
Beleidsregel functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummer 1, van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992, met uitzondering van de categorale ziekenhuizen (CTG categorie 011).
- b. De beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2006 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c. De goedgekeurde beleidsregel CI-869, met betrekking tot dit onderwerp en de in a. genoemde categorieën voor gezondheidszorg geldt, wordt hiermee beëindigd.
- d. De termijn waarvoor de beleidsregel geldt is: onbepaald.
- e. De in deze beleidsregel genoemde bedragen zijn gebaseerd op loonkostenniveau/prijspeil 2005.
- f. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "Beleidsregel functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen".

2. DEFINITIES**Adherentie**

Een rekeneenheid die tot uitdrukking brengt de mate waarin de bevolking gebruik maakt van de klinische, poliklinische en dagverplegingscapaciteit van een ziekenhuis.

(Gewogen) Specialisteneenheden / functie-eenheden voor de medisch-specialistische functie-uitoefening

Bij de budgetbepaling wordt uitgegaan van het gewogen aantal zogenaamde poortspecialisten. Als poortspecialisme worden de volgende specialismen onderscheiden:

internisten
geriaters
longartsen
cardiologen
reumatologen
maag-/darmartsen
allergologen
kinderartsen
chirurgen
orthopeden
urologen
plastisch chirurgen
neurochirurgen
cardio-pulmonale chirurgen
gynaecologen
oogartsen
KNO-artsen
dermatologen
neurologen
neuroloog/zenuwarts
liaisonpsychiaters

revalidatieartsen
tandarts-specialisten voor:
– mondziekten en kaakchirurgie
– dentomaxillaire orthopedie

Voor de bepaling van het aantal specialisteneenheden is de beleidsregel capaciteitswijzigingen van toepassing.

In onderstaande tabel zijn de wegingsfactoren aangegeven.

Tabel 1 Specialistenwegingsfactoren

Specialisten	wegingsfactoren voor:
	<u>classificatie</u> <u>functieniveau</u>
internisten	1,26
geriaters	1,75
longartsen	1,52
cardiologen	1,23
reumatologen	0,88
maag-/darmartsen	1,26
allergologen	0,20
kinderartsen	0,73
chirurgen	1,47
orthopeden	1,45
urologen	0,93
plastisch chirurgen	0,66
neurochirurgen	1,09
cardio-pulmonale chirurgen	2,14
gynaecologen	0,73
oogartsen	0,18
KNO-artsen	0,25
dermatologen	0,37
neurologen	1,24
neuroloog/zenuwarts	0,90
liaisonpsychiaters	1,07
revalidatieartsen	0,66
radiotherapeuten	0,93 (alleen voor opname)
tandarts-specialisten voor:	
- mondziekten en kaakchirurgie	0,53
- dentomaxillaire orthopedie	0,37
anesthesisten (pijnbestrijding)	1,64 (alleen voor opname en polikliniekbezoek)

Bij de vaststelling van het budget van de instelling wordt gebruik gemaakt van de gewogen specialisteneenheid. Het aantal poortspecialisten vermenigvuldigd met de in bovenstaande tabel genoemde wegingsfactoren geeft het aantal gewogen specialisteneenheden.

Het gewogen aantal specialisteneenheden is bepalend voor de groepsindeling van het ziekenhuis (zie onderdeel 3 van deze beleidsregel) en voor de waardering van de parameters specialisteneenheid alsmede voor de berekening van het aantal gewogen opnamen en eerste polikliniekbezoeken.

Erkend bed

De eenheid van capaciteit van de instelling, als zodanig bepaald in de op basis van artikel 5 van de WTZi. De capaciteitseenheid omvat, naast de in de toelating opgenomen bedden voor bijzondere functies, eveneens de wiegen voor gezonde zuigelingen en het aantal plaatsen voor dagverpleging.

Capaciteitseenheden

Voor de bepaling van de aantallen voor de budgetberekening in aanmerking te nemen capaciteitseenheden (bedden, specialisteneenheden en de capaciteitseenheden voor de bijzondere functies) zoals in deze beleidsregel bedoeld, is de beleidsregel capaciteitswijzigingen van toepassing.

(Gewogen) Opname

De aanvang van een verblijf in een erkende instelling, waarvoor één of meer verpleegdagen in rekening zijn te brengen. Een geboorte in een ziekenhuis, behoudens als deze poliklinisch gebeurt, wordt als opname beschouwd. Interne verplaatsingen worden niet als een nieuwe opname gerekend. De opname, vermenigvuldigd met de in tabel 1 vermelde wegingsfactor, geeft de gewogen opname.

Verpleegdag

Een in rekening te brengen kalenderdag, die deel uitmaakt van de periode (waarin ook de Tijdelijke Regeling Ziekenhuisverblijf van toepassing kan zijn) vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname – mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur – en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een in rekening te brengen kalenderdag.

(Gewogen) Eerste polikliniekbezoek

Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal in het ziekenhuis een medisch specialist van een bepaald poortspecialisme consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd en gedeclareerd indien in de twaalf maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Bij een eerste polikliniekbezoek moet sprake zijn van:

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist (specialist of arts-assistent)
- "hulp door of vanwege het ziekenhuis", de locatie (polikliniek, buitenpolikliniek, verpleeghuis) zal in het lokaal overleg kunnen worden meegenomen.

Niet als eerste polikliniekbezoek worden aangemerkt:

- medische keuringen
- intercollegiale consulten
- medebehandeling van klinische patiënten
- overname van klinische patiënten

Bezoeken aan het ziekenhuis waarbij op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts) onderzoek en behandeling plaatsvindt (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) en telefonische consulten voldoen niet aan het criterium "face-to-face-contact" en kunnen derhalve niet als eerste polikliniekbezoek worden aangemerkt.

Het aantal gewogen eerste polikliniekbezoeken wordt berekend door de eerste polikliniekbezoeken per specialisme te vermenigvuldigen met de in tabel 1 vermelde wegingsfactoren.

Dagverpleging - 1

Een, een aantal uren durende, vorm van verpleging in een ziekenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist.

Dagverpleging – 2

Onder de dagverpleging-2 wordt verstaan een dagverpleging-1 waarbij een verrichting uit de tariefgroepen C001 –C007 uit de tarieflijst instellingen plaatsvindt

Totale knieoperatie

De behandelingseenheid zoals genoemd onder code 190306 in de beleidsregel verrichtingenlijst.

Totale heupoperatie

De behandelingseenheid zoals genoemd onder code 190305 in de beleidsregel verrichtingenlijst.

Bijzondere voorzieningen/functionies

Voor de toepassing van de beleidsregelbedragen voor de bijzondere voorzieningen/functionies geldt als voorwaarde dat, indien voor de uitoefening van deze functie(s) een vergunning op grond van de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen noodzakelijk is, aan het betrokken algemeen ziekenhuis door het Ministerie van VWS voor de uitoefening van deze functie/voorziening vergunning is verleend op grond van de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen.

Voor de bepaling van het aantal capaciteitseenheden voor de bijzondere functies is de beleidsregel capaciteitswijzigingen van toepassing.

Intensive care verpleging

De behandel eenheid zoals genoemd onder code 190115 in de beleidsregel verrichtingenlijst. Voor de bepaling van de aanvaardbare kosten worden per ziekenhuis de eerste 1.000 Beademingsdagen buiten beschouwing gelaten. Beademingsdagen tellen alleen voor het budget mee indien sprake is van deelname aan de verplichte registratie van beschikbare plaatsen.

Neurochirurgie

Het aantal calculatorische bedden ten behoeve van het uitoefenen van de functie neurochirurgie, van een ziekenhuis dat een vergunning heeft in het kader van het Planningsbesluit Neurochirurgie, d.d. 23 augustus 2001 en zolang wordt voldaan aan de voorwaarden zoals genoemd in de bijlage bij voornoemd Planningsbesluit.

Het aantal calculatorische bedden van een ziekenhuis ten behoeve van het uitoefenen van de functie neurochirurgie wordt als volgt berekend: het aantal in de periode 1994 tot en met 1995 gerealiseerde neurochirurgische ingrepen, vermeld onder de code 190111 van de beleidsregel verrichtingenlijst, vermenigvuldigd met een gemiddelde verpleegduur van 16 verpleegdagen.

Het aantal calculatorische bedden is gelijk aan het op bovenstaande wijze berekende aantal calculatorische verpleegdagen gedeeld door 620 (naar boven afronden op 1).

Thalamusstimulatie

Het aantal implanteerbare stimulators bij instellingen die op grond van artikel 2 WBMV in het Planningsbesluit Neurochirurgie zijn aangewezen als centrum voor neurostimulatie bij bewegingsstoornissen.

Nervus Vagus stimulatie

Het aantal implanteerbare stimulators bij instellingen die op grond van artikel 2 WBMV in het Planningsbesluit Neurochirurgie zijn aangewezen als centrum voor Nervus Vagus stimulatie.

Derdelijks Obstetrische Zorg

Er is sprake van derdelijns obstetrische zorg indien bij de vrouw sprake is van ernstige obstetrische complicaties(bijvoorbeeld pre-eclampsie, hellp-syndroom of extreem hoge bloeddruk) dan wel als verwacht wordt dat het kind op de neonatale IC moet worden opgenomen.

Dit is het geval bij een verwachte zwangerschapsduur van 24 tot 32 weken, bij een verwacht geboortegewicht van minder dan 1.200 gram of bij een verwachte afwijking die subspecialistische diagnostiek of behandeling in de eerste levensdagen noodzakelijk maakt. Tot een week na de partus is de vrouw geïndiceerd voor de derdelijns obstetrische zorg.

Neonatale Intensive Care

Neonatale intensive care is geïndiceerd bij pasgeborenen met een zwangerschapsduur van 24 tot 32 weken of en geboortegewicht minder dan 1.200 gram, bij pasgeborenen met ernstig gestoorde vitale functies en bij pasgeborenen met ernstige afwijkingen die subspecialistische diagnostiek en/of behandeling in de eerste levensdagen noodzakelijk maken.

De neonatale intensive care is vergunningplichtig op grond van artikel 2 WBMV.

Post IC High Care

Er is sprake van post IC High care als na een opname op de neonatale intensive care noodzaak bestaat tot intensieve behandeling en bewaking. Dit is het geval indien sprake is van ten minste twee van de volgende behandelingen en/of vormen van bewaking: CPAP/ low flow, continue parenterale medicatie ter ondersteuning van één of meer vitale functies, meervoudige medicamenteuze therapie

(exclusief vitaminen en andere voedingssupplementen), centrale lijn voor parenterale voeding, invasieve bloeddrukmeting, en blaascatheter. Om van de intensive care overgeplaatst te worden naar de post-IC High care dient de leeftijd van het kind, inclusief de zwangerschapsduur minimaal 29 à 30 weken te zijn en het gewicht minimaal 1.000 gram.

De post IC high care bedden kunnen zich ook bevinden buiten het perinatologisch centrum.

Brandwondenzorg

Het aantal bedden ten behoeve van het uitoefenen van de functie brandwondenzorg, zoals deze zijn vermeld in de toelating ingevolge de WTZi.

Chronische intermitterende beademing

Het aantal bedden ten behoeve van het uitoefenen van de functie chronische intermitterende beademing, als bedoeld in het Besluit chronisch intermitterende beademing ziekenfondsverzekering (Staatscourant 1973, 9), zoals deze zijn vermeld in de toelating ingevolge de WTZi.

Dialyse

Onder dialyse worden de volgende behandelingseenheden verstaan, zoals deze zijn opgenomen in de beleidsregel verrichtingenlijst.

	Volgens code
hemodialyse	192051
CAPD	192061
hemodialyse met EPO	192052
CAPD	192062
thuisdialyse	192053
idem met EPO	192054
idem met VDA	192055
idem met EPO + VDA	192056
CCPD met dialysemiddelen	192063
CCPD met dialysemiddelen met EPO	192064
CAPD: continue ambulante peritoneale dialyse	
CCPD: continue cyclische peritoneale dialyse	
EPO: erythropoëetine	
VDA: verpleegkundige dialyse assistentie	

Hartoperatie

Een operatie aan het hart- en vaatstelsel met extracorporale circulatie, overeenkomend met de behandelingseenheid genoemd onder de codes conform bijlage 2 bij deze beleidsregel. Onder hartoperatie wordt tevens verstaan hartritmechirurgie.

Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek (PTCA)

Een behandelingseenheid genoemd onder de codes 192007 en 192009 in de beleidsregel verrichtingenlijst.

Cardiovasculaire stents bij PTCA-behandelingen

De verrichting zoals genoemd onder code 190313 in de beleidsregel verrichtingenlijst.

AICD-implantatie

Een ingreep zoals genoemd onder de code 192011 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Catheterablatie

Een ingreep zoals genoemd onder de codes 192013 en 192015 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie omvat de behandelingseenheid genoemd onder code 079997 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Revalidatiebehandeluur (RBU)

Een eenheid van behandeling, genoemd onder code 190041 in de Beleidsregel verrichtingenlijst. Indien sprake is van hartrevalidatie geldt code 190042.

HIV-opname

Opname van die patiënt die als HIV-geïnficeerde is geregistreerd bij de Stichting HIV-monitoring en behandeld wordt in een door het ministerie van VWS aangewezen centrumziekenhuis of subcentrum.

HIV-verpleegdag

Verpleegdag van die patiënt die als HIV-geïnficeerde is geregistreerd bij de Stichting HIV-monitoring en behandeld wordt in een door het ministerie van VWS aangewezen centrumziekenhuis of subcentrum.

HIV-eerste polikliniekbezoek

Eerste polikliniekbezoek van die patiënt die als HIV-geïnficeerde is geregistreerd bij de Stichting HIV-monitoring en behandeld wordt in een door het ministerie van VWS aangewezen centrumziekenhuis of subcentrum.

HIV-dagverpleging

Dagverpleging van die patiënt die als HIV-geïnficeerde is geregistreerd bij de Stichting HIV-monitoring en behandeld wordt in een door het ministerie van VWS aangewezen centrumziekenhuis of subcentrum.

HIV-monitoring

Ziekenhuizen die op grond van artikel 8 WBMV zijn aangewezen als HIV-behandel(sub-)centrum kunnen in aanmerking komen voor een verhoging van de aanvaardbare kosten ten behoeve van de monitoring van HIV-geïnficeerden. Het bedrag dient te worden afgedragen aan de Stichting HIV-monitoring.

Radiotherapie en radiotherapeutische behandelingen

Voor radiotherapie is de beleidsregel "Radiotherapie " van toepassing.

Landelijke organisatie donororgaan uitnameteams

De door VWS ex artikel 8 WBMV (Wet op bijzondere medische verrichtingen) aangewezen academische ziekenhuizen om landelijke organisaties van donororgaanuitnameteams (LDT's) op te zetten.

BAHA (Bone Anchored Hearing Aid)

De behandel eenheid, zoals genoemd onder code 190327 van de beleidsregel verrichtingenlijst. Het betreft de eerste implantatie van de BAHA. De parameterwaarde dekt tevens het servicecontract voor vijf jaar.

Traumacentra

Ziekenhuizen die op grond van de Beleidsvisie Traumazorg ex artikel 8 van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) d.d. 2 oktober 1998 zijn aangewezen als "traumacentrum" of als "traumacentrum met een helikoptervoorziening" kunnen in aanmerking komen voor een verhoging van de aanvaardbare kosten.

Multi-traumapatiënten (ISS >=16)

Voor instellingen met een erkenning als traumacentra kunnen de aanvaardbare kosten worden aangepast in verband met behandeling van multi-traumapatiënten ISS >= 16 (op basis van de door traumatologen uniform gehanteerde score-methode). De aanpassing geldt voor de mutatie van het aantal patiënten ten opzichte van het niveau 2005. Het betreft de behandel eenheid zoals genoemd onder code 190020 van de beleidsregel verrichtingenlijst.

Poliklinische cytostaticaverstrekking

De behandelingseenheid zoals genoemd onder code 190051 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Hoofd-halsoncologie

Het betreft de behandel eenheden zoals genoemd onder de codes 034170 t/m 034175 in de beleidsregel verrichtingenlijst. De aanvaardbare kosten kunnen worden aangepast in verband met behandeling van cavum oris, larynx en oropharynx patiënten. De aanpassing geldt voor de mutatie van het aantal patiënten ten opzichte van het niveau 2005.

Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland

Ziekenhuizen die op grond van het Planningsbesluit hartchirurgie / interventie cardiologie d.d. 19 februari 1996 een vergunning hebben om de functies hartchirurgie en interventiecardiologie uit te oefenen – en eventueel, op grond van de regeling hartritmestoornissen van 24 februari 1994 tevens een vergunning voor de behandeling van hartritmestoornissen – kunnen in aanmerking komen voor een verhoging van de aanvaardbare kosten.

Landelijke Neonatologie Registratie

Ziekenhuizen die op grond van het Planningsbesluit Perinatologische centra van 6 juli 2001 een vergunning hebben om de functie Neonatale Intensive Care uit te oefenen, kunnen in aanmerking komen voor een verhoging van de aanvaardbare kosten.

Hartrevalidatie

De behandelingseenheden zoals genoemd onder de code 193121 t/m 193125 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Ergotherapie

De behandelingseenheden zoals genoemd onder de code 193011 t/m 193013 van de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Eerstelijnsvoorzieningen/-functies

Laboratoriumonderzoeken ten behoeve van huisartsen

De behandelingseenheden voor klinisch-chemisch, hematologisch, serologisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek zoals genoemd in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Cervixcytologisch onderzoek ten behoeve van huisartsen/bevolkingsonderzoek

De behandelingseenheid zoals genoemd onder code 050509 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Röntgendiagnostiek ten behoeve van huisartsen

De behandelingseenheden zoals genoemd in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Functieonderzoeken ten behoeve van huisartsen

De behandelingseenheden zoals genoemd in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Poliklinische fysiotherapie / poliklinische logopedie/poliklinische ergotherapie

De behandelingseenheden zoals genoemd onder de codes 193001 t/m 193006, 193011 t/m 193013 en 193021 t/m 193023 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Poliklinische trombotest

De behandelingseenheid zoals genoemd onder code 079995 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Zelfmeting bloedstollingswaarden

Instellingen die trainingen en instructie geven over trombosepatiënten in het gebruik van apparatuur voor de zelfmeting van bloedstollingswaarden, krijgen voor de kosten hiervan een budgetaanpassing voor de training en eenmalige begeleiding/instructie. Daarnaast wordt voor de jaarlijkse begeleiding een vergoeding toegekend. De vergoedingen zijn inclusief de kosten van de apparatuur.

Poliklinische bevalling

De behandelingseenheid zoals genoemd onder code 190037 in de Beleidsregel verrichtingenlijst.

Orderkosten eerstelijns laboratoriumonderzoeken

Ordertarief: tarief ter dekking van de afname-, registratie- en declaratiekosten van het onderzoek, respectievelijk de onderzoeken voor een afname.

Afname: de afname/aanname van patiënten-materiaal (bloed, urine etc.) van een patiënt op één moment. Onder afname wordt ook steeds aanname (urine, faeces, etc.) verstaan. Alleen meerdere afnames per patiënt kunnen meetellen indien om medische redenen op verschillende tijdstippen afnames plaatsvinden (bijvoorbeeld bloedsuikerdagcurves).

- Onderzoek:** een in de lijst ondersteunende en overige produkten genoemde laboratoriumanalyse van patiënten-materiaal.
- Decentrale afname:** afname ten behoeve van de eerstelijnspatiënten, die verspreid over diverse locaties (prikpunten), verwijderd van de hoofdlocatie respectievelijk het laboratorium, plaatsvindt. Hieronder vallen niet de huisbezoeken.
- Huisbezoeken:** afname die plaatsvindt bij de patiënt thuis.
- Centrale afname:** overige afnames.
- Deconcentratiegraad:** het aantal decentrale afnames ten behoeve van eerstelijnspatiënten (exclusief huisbezoeken), gedeeld door het totaal aantal afnames ten behoeve van eerstelijnspatiënten (exclusief huisbezoeken).

3. GROEPSINDELING VAN DE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN/CLASSIFICATIE FUNCTIENIVEAU

Aangezien de aanwezigheid van medische specialismen in algemene ziekenhuizen en de mate waarin en de wijze waarop zij gebruik maken van de diverse behandel-, onderzoek- en verzorgingsvoorzieningen in overwegende mate het kostenniveau bepalen, is ten behoeve van de toepassing van de functiegerichte beleidsregels een classificatie van het functieniveau van de onder de "Beleidsregel functiegerichte budgettering algemene ziekenhuizen" vallende algemene ziekenhuizen vastgesteld.

Voor de toepassing van de beleidsregelbedragen voor de productieparameters is de indeling van een individueel algemeen ziekenhuis in groep 1 tot en met 3 afhankelijk van het totaal aantal gewogen specialisteneenheden volgens onderstaande tabel.

Groep	Aantal gewogen specialisteneenheden/functie-eenheden (= x)
1	$x \leq 62,5$
2	$62,5 < x \leq 88,0$
3	$x > 88,0$

4. BELEIDSREGELBEDRAGEN

4.1 Beleidsregelbedragen algemene ziekenhuizen per 1 januari 2006, prijspeil ultimo 2005

	loonkosten	materiële kosten
<u>beschikbaarheidskosten</u>		
klinische adherentie	25,21	6,93
poliklinische adherentie	10,49	2,87
<u>capaciteitskosten</u>		
gewogen specialisten eenheden	183.305,00	6.725,00
erkende bedden	6.773,00	141,00
bed brandwonden	121.895,00	39.770,00
bed chr.beademing	74.634,00	1.697,00
bed neurochirurgie	44.335,00	4.200,00
bed neonatologie	0,00	0,00
post-IC high care bed	9.349,00	17.004,00
lineaire versneller	281.832,00	46.450,00
traumacentrum	546.740,00	53.272,00
helicoptervoorziening	698.612,00	1.891.913,00
kenniscentrum pijn	349.875,00	126.245,00
donorteam	306.131,00	0,00

productiekosten

opname-1	415,74	490,22
opname-2	431,77	539,44
verpleegdag-1	38,91	8,94
verpleegdag-2	40,19	9,15
1e polikl.bezoeker-1	77,08	38,41
1e polikl.bezoeker-2	80,25	42,12
dagverpleging-1	216,94	105,54
dagverpleging-2	221,13	111,58
"zware" dagverpleging-1	493,55	508,09
"zware" dagverpleging-2	512,15	557,75
M14 - 1	216,94	105,54
M14 - 2	221,13	111,58

bijzondere functies/voorzieningen

hartoperaties	2.764,50	4.287,26
ptca's	0,00	4.173,35
stents	0,00	851,12
AICD-implantatie	0,00	35.584,35
catheterablatie	0,00	3.847,97
Implementatie kunsthart (LVAD)	78.147,00	108.626,00
plaatsing eenz.stimulator bij bew.st.	0,00	12.443,18
plaatsing tweez.stimulator bij bew.st.	0,00	20.780,53
vervanging eenz.stimulator bij bew.st.	0,00	9.954,33
vervanging tweez.stimulator bij bew.st.	0,00	15.678,15
plaatsing nervus vagus stimulator	0,00	12.150,01
vervanging nervus vagus stimulator	0,00	9.801,70
opname neonatale IC	9.825,61	5.469,32
opname pediatrische IC	3.089,96	1.890,10
beademingsdagen IC	859,00	91,00
multi-traumapatiënten (ISS >=16)	8.510,00	12.624,00
cataracten	0,00	0,00
knieën	0,00	4.873,54
heupen	0,00	3.009,61
hoofd-halsoncologie primaire behandeling	14.260,00	5.953,00
hoofd-halsoncologie secundaire behandeling	20.242,00	7.686,00
teletherapie eenvoudig D611	326,94	54,63
teletherapie standaard D612	1.047,27	173,78
teletherapie intensief D613	1.794,29	297,62
teletherapie bijzonder D614	3.014,23	499,50
brachytherapie eenvoudig D621	159,02	26,53
brachytherapie standaard D622	271,93	40,07
brachytherapie intensief D623	553,59	91,57
brachytherapie bijzonder D624	1.959,24	325,20
brachytherapie bijzonder D625	1.959,24	4.495,01
niertransplantaties	15.370,67	5.626,76
jaarkaart niertransplantaties	813,71	423,07
BMT autoloog AML	24.646,26	15.946,34
BMT allogeen perifeer bloed PBSC	9.021,00	21.277,00
BMT allogeen donor verwant	12.727,00	27.043,00
BMT allogeen donor onverwant MUD	50.846,00	50.275,00
BMT allogeen nazorg	6.518,86	3.853,63
pre-harttransplantatie	19.493,26	1.771,89
harttransplantaties	41.625,46	25.984,91
nazorg harttransplantaties	15.236,15	7.462,13
thuisbeademing basis	544,67	2.041,91
thuisbeademing 1	1.056,36	4.552,92

thuisbeademing 2	1.317,48	6.664,52
pre-levertransplantatie	20.524,56	2.177,55
levertransplantatie	43.246,28	27.069,95
nazorg levertransplantatie	16.082,84	8.027,04
pre-(hart)longtransplantatie	4.749,02	1.225,64
(hart)longtransplantatie	60.187,65	16.396,26
nazorg (hart)longtransplantatie	22.120,33	5.538,42
cochleaire implantaties kinderen	7.680,73	41.868,51
nazorg cochl. impl. kinderen	1.747,42	1.304,03
cochleaire implantaties volwassenen	6.306,53	34.461,15
nazorg cochl. impl. volwassenen	1.148,68	1.709,69
eerste implementatie BAHA	0,00	3.195,00
PGD per aangemelde patient	968,00	72,00
PGD per behandeling (cyclus)	3.367,00	1.484,00
spraak- en taaldiagnostiek: vast per instelling	19.181,00	0,00
spraak- en taaldiagnostiek: per kind	611,28	0,00
in vitro fertilisatie	412,47	268,56
hiv-opname	1.056,42	67,97
hiv-verpleegdag	35,81	19,68
hiv-polikl.bezoek	2.346,84	1.097,54
hiv-dagverpleging	592,34	108,47
haemodialyses (H1)	175,92	138,49
CAPD-dgn (H2)	17,96	81,01
haemodialyses (H4)	175,92	199,31
CAPD-dgn (H5)	17,96	101,72
Thuisdialyse (W7)	107,05	112,60
Thuisdialyse (W8)	107,05	174,73
Thuisdialyse (W9)	250,99	112,60
Thuisdialyse (W10)	250,99	174,73
CCPD (W11)	17,96	90,90
CCPD (W12)	17,96	111,60
RBU	64,33	10,07
<u>hartrevalidatie</u>		
Intakecontact (ziekenhuizen)	177,92	42,26
Informatiemodule (ziekenhuizen)	96,69	22,97
FIT-module > tien sessies (ziekenhuizen)	223,05	52,99
FIT-module < tien sessies (ziekenhuizen)	444,55	105,61
PEP-module (ziekenhuizen)	805,07	191,25
scholingsmiddelen per leerling	1.476,00	0,00
bijdrage Begeleidingscommissie Hartchirurgie	0,00	20.618,00
bijdrage Landelijke Neonatologie Registratie	0,00	18.042,00
bijdrage HIV-monitoring	0,00	94.218,95
bijdrage Landelijk Kwaliteitssysteem neuromodulatie	0,00	22.306,00
<u>1e-lijnskosten</u>		
poliklinische bevalling -1	216,94	105,54
poliklinische bevalling -2	221,13	111,58
cervix-onderzoeken	9,80	5,39
lab.1e lijn huisbezoek	5,99	2,20
lab.1e lijn afnames-1	3,76	1,39
lab.1e lijn afnames-2	9,36	3,44
lab.1e lijn analyses	0,65	0,58
trombotest	7,09	2,00
zelfmeting bloedst.waarden training	240,32	203,28
zelfmeting bloedst.waarden begeleiding	204,33	641,11
rontgenonderzoeken	41,3%	8,5%
functieonderzoeken	46,3%	10,8%

ergotherapie	84,9%	17,0%
fysiotherapie/logopedie	84,9%	17,0%

Toelichting bij het overzicht beleidsregelbedragen

In groep 2 van de opnames, verpleegdagen, 1e polibezoeken en dagverpleging en voor de afnames worden de bedragen bepaald door lineaire interpolatie tussen de aangegeven grenzen.

4.2 Richtlijnbedragen orderkosten eerstelijns laboratoriumonderzoeken

Ten aanzien van de laboratorium eerstelijnsafnames geldt als uitgangspunt dat bij een geheel of bijna geheel centrale afnamesituatie voor de eerstelijnsafnames het bedrag lab-1e lijn afnames-1 van toepassing is en dat bij 76% of meer decentrale afnames ten behoeve van de eerste lijn het bedrag lab-1e lijn afnames-2 als maximale richtlijn geldt.

richtlijnbedrag

groep 1 deconcentratiegraad	≤ 15%	€ 5,15 per afname
groep 2 15% < deconcentratiegraad	≤ 76%	€ 5,15 tot € 12,80 per afname
groep 3 deconcentratiegraad	> 76%	€ 12,80 per afname.

De richtlijnbedragen voor tussenliggende deconcentratiegraad in groep 2 worden gevonden door interpolatie. Geheel of bijna geheel centraal houdt in dat 0 tot 15% van de afnames (exclusief huisbezoeken) decentraal plaatsvindt.

Voorbeeld

Is er ten behoeve van de eerstelijnsafnames sprake van 51% centrale afnames, 35% decentrale afnames en 14% via huisbezoek, dan is de deconcentratiegraad $35/86 \times 100\% = 41\%$ en geldt een richtlijn van $€ 5,15 + \{(41 - 15) : (76 - 15)\} \times (€ 12,80 - € 5,15) = € 8,41$ voor alle eerstelijnsafnames, plus € 8,19 per huisbezoekafname.

5. BEPERKING BELEIDSREGELTOEPASSING BIJ HET NIET-UITOEFENEN VAN EEN FUNCTIE

Indien voor een algemeen ziekenhuis de kosten van onderstaande activiteiten niet ten laste van het ziekenhuis komen zal de toepassing van de onder 3 vermelde beleidsregelbedragen gecorrigeerd worden met:

Bedragen per gewogen

specialisteneenheid:

voor de loonkosten van:

€ 17.306	de leiding van de klinisch-chemische/hematologische laboratoria
€ 28.546	de functie fysiotherapie
€ 2.281	de functie logopedie.

6. BEREKENING BESCHIKBAARHEIDSKOSTEN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN

Uitgangspunt voor de berekening van de beschikbaarheidskosten in het zogenaamde "FB-budget" voor een algemeen ziekenhuis vormt de vermenigvuldiging van het adherentiegetal per ziekenhuis, zoals dit door Prismant is vastgesteld, met de hierboven genoemde beleidsregelbedragen per adherente inwoner. De adherentiegetallen die bij de berekening in aanmerking worden genomen worden jaarlijks herzien.

Voor het jaar 1999 gelden de adherentiegetallen van het jaar 1997, voor het jaar 2000 de gemiddelde adherentiegetallen voor de jaren 1997 en 1998, voor het jaar 2001 de gemiddelde adherentiegetallen voor de jaren 1997 tot en met 1999, voor het jaar 2002 de gemiddelde adherentiegetallen voor de jaren 1998 tot en met 2000 etc. Deze berekening wordt zowel voor de klinische als de poliklinische adherentie toegepast.

In uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld bij fusies gepaard gaande met (ver)nieuwbouw, waarbij het totale functiepakket van het nieuwe ziekenhuis sterk afwijkt van dat van het (oude) ziekenhuis(zen), kan van aangepaste adherentiegetallen worden uitgegaan. In hoeverre er sprake is van een uitzonderlijke situatie is ter beoordeling van CTG/ZAio.

7. TOEPASSING BELEIDSREGELS FUNCTIEGERICHTE BUDGETTERING INGEVAL VAN FUSIE VAN INSTELLINGEN

Ingeval er sprake is van een fusie van ziekenhuizen die tot uitdrukking komt in een nieuwe (gemeenschappelijke) toelating, kan het verschil tussen het totaal van de per ziekenhuis berekende FB-budgetten en het FB-budget voor het fusie-ziekenhuis in het budget van het fusie-ziekenhuis worden opgenomen.

Uitgangspunt hierbij is dat dit verschil aan het budget kan worden toegevoegd is wanneer er sprake is van een reële fusie.

Partijen in het lokaal overleg kunnen afspraken maken over het toekennen van het verschil en over het tempo waarmee dit in het budget wordt verwerkt.