, de bezoeken aan klinieken, en zijn getoetst met de klankbordgroep:

1. Opleidingen vinden plaats volgens de richtlijnen van het NGvA. Deze opleiding is praktijkgericht en vindt plaats in de kliniek;
2. Een abortusarts in opleiding wordt gedurende de gehele opleiding boventallig ingepland;
3. De klinieken hanteren de CAO Ziekenhuizen 2017-2019 of de CAO Zelfstandige Klinieken Nederland 2019-2020; deze cao's zijn voor het doel (de berekening van de opleidingskosten) gelijkwaardig;
4. Op basis van de resultaten van de gegevensverzameling is geschat dat een opleider gedurende de looptijd van een opleiding van een abortusarts gemiddeld een halve dag per week tijd kwijt is aan het opleiden. Hierbij wordt uitgegaan van een voltijd dienstverband (36 uur per week o.b.v. de cao) van de abortusarts in opleiding;
5. Door de aard van de opleiding is in de eerste helft van de opleiding sprake van productiviteitsverlies, hetgeen wordt ingelopen omdat in de tweede helft van de opleiding de arts in opleiding in toenemende mate zelfstandig declarabele behandelingen uitvoert;
6. Een abortusarts in opleiding werkt conform de CAO Ziekenhuizen 2017-2019 of CAO Zelfstandige Klinieken Nederland 2019-2020 en heeft daarmee recht op verlof en Persoonlijk Levensfase Budget (PLB) in de tijd dat hij/zij in dienst is. Daarmee is het dienstverband in het kader van de opleiding langer dan sec het aantal dagen dat nodig is om de opleiding af te ronden;
7. De opleider heeft (minimaal) de bevoegdheid waarvoor de arts in opleiding is; i.e. een 1^e trimester arts leidt een arts op voor 1^e trimester behandelingen, een 2A arts leidt een arts op voor 2A behandelingen, en een 2B arts leidt een arts op voor 2B behandelingen.

Noot: Indien de NGvA opleidingsrichtlijn ingrijpend wordt gewijzigd kan dit aanleiding zijn om de hierna berekende kosten te herijken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan wijzigingen in de duur van de opleiding, in het minimum aantal ingrepen per opleiding of het verplicht stellen van cursorisch onderwijs in aanvulling op het 'in de praktijk-leren'.

7.3 Resultaat

Wenselijkheid

Op basis van de verkennende interviews met NGvA en ZIN, gesprekken met de klankbordgroep en bezoeken aan de klinieken bestaat er consensus over de wenselijkheid om de kosten van het opleiden van abortusartsen te koppelen aan de kosten van het feitelijk opleiden van abortusartsen.

Tussen klinieken bestaan verschillen in het aantal abortusartsen dat zij jaarlijks opleiden, het type opleiding dat zij aanbieden (behandelingen 1^e trimester, fase 2A, fase 2B) en daarmee de gemaakte kosten in het kader van het opleiden. In het huidige systeem is de vergoeding die elke kliniek ontvangt voor het opleiden van abortusartsen gekoppeld aan het aantal behandelingen dat is uitgevoerd en niet aan het aantal opgeleide abortusartsen en type opleidingen. Deze vergoeding is berekend op € 1,26 per 1^e trimester behandeling en € 2,52 per tweede trimester behandeling.¹⁷ Alle klinieken, de beroepsorganisatie (NGvA) en VWS zijn het erover eens dat de huidige systematiek geen recht doet aan de opleidingspraktijk. Het apart bekostigen van het opleiden zorgt voor een efficiëntere en effectievere allocatie van middelen ten behoeve van het opleiden tot abortusarts.

Het inrichten van een systeem voor financiering, verdeling en beheer van het opleidingsbudget valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek en wordt in een separaat traject door VWS samen met de klinieken opgepakt.

Kosten

De totale kosten om een abortusarts op te leiden bestaan uit:

- het salaris van de abortusarts in opleiding voor de volledige duur van de opleiding;
- de tijd die de opleider besteedt aan het opleiden van de abortusarts in opleiding (denk aan voorbespreken, behandelingen die enigszins langer duren vanwege de opleiding, nabespreken).

Tabel 7.1 presenteert de gemiddelde kosten per opleiding, op basis van de verzamelde gegevens over opleidingen in 2016 en 2017. Klinieken hadden ook de mogelijkheid om eventuele externe kosten op te geven voor de opleiding. Zij gaven aan dat er geen externe kosten gemoeid zijn met het opleiden van een abortusarts.

Op basis van verzamelde gegevens via (de gesprekken over) de vragenlijst is ons gebleken dat, door de aard van de opleiding, in de eerste helft van de opleiding sprake is van productiviteitsverlies, terwijl in de tweede helft van de opleiding de arts in opleiding in toenemende mate zelfstandig declarabele behandelingen uitvoert (uitgangspunt 5). Kosten voor veranderingen in productiviteit zijn daarom niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde kosten van opleiding.

¹⁷ Opslag voor opleiding is vanaf 2004 vastgesteld op 2 gulden per 1^e trimester behandeling en 4 gulden per 2^e trimester behandeling (bron: ZIN en VWS). Met een gemiddelde indexatie van 2,2% (o.b.v. indexatiecijfers NZa voor loonkosten) over 15 jaar, betekent dit voor 2019 een opslag van € 1,26 voor 1^e trimester behandelingen en een opslag van € 2,52 voor 2^e trimester behandelingen.

Tabel 7.1: Gemiddelde kosten van opleiding tot abortusarts

Opleiding tot:	Salariskosten AIO*	Kosten tijdsbesteding opleider	Totale kosten**
1 ^e trimester arts	€ 28.695	€ 3.468	€ 32.163
2A arts	€ 45.091	€ 5.229	€ 50.320
2B arts	€ 47.380	€ 5.691	€ 53.071

* Het gemiddelde salaris van de abortusarts in opleiding is berekend voor het percentage voltijd dienstverband (1 fte/36-urige werkweek) dat hij/zij minimaal werkzaam moet zijn om de opleiding te voltooien volgens de richtlijn van het NGvA. Zie tabel 7.2 voor de gemiddelde duur voor de opleiding tot abortusarts o.b.v. NGvA richtlijn.

** Referentiejaar: 2017

Ter vergelijking: in de Evaluatie Subsidieregeling Abortusklinieken (2002) is uitgegaan van de volgende (naar 2019 geïndexeerde) kosten voor opleiding:

- 1^e trimester arts: 19.707 euro (destijds: 30.000 gulden)
- 2^e trimester arts: 41.386 euro (destijds: 63.000 gulden)

7.4 Onderbouwing

Op basis van de vragenlijsten is bekend dat in 2016 en 2017 twee klinieken abortusartsen hebben opgeleid. Deze twee klinieken hebben in totaal acht opleidingen verzorgd:

- twee abortusartsen zijn opgeleid voor 1^e trimester behandelingen;
- drie abortusartsen zijn opgeleid voor fase 2A behandelingen;
- drie abortusartsen zijn opgeleid voor fase 2B behandelingen.

Duur van de opleidingen

De richtlijn 'Opleiding, (Her)registratie en Opleidingsvisitatie Abortusartsen' van het NGvA¹⁸ vermeldt de scholingseisen voor een abortusarts in opleiding. Volgens deze richtlijn moeten abortusartsen in opleiding een minimaal aantal behandelingen verrichten om de opleiding af te ronden. Het aantal werkdagen dat daarbij vermeld staat is volgens het NGvA een richtinggevende factor voor de duur van de opleiding.

Tabel 7.2: Gemiddelde duur voor de opleiding tot abortusarts o.b.v. de NGvA richtlijn

Opleiding tot:	Werkdagen	Fte*
1 ^e trimester arts	64	0,269
2A arts	80	0,337
2B arts	80	0,337

* Bij het berekenen van het percentage voltijd dienstverband (1 fte/36-urige werkweek) voor het voltooien van een opleiding tot abortusarts, is uitgegaan van het aantal beschikbare uren per jaar.

Deze gemiddelde duur van de opleiding is als uitgangspunt genomen in de berekening van de kosten voor de opleiding. Een arts in opleiding is echter niet 100 procent van zijn of haar werktijd bezig met de opleiding; vakantiedagen en PLB-uren vallen ook binnen deze werktijd wanneer de arts in opleiding in dienst is van de kliniek. Wettelijke verlofdagen en PLB-uren zijn daarmee van invloed op de uiteindelijke duur van de opleiding. Daarom is het aantal wettelijke verlofdagen en PLB-uren (conform CAO Ziekenhuizen 2017-2019) afgetrokken van het aantal beschikbare dagen/uren dat een arts in opleiding in een jaar tot zijn/haar beschikking heeft. Voor de uiteindelijke berekening van het percentage voltijd dienstverband is daarom rekening gehouden met het aantal beschikbare dagen per jaar voor een arts in opleiding (zie Tabel 7.2).

¹⁸ Versie geautoriseerd in september 2018, beschikbaar via: www.ngva.net/professionele-standaarden.

Abortusartsen in opleiding kunnen ook als ZZP'er verbonden zijn aan een kliniek. Deze artsen hebben geen wettelijke vakantiedagen, maar hebben wel het recht om zelf hun vakantie op te nemen. Daarom is het aantal beschikbare dagen voor abortusartsen in opleiding die in loondienst zijn gelijk aan het aantal beschikbare dagen voor abortusartsen in opleiding die als ZZP'er verbonden zijn aan de kliniek.

Het is uiteraard mogelijk dat de daadwerkelijke opleidingsduur zowel korter als langer uitvalt, door bijvoorbeeld verschillen in ervaring van de begeleidende abortusarts en/of de abortusarts in opleiding. Hiervoor valt echter in het onderzoek niet te corrigeren.

Salariskosten van de arts in opleiding

In de vragenlijsten zijn het aantal fte en de salariskosten van de artsen in opleiding uitgevraagd. Op basis van deze informatie en de berekende duur van de verschillende opleidingen, zijn de gemiddelde salariskosten voor de duur van de opleiding berekend (zie Tabel 7.1). In deze berekening zijn de salariskosten in 2016 en 2017 van zowel artsen in opleiding in loondienst als werkzaam in de vorm van ZZP'ers meegenomen.

Kosten tijdsbesteding opleider

De tijd die opleiders extra kwijt zijn aan behandelingen als gevolg van het opleiden verschilt tussen artsen in opleiding (bijv. op basis van ervaring). De tijd die opleiders kwijt zijn, verschilt in het moment van de opleiding. Zo zal de opleider aan het begin van de opleiding meer tijd kwijt zijn aan begeleiding, dan aan het einde van de opleiding. Op basis van de vragenlijsten en bezoeken aan de klinieken wordt in dit onderzoek, zoals in paragraaf 7.2 vermeld, het uitgangspunt gehanteerd dat een opleider per week een halve werkdag extra tijd kwijt is aan behandelingen als gevolg van de opleiding, wanneer de abortusarts in opleiding in voltijd dienstverband werkt. Een halve dag ten opzichte van een werkweek (5 dagen) komt neer op een tiende deel van de duur van de opleiding en daarmee op:

- 0,0269 fte begeleiding van een abortusarts trimester 1;
- 0,0337 fte begeleiding van een abortusarts fase 2A;
- 0,0337 fte begeleiding van een abortusarts fase 2B.

De gemiddelde kosten zijn afhankelijk van de type opleiding (1^e trimester, fase 2A of 2B) en daarmee de (minimum) bevoegdheid van de opleider, zie Tabel 7.1. Deze gemiddelde kosten zijn berekend op basis van de in de vragenlijst verstrekte gegevens omtrent salariskosten in 2016 en 2017.

Bijlage A – Tariefstructuur abortuszorg

1. Doel

Deze bijlage geeft een samenvatting van de inzichten uit (a) het memo verrichtingen opgesteld door de klinieken in de klankbordgroep en (b) de versnellingskamer. Deze inzichten zijn samengevat als input voor de prestatiebeschrijvingen welke door VWS kunnen worden opgenomen in de nieuwe subsidieregeling.

2. Inleiding

In het kader van het kostenonderzoek abortuszorg hebben zorgprofessionals van klinieken het gesprek gevoerd over de beoogde nieuwe prestaties in de subsidieovereenkomst:

- Consult zonder behandeling;
- Medicamenteuze abortus;
- Zuigcurettage (1^e trimester), zonder sedatie;
- Zuigcurettage (1^e trimester), met sedatie;
- Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken);
- Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken);
- Plaatsing langdurige anticonceptie.

3. Consult zonder behandeling

Doel

Gesprek onder verantwoordelijkheid van een arts in verband met het voornemen van een cliënt om een zwangerschap af te breken zonder dat (uiteindelijk) een zwangerschapsafbreking plaatsvindt.

Afbakening

- Een gesprek en/of echo voorafgaand aan de zwangerschapsafbreking wordt niet gedeclareerd als een consult;
- Een gesprek en/of echo op de dag van de zwangerschapsafbreking wordt niet gedeclareerd als een consult;
- Een gesprek en/of echo na het afbreken van de zwangerschapsafbreking wordt niet gedeclareerd als een consult.

Voorwaarden

- Het gesprek vindt plaats op de kliniek;
- Een echo is onderdeel van het gesprek om de fase en de aard van zwangerschap te kunnen vaststellen. De uitkomst van deze echo wordt geregistreerd in het dossier van de cliënt.

4. Medicamenteuze abortus

Doel

Afbreken van een zwangerschap door middel medicamenteuze abortus.

Afbakening

- De behandeling is gestart bij de eerste verstrekking van de medicatie;
- Alle activiteiten voorafgaand aan, op en na de behandeldag gerelateerd aan het afbreken van de zwangerschap zijn onderdeel van de prestatie, dus inclusief consulten, nazorg en nacontrole;
- Behandeling van eventuele complicaties, dan wel de noodzaak tot een herhaalde medicamenteuze abortus voor dezelfde zwangerschap, zijn onderdeel van de prestatie. (NB:

Indien besloten wordt tot een zuigcurettage i.p.v. herbehandeling middels medicatie betreft dit een nieuwe prestatie).

Voorwaarden

- De behandeling vindt plaats in de kliniek;
- De zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd conform de geldende richtlijnen en standaarden;
- Het afbreken van de zwangerschap wordt geregistreerd in het dossier van de cliënt;
- Bij elke zwangerschap kan slechts één zwangerschapsafbreking worden gedeclareerd, met uitzondering van de situatie waarbij zuigcurettage wordt ingezet na een onsuccesvolle medicamenteuze behandeling.

5. Zuigcurettage (1^e trimester), zonder sedatie

Doel

Afbreken van een eerste trimester zwangerschap door middel zuigcurettage zonder sedatie.

Afbakening

- De behandeling is gestart wanneer het pakketje met instrumenten is geopend;
- Alle activiteiten voorafgaand aan, op en na de behandeldag gerelateerd aan het afbreken van de zwangerschap zijn onderdeel van de prestatie, dus inclusief consulten, nazorg en nacontrole.

Voorwaarden

- De behandeling vindt plaats in de kliniek;
- De zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd conform de geldende richtlijnen en standaarden;
- Het afbreken van de zwangerschap wordt geregistreerd in het dossier van de cliënt;
- Bij elke zwangerschap kan slechts één zwangerschapsafbreking worden gedeclareerd, met uitzondering van de situatie waarbij zuigcurettage wordt ingezet na een onsuccesvolle medicamenteuze behandeling.

6. Zuigcurettage (1^e trimester), met sedatie

Doel

Afbreken van een eerste trimester zwangerschap door middel zuigcurettage met sedatie of algehele anesthesie¹⁹.

Afbakening

- De behandeling is gestart wanneer het pakketje met instrumenten is geopend;
- Alle activiteiten voorafgaand aan, op en na de behandeldag gerelateerd aan het afbreken van de zwangerschap zijn onderdeel van de prestatie, dus inclusief consulten, nazorg en nacontrole.

Voorwaarden

- De behandeling vindt plaats in de kliniek;
- De zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd conform de geldende richtlijnen en standaarden;
- Het afbreken van de zwangerschap wordt geregistreerd in het dossier van de cliënt;
- Bij elke zwangerschap kan slechts één zwangerschapsafbreking worden gedeclareerd, met uitzondering van de situatie waarbij zuigcurettage wordt ingezet na een onsuccesvolle medicamenteuze behandeling.

¹⁹ Zoals gedefinieerd in de richtlijn 'Sedatie en/of analgesie (psa) op locaties buiten de operatiekamer'.

7. Instrumentele abortus (2A, 13 t/m 17 weken)

Doel

Afbreken van een gevorderde zwangerschap (13 t/m 17 weken) door middel van een instrumentele behandeling.

Afbakening

- De behandeling is gestart wanneer het pakketje met instrumenten is geopend;
- Alle activiteiten voorafgaand aan, op en na de behandeldag gerelateerd aan het afbreken van de zwangerschap zijn onderdeel van de prestatie, dus inclusief consulten, nazorg en nacontrole.

Voorwaarden

- De behandeling vindt plaats in de kliniek;
- De zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd conform de geldende richtlijnen en standaarden;
- Het afbreken van de zwangerschap wordt geregistreerd in het dossier van de cliënt;
- Bij elke zwangerschap kan slechts één zwangerschapsafbreking worden gedeclareerd.

8. Instrumentele abortus (2B, vanaf 18 weken)

Doel

Afbreken van een vergevorderde zwangerschap (vanaf 18 weken) door middel van een instrumentele behandeling.

Afbakening

- De behandeling is gestart wanneer het pakketje met instrumenten is geopend;
- Alle activiteiten voorafgaand aan, op en na de behandeldag gerelateerd aan het afbreken van de zwangerschap zijn onderdeel van de prestatie, dus inclusief consulten, nazorg en nacontrole.

Voorwaarden

- De behandeling vindt plaats in de kliniek;
- De zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd conform de geldende richtlijnen en standaarden;
- Het afbreken van de zwangerschap wordt geregistreerd in het dossier van de cliënt;
- Bij elke zwangerschap kan slechts één zwangerschapsafbreking worden gedeclareerd.

9. Plaatsing langdurige anticonceptie

Doel

Betreft plaatsing van langdurige anticonceptie tijdens, direct na of kort na de dag waarop de zwangerschapsafbreking in de kliniek heeft plaatsgevonden.

Afbakening

- Deze prestatie kan alleen worden gedeclareerd wanneer de vrouw een zwangerschapsafbreking in de kliniek heeft ondergaan;
- Anticonceptie-advies voorafgaand aan de plaatsing is onderdeel van de prestatie;
- Alle gesprekken of controles na afloop van de plaatsing zijn onderdeel van de prestatie;
- Levering van het materiaal/device is geen onderdeel van deze prestatie;
- Bij plaatsing direct na een instrumentele behandeling vindt echocontrole plaats (NGvA richtlijn) als onderdeel van deze prestatie;
- Ook gesprekken en (echo)controles bij complicaties, klachten of ongerustheid zijn onderdeel van de prestatie.

Voorwaarden

- Conform NHG standaard moet het soa-risico bij plaatsing worden besproken;
- De langdurige anticonceptie wordt geplaatst tijdens, direct na of enkele dagen na de dag waarop de zwangerschapsafbreking in de kliniek heeft plaatsgevonden;
- Het plaatsen van de langdurige anticonceptie wordt geregistreerd in het dossier van de cliënt;
- De prestatie kan slechts één maal per zwangerschapsafbreking worden gedeclareerd.

Bijlage B – Specifieke uitgangspunten voor de ruimtebehoefte

Bij het bepalen van de ruimtebehoefte wordt uitgegaan van een aantal specifieke uitgangspunten. Deze uitgangspunten worden hieronder beschreven om aan VWS en de klinieken meer begrip te geven van de totstandkoming van de ruimtebehoefte.

De benodigde oppervlakte van de normkliniek

De benodigde oppervlakte van de normkliniek bedraagt 620 m², dit gaat uit van een berekend nuttig vloeroppervlak (NO) van 413 m² met een opslag van 50% om tot het bruto vloeroppervlak (BVO) te komen (zie ook de hiervoor genoemde notitie). Het verschil tussen NO en BVO is de factor die nodig is tussen de nuttige oppervlakte (de binnenzijde van de ruimtes) en de bruto oppervlakte (de buitenmaten van het gebouw). Naast NO en BVO wordt bij de ruimtebehoefte ook onderscheid gemaakt naar de verhuurbare oppervlakte (VVO). Deze ruimtedefinitie wordt doorgaans gebruikt in huurcontacten. VVO wordt geacht 85% van het BVO te zijn.

Het gaat hierbij om hetzelfde gebouw, met dezelfde kosten, maar met verschillende definities van de oppervlakte, die van elkaar kunnen worden afgeleid. Het aantal VVO is meegenomen in de ruimtebehoefte, zodat hier later zo nodig mee gerekend kan worden bij de huur van een pand. In dit kostenonderzoek is de benodigde ruimte getoetst aan de praktijk, waarbij gekeken is naar eventueel noodzakelijke aanpassingen in de benodigde ruimte als gevolg van veranderingen in behandelingen, dan wel relevante wet- en regelgeving. Als gevolg van deze toets is de normkliniek aangepast van 567 m² naar 620 m².

Sterilisatie buiten de kliniek

Een aantal abortusklinieken beschikt over eigen sterilisatiefaciliteiten voor reiniging, desinfecteren, samenstellen/inpakken en steriele opslag. De sterilisatiewerkzaamheden worden dan in eigen beheer door gespecialiseerde sterilisatiemedewerkers uitgevoerd. Dit leidt tot een verhoogd ruimtebeslag bij volledige sterilisatievoorzieningen in de abortuskliniek zelf. Bij uitbesteding van de sterilisatie volstaat een gescheiden steriele ontvangst, opslagruimte steriele opslag en vuile opslag. Bij uitbesteden zijn andere vierkante meters nodig, maar er zijn nog steeds kosten aan verbonden. Daarom is gekozen om het steriliseren als zodanig in het ruimtebeslag te verwerken. Door de klinieken kan dan de keuze gemaakt worden om het steriliseren al dan niet uit te besteden. Vanuit ons onderzoek is het proces van steriliseren in beeld gebracht en daar is de ruimtebehoefte voor reinigen, desinfecteren en steriliseren uit voortgekomen. Het is logisch dat de ruimte van ontvangst en beheer komt te vervallen, want bij steriliseren in eigen beheer is dat niet nodig (het is of het een of het ander). Het ruimtebeslag wordt nu opgenomen, en daarmee kan de kliniek zelf de keuze maken.

Tabel ruimtebehoefte

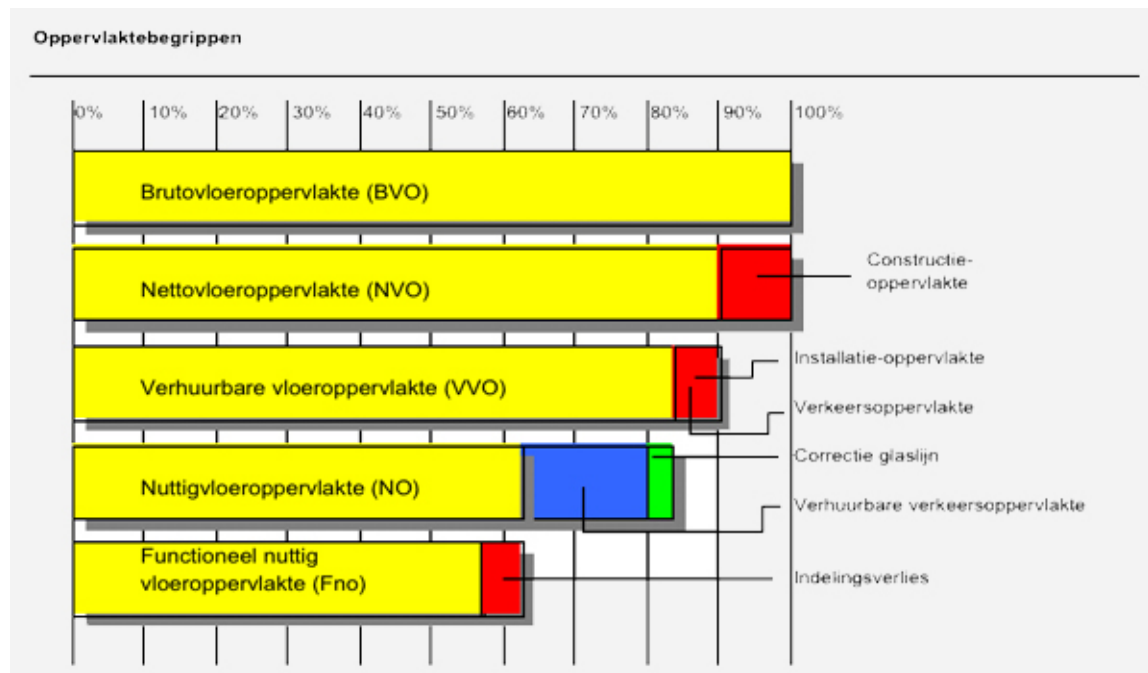
In de eerdere beleidsregels zijn steeds meerdere behandelcapaciteiten met elkaar vergeleken. Omdat in de praktijk gemakkelijk onduidelijkheid kan ontstaan over de omvang van de normkliniek hebben wij voor de beeldvorming ook in dit deel van het eindrapport een ruimtebehoefte-opstelling gemaakt voor een kliniek van zowel 2.000 als 4.000 behandelingen. In de opstelling is eveneens zichtbaar gemaakt hoe de ruimtebehoefte zich verhoudt tot de eerdere beleidsregels van 2004 en 2011.

	2004	2011	2018	2004	2011	2018
aantal equivalente behandelingen	2000	2000	2000	4000	4000	4000
behandelkamers	1	1	1	2	2	2
Functioneel nuttige oppervlakte in	m2	m2	m2	m2	m2	m2
Ontvangst en intake						
receptie	12	12	12	20	20	20
wachtruimte	20	20	25	40	40	50
toilet cliënten	15	15	15	20	20	20
rolstoel toilet	5	5	5	5	5	5
spreekruimtes intake en voorlichting	14	14	28	28	28	42
spreekkamer med. en seksuele hulpverlening	pm (min. 14)	14	0	pm (min. 14)	28	0
onderzoekruimte	15	15	15	30	30	30
laboratorium	pm	-	2	pm		2
afname cabine / prikpunt	5	-	1	5		1
telefoonnis	2	2	0	2	2	0
behandeling en nazorg						
prostaglandineruimte			12			20
behandelkamer	25	25	25	50	50	50
afgescheiden onderzoekshoek	5	5	5	10	10	10
rust/verkoeverkamer	60	60	70	100	100	115
kleedcabines (inclusief Patiëntendouche)	9	9	9	15	15	15
garderobe, wastafel, deur per ruimte	6	6		12	12	
verpleegkundige post			6			6
Steriliseren instrumentarium						
Vuile ruimte (reinen)	pm	-	8	pm		8
Schone ruimte (desinfecteren)			8			8
Steriele ruimte (steriliseren)			8			8
Steriele ontvangst en beheer goederen	22	22		22	22	
steriele opslag goederen	12	12	12	24	24	24
personeelsaccommodatie						
werkrumte directeur / vergaderruimte	40	30	30	40	40	40
werkrumte arts	pm	14	14	14	14	14
werkplekken indirect personeel	24	12	12	36	24	24
personeelsruimte	18	18	18	25	25	25
garderobe/douche	18	18	18	22	22	22
toiletten	5	5	5	5	10	5
Berging en opslag						
archief	20	20	20	31	31	35
magazijn/algemene berging	18	18	20	26	26	30
werkkast	4	4	4	4	4	4
medicijnenberging			3			6
opslag biol.afval	3	3	3	6	6	6
nuttige vloeroppervlakte	377	378	413	592	608	645
verhuurbaar vloeroppervlak	480	482	527	757	775	822
bruto vloeroppervlakte	565	567	620	890	912	968

Toelichting bij tabel Ruimtebehoefte

Algemeen

De ruimtebehoefte kan worden uitgedrukt in verschillende oppervlaktebegrippen. In de NEN 2580 is een standaard uitgewerkt hoe deze verschillende oppervlaktebegrippen zich tot elkaar verhouden. Onderstaand is een grafische weergave opgenomen van de verschillende ruimtebegrippen:



De berekening van de ruimtebehoefte wordt uitgedrukt in de nuttige vloeroppervlakte (gebaseerd op NEN 2580). Dit zijn de netto afmetingen van alle nuttige ruimten, inclusief berging, en sanitair. Om van de nuttige vloeroppervlakte naar de bruto vloeroppervlakte te komen wordt een opslag van 50% gedaan (factor 1,5). Hierin zijn o.a. begrepen de technische ruimten voor gebouwinstallaties en separatiewanden en scheidingsconstructies tussen gebruiksfuncties (zoals deuren).

In het schema hieronder is de relatie tussen de diverse vloeroppervlakten overeenkomstig NEN 2580 weergegeven:

Schema vloeroppervlakten volgens NEN 2580

bruto vloeroppervlakte	netto vloeroppervlakte	nuttige oppervlakte, volgens bouwplan	nuttige oppervlakte, geprogrammeerd
			ontwerpverliezen
			verkeersoppervlakte
			installatieoppervlakte
	tarra vloeroppervlakte		constructieoppervlakte
			ruimten lager dan 1,5 m

De bruto vloeroppervlakte wordt als volgt berekend:

*totale nuttige oppervlakte, geprogrammeerd		100%	
*ontwerpverliezen	ca.	4%	
Totale nuttige oppervlakte volgens bouwplan		104%	
*verkeersoppervlakte	} hierover:	ca. 30%	t.o.v. nuttige opp. volgens bouwplan
*installatie-oppervlakte			
Totale netto vloeroppervlakte	ca.	135%	t.o.v. nuttige opp., geprogrammeerd
*tarra vloeroppervlakte (constructie) hierover:	ca.	10%	t.o.v. netto opp.
Totale bruto vloeroppervlakte, afgerond (betreft uitsluitend aan alle zijden omsloten en overdekte oppervlakte, conform NEN 2580)		150%	t.o.v. nuttige opp., geprogrammeerd

De verhuurbare oppervlakte (VVO) sluit aan bij de maatstaf die bij een verhuurder als het gehuurde in het contract wordt opgenomen. Dit is in de regel 85% van het bruto vloeroppervlak. Bij zowel het huurmodel als het eigendomsmodel wordt gerekend met dezelfde vierkante meters. Klinieken dienen zich er echter bewust van te zijn dat het aantal vierkante meters volgens een huurcontract ongeveer 85% van het bruto vloeroppervlak bedraagt. In een rekenvoorbeeld is dit als volgt uit te leggen.

Rekenvoorbeeld oppervlaktematen

Een kliniek doet 3.000 behandelingen per jaar. Op basis van de normkliniek krijgt de kliniek een vergoeding voor 620 vierkante meter BVO gebaseerd op 2.000 behandelingen. Dit is omgerekend 930 vierkante meter BVO bij 3.000 behandelingen ($620 \text{ m}^2 \cdot 2.000 \times 3.000$).

De kliniek wil een nieuw pand huren en benadert een verhuurder. De vraag aan de verhuurder luidt in dit geval om een pand te huren van $(85\% \times 930 \text{ m}^2) = 790$ vierkante meter VVO. In het contract komt te staan dat de kliniek een pand huurt van 790 vierkante meter. Dit pand is 930 vierkante meter gerekend in BVO.

Ter vergelijking en voor het begrip is ook de ruimtebehoefte van een kliniek met 4.000 behandelingen uitgewerkt. Een kliniek met 2.000 behandelingen heeft ongeveer 600 vierkante meter nodig. Een kliniek met 4.000 behandelingen wordt door de NHC dus vergoed voor 1.200 vierkante meter, terwijl er maar ongeveer 900 vierkante meters nodig is. Hoe groter de kliniek, hoe groter het voordeel. Hoe kleiner de kliniek, hoe groter het nadeel. De beleidsmatige mix tussen omvang en regionale bereikbaarheid is door VWS gesteld op een minimale omvang van 2.000 equivalente behandelingen.

Niet gewijzigde ruimten

De volgende ruimten zijn qua ruimtebehoefte niet gewijzigd ten opzichte van 2011 omdat er vanuit de kant van de klinieken en de onderzoekers geen aanleiding was om deze ruimten aan te passen: receptie, toilet cliënten, rolstoel toilet, onderzoeksruimte, behandelkamer, afgescheiden onderzoekshoek, personeelsaccommodaties (werkruimte directeur, vergaderruimte, werkruimte arts, werkplekken indirect personeel, personeelsruimte, garderobe/douche, toiletten), berging en opslag (werkkast). Dit geldt zowel voor de normkliniek met 2.000 behandelingen als de grote kliniek met 4.000 behandelingen.

Wachtruimte

De wachtruimte is vergroot met 5 vierkante meter, om meer mogelijkheden te geven voor privacy van cliënten.

Spreekkamers

In de beleidsregels werd onderscheid gemaakt tussen spreekruimtes voor intakegesprekken en een spreekkamer voor seksuele hulpverlening. Seksuele hulpverlening is niet direct abortus gerelateerd, anticonceptievoorlichting wel. Omdat bij circa 1/3 van de cliënten sprake is van herhaalde abortus wordt aandacht voor anticonceptie belangrijk geacht. In de praktijk worden de spreekruimtes voor meerdere doeleinden gebruikt. Daarom is volstaan met 2 spreekkamers / intake kamers van 14 m² op te nemen, die voor meerdere doeleinden kunnen worden gebruikt. Voor de grote kliniek met 4.000 behandelingen kan worden volstaan met 3 spreekkamers / intake kamers (42 m²), wat een voordeel oplevert ten opzichte van de normkliniek.

Laboratorium & Prikpunt

In de praktijk wordt gebruik gemaakt van een lab in de vorm van een aanrechtblad van 1 á 2 m², waar bloedonderzoek wordt uitgevoerd. Een lab van 2 m² wordt toereikend geacht in combinatie met een prikpunt van 1 m² (voor zowel 2.000 als 4.000 behandelingen).

Telefoonnis

De telefoonnis wordt als overbodig beschouwd in deze tijd van mobiele telefonie.

Prostaglandineruimte

De prostaglandineruimte wordt gebruikt nadat prostaglandine is toegediend (oraal in pilvorm). Voor een eerste trimester is ongeveer ½ tot 1 uur inwerking nodig. Dit is met name relevant voor 1^e trimesterbehandelingen. Bij een 2^e trimesterbehandeling wordt in feite rekening gehouden dat het bed de hele dag in gebruik is door de cliënte. De inwerktijd is dan ook langer (2-3 uur) en gaat vaak gepaard met meer klachten (zoals overgeven).

Indien hier een bed voor wordt gebruikt, dan kan dat bed niet gebruikt worden door iemand die net uit behandeling komt.

Het gebruik van een prostaglandineruimte verhoogt daarmee de logistieke behandelcapaciteit. Bij een aparte prostaglandineruimte is het ook makkelijker om in de gaten te houden wie behandeld moet worden (bij het gebruik van bedden voor behandeling en na behandeling vindt vermenging plaats van cliënten die reeds behandeld zijn met cliënten die nog behandeld moeten worden, wat het proces bemoeilijkt, terwijl dit gescheiden blijft met de prostaglandineruimte).

Na toediening van prostaglandine is het niet toereikend om de cliënte terug te plaatsen in de wachtkamer, omdat de behandeling inmiddels is begonnen, er ontstaan weeën bij de behandelde en deze dient in de gaten gehouden te worden door de verpleging. Bij de abortuspil kan terugplaatsing in de wachtkamer wel, maar inneming van de abortuspil wordt in de regel thuis gedaan.

Door toevoeging van de prostaglandineruimte stijgt de behandelcapaciteit aangezien rekening gehouden wordt met een normkliniek gebaseerd op behandelcapaciteit. Dit betekent dat er dan voor hetzelfde aantal behandelingen minder bedden nodig zijn. Dit zijn communicerende vaten. Omdat het toedienen van prostaglandine een nieuwe toepassing is, is deze ruimte toegevoegd zonder bedcapaciteit in te leveren. In de ruimtebehoefte is 20 m² gerekend voor een kliniek met 4.000 behandelingen en 12 m² voor de normkliniek (2.000 behandelingen).

Rust- & verkoeverkamer / garderobe, wastafel, deur per ruimte

Bij een behandelcapaciteit van 8 per dag (1^e trimester equivalenten) zou mogelijk kunnen worden volstaan met 2 of 3 bedden. Doordat in de praktijk (ook bij een kliniek van 700 of 2.000 behandelingen) in piekperioden de maximale capaciteit van een dag wordt opgezocht (rond de 15 behandelingen), zijn meer bedden wenselijk. Daarnaast dienen ook 6 behandelingen 2^e trimester plaats te kunnen vinden, die de hele dag een bed in beslag nemen en waarvoor minimaal 6 bedden beschikbaar moeten zijn. In de ruimtebehoefte wordt daarom vastgehouden aan 6 bedden.

De garderobe (in de praktijk kluisjes op de rustkamer) en de wastafel worden geacht in de rustkamer te worden opgevangen. De norm voor de rustkamer is $3,2 \times 3,5 = 11,2 \text{ m}^2$ per bed; 6 bedden = $67,2 \text{ m}^2$. Dit is in de ruimtebehoefte afgrond op 70 m^2 , waarbij de kluisjes en de wastafel op de kamer inbegrepen zijn. De deur dient van NO (nuttig vloeroppervlak) naar BVO (bruto vloeroppervlak) te worden opgevangen. Voor 4.000 behandelingen wordt gerekend met in totaal 10 bedden ($10 \times 11,2 \text{ m}^2$ per bed; 10 bedden = 112 m^2 (om dezelfde redenen naar boven afgerond, op 115 m^2)).

Kleedcabines

Kleedcabines zijn in de praktijk inbegrepen in de rustkamer door middel van een gordijn om het bed heen. De ruimte is gehandhaafd, omdat rekening gehouden wordt met een cliëntendouche (9 m^2 bij 2.000 en 15 m^2 bij 4.000 behandelingen). De douche wordt in de praktijk weinig gebruikt, maar is wel een verplichting.

Verpleegkundige post

De verpleegkundige post (6 m^2) is op verzoek van de klinieken opgenomen in de opstelling voor de normkliniek. Dit is aannemelijk gemaakt vanuit de praktijk en daarom overgenomen in de ruimtebehoefte. De benodigde ruimte is onafhankelijk van het aantal behandelingen (2.000 of 4.000).

Ruimte voor steriliseren

Vanuit de klinieken is de wens uitgesproken om de benodigde ruimte voor steriliseren transparant zichtbaar te maken. In de tariefstructuur van het vorige kostprijsonderzoek is de activiteit voor steriliseren opgenomen als een toeslag op de ruimtebehoefte. In de beleidsregel van 2004 is een benodigde NO van 70 m^2 benoemd. Dit gaat echter uit van een hoog volume te steriliseren goederen per jaar, uitgedrukt in standaardeenheden (STE). De abortusklinieken hebben een relatief laag volume STE. Een eigen CSA (centrale sterilisatie afdeling) lijkt daarmee alleen relevant voor grote abortusklinieken. Bij kleinere klinieken (waaronder de normkliniek) zal dat omslagpunt waarschijnlijk nog niet zijn bereikt. Echter, ook aan het uitbesteden van steriliseren zijn kosten verbonden die gedekt moeten worden. In de ruimtebehoefte zijn de vierkante meters naar verhouding opgenomen, in tegenstelling tot de opslag zoals die eerder werd verwerkt. Op deze wijze is er meer transparantie in de opbouw van de kostenstructuur. Rekening wordt gehouden met het uitgangspunt dat de berekende vierkante meters als substituut dienen voor het uitbesteden van de sterilisatiewerkzaamheden. Indien de werkzaamheden intern worden uitgevoerd, is geen ruimte nodig voor steriele ontvangst en beheer van de goederen.

In de praktijk wordt steeds meer gewerkt met disposable instrumentarium. NHG spreekt hier ook een voorkeur voor uit²⁰. Dit betekent dat het steriliseren in feite alleen van toepassing is op klinieken die 2^e trimesterbehandelingen uitvoeren. Indien het steriliseren niet wordt uitbesteed, is er een ruimte voor nodig om de vieze spullen te reinigen, vervolgens te desinfecteren (in wasmachine of chemisch) en daarna te steriliseren (in autoclaaf). Belangrijk is dat vuil en schoon als gescheiden processen uit elkaar gehouden worden. Hierdoor is ruimte nodig voor de opvolgende fases

²⁰ www.nhg.org/themas/publicaties/reiniging-en-desinfectie-sterilisatie-van-instrumentarium.

(gebruik/reiniging/desinfecteren/sterilisatie/opslag). Om het onderscheid beter te duiden is in de ruimtebehoefte onderscheid gemaakt tussen de 'vuile' ruimte van 8 m² (waar het reinigen plaatsvindt, de 'schone' ruimte van 8 m² (waar het desinfecteren plaatsvindt) en de 'steriele' ruimte van 8 m² (waar het steriliseren plaatsvindt)²¹. Voor de noodzakelijke ruimte (in totaliteit 24 m²) is geen onderscheid tussen 2.000 en 4.000 behandelingen van toepassing, omdat de minimale capaciteit reeds voldoende wordt geacht voor het steriliseren van de hoeveelheid non disposable instrumenten.

Opslag van steriel materiaal is apart opgenomen (12 m²). Dit is ruim gerekend, kijkend naar de praktijk. De opslag vindt plaats in de buurt van of in de behandelkamer. Bij het bewaren van ongeveer 2 dag voorraden is de hoeveelheid van 2 rolcontainers aan spullen opgeslagen. Voor de normkliniek betekent dat 6 kubieke meter. De opgenomen 12 m² is daar voldoende toereikend voor (en 24 m² bij 4.000 behandelingen).

Archiefruimte

Wat in de praktijk veel ruimte in beslag neemt zijn de cliëntendossiers (die 15 jaar bewaard moeten worden) en de financiële dossiers (die 7 tot 10 jaar bewaard moeten worden). Hoewel steeds meer digitaal wordt opgeslagen hebben een aantal klinieken nog steeds een groot papieren archief. In de praktijk zijn voorbeelden zichtbaar van ongeveer 20-25 stellingkasten, met een ruimtebeslag van ongeveer 35 m². Dit is naar verhouding van de normkliniek ongeveer 20 m². In de ruimtebehoefte wordt het archief bij een kliniek van 4.000 behandelingen verhoogd naar 35 m². De normkliniek blijft navenant gehandhaafd op 20 m² voor de normkliniek.

Magazijn / Algemene berging

Nieuwe kledingvoorschriften leiden tot meer beschermende kleding, welke ook opgeslagen moet worden. Indien vaak wordt besteld wordt kan de magazijnruimte kleiner zijn, maar dan is het personeel echter vaker bezig met bestellen. In de ruimtebehoefte is aangesloten bij de wens van de klinieken (archiefruimte van 20 m² bij 2.000 behandelingen en 30 m² bij 4.000 behandelingen). Opslag van stoffen en gassen worden geacht inbegrepen te zijn in deze ruimte (niet fysiek, maar qua ruimtebeslag).

Medicijnberging

Veel medicatie wordt geleverd door de apotheker. Dat betekent dat veel preparaten niet direct in grote aantallen aanwezig zullen (moeten) zijn bij de klinieken. Uitgaande van wekelijkse bestelling bij een normkliniek van 2.000 behandelingen wordt een ruimte van 3 m² toereikend geacht bij 2.000 behandelingen en 6 m² bij 4.000 behandelingen).

Opslag biologisch afval

De klinieken hebben de wens uitgesproken om de opslag van biologisch afval te verhogen van 3 naar 10 m². Verondersteld wordt dat dit wordt verklaard door meer opslag i.v.m. disposable instrumentensets en niet vanwege het abortusweefsel. Dit is alleen van toepassing als met disposables wordt werkt hetgeen zich voornamelijk voordoet bij 1^e trimester klinieken. Deze hebben echter geen sterilisatie ruimte nodig. Daarom hoeft deze extra ruimte niet vergroot te worden, want dit zit verdisconteerd als substituuut in de vierkante meters van de CSA. Het gebruik van zowel disposable instrumenten als non disposable instrumenten wordt niet voldoende kostenefficiënt geacht en wordt daarom niet als zodanig vergoed. De ruimtebehoefte is daarom op de oorspronkelijke oppervlakte gehandhaafd (3 m² bij 2.000 behandelingen en 6 m² bij 4.000 behandelingen).

²¹ Op grond van het commentaar in de klankbordgroepvergadering van 14 november zijn de ruimten vergroot van 6 m² naar 8 m².



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas