

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om prestaties en tarieven vast te stellen.

Kenmerk
11D0014259

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) geleverd door instellingen medisch specialistische zorg (voorheen algemene en academische ziekenhuizen). Dit beleid heeft enkel betrekking op gebudgetteerde instellingen.

2. Doel van de beleidsregel

Met deze beleidsregel wordt bepaald op welke wijze het budget voor de door onder artikel 1 omschreven instellingen wordt vastgesteld, behoudens de nacaalculerbare kapitaalslasten.

Achtereenvolgens komen daartoe de navolgende onderwerpen aan bod:

- Definities en vaststelling budget
- Jaarlijkse indexatie
- Budgetparameters:
 - beschikbaarheid
 - capaciteit
 - productie
 - bijzondere functies voorzieningen
 - hartrevalidatie
 - 1^e lijnszorg
- Indeling ziekenhuizen
- Fusie van ziekenhuizen
- 1^elijns laboratoriumonderzoek
- Gespecialiseerde brandwondenzorg
- Hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten
- Locatiegebonden kosten
- Investerings in medische en overige inventarissen
- Dubieuze debiteuren
- Lokale productiegebonden toeslag
- Extramuraal afleveren van geneesmiddelen
- Bijzondere tandheelkunde
- Specifieke regelgeving academische ziekenhuizen

3. Definities

Voor de omschrijvingen van de verschillende budgetparameters en doelgroepen wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

4. Budget aanvaardbare kosten voor intramurale zorg

Het budget voor intramurale zorg dient, tezamen met de vergoeding voor kapitaallasten, ter vaststelling van de aanvaardbare kosten van de gebudgetteerde instelling.

Op basis van het verschil tussen het budget van de instelling en de DBC-opbrengst, wordt de definitieve opbrengstverrekening van de instelling in een kalenderjaar vastgesteld overeenkomstig de Beleidsregel opbrengstverrekening.

Het bedrag dat voor een parameter geldt, is gelijk aan de in deze beleidsregel per budgetparameter genoemde bedragen. Alle bedragen in de beleidsregel zijn exclusief een normatieve kapitaallastencomponent.

Kenmerk
11D0014259
Pagina
2 van 28

Bij vaststelling van de aanvaardbare worden de navolgende kostensoorten betrokken:

- loonkosten en materiële kosten FB: deze zijn opgebouwd uit de parameters *beschikbaarheid, capaciteit, productie* en *bijzondere functies/voorzieningen, hartrevalidatie* en *1^e lijnszorg*;
- loonkosten en materiële kosten inzake 1e lijns laboratoriumonderzoek;
- loonkosten en materiële kosten gespecialiseerde brandwondenzorg;
- kosten in verband met hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten;
- loonkosten en materiële kosten onderhoud: deze zijn historisch bepaald;
- loonkosten medisch specialisten in loondienst: deze loonkosten betreffen de maximale loonkosten voor de in loondienst werkzame medisch specialisten;
- overige loon- en materiële kosten: deze kosten betreffen loonkosten die samenhangen met scholingsmiddelen waarvoor parameters zijn vastgesteld, kosten van regionale samenwerkingsverbanden en overige historisch vastgestelde vergoedingen;
- locatiegebonden kosten: Heffingen, belastingen, verzekeringen en energiekosten: deze zijn historisch bepaald;
- afschrijvingskosten inventarissen: deze zijn opgebouwd vanuit de beleidsregel(component) Investeringskosten in (medische) inventarissen;
- afschrijvingskosten van apparatuur als bedoeld in artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV): deze zijn opgebouwd vanuit artikel 13.3;
- afschrijvingskosten instandhoudingsinvesteringen: deze zijn opgebouwd uit de verschillende uit de beleidsregel Instandhoudingsinvestering;
- afschrijvingskosten trekkingsrechten: deze zijn opgebouwd uit de verschillende beleidsregelbedragen uit de beleidsregel Instandhoudingsinvestering;
- overige afschrijvingskosten: deze zijn opgebouwd uit de afschrijvingskosten van investeringen in gebouwen waarvoor een WZV-vergunning is verleend;
- rentekosten: deze kosten worden bepaald door toepassing van de Beleidsregel rente;
- doorberekende kapitaallasten: deze kosten worden gevormd door de aan derden doorberekende kapitaallasten, waarvoor vergunning is verleend;
- aftrek kapitaallasten PAAZ;
- aftrek kapitaallasten met betrekking tot DBC-B;
- overige kosten waaronder de lokale productiegebonden component, overige kosten algemeen, differentiatiecomponent, kortingscomponent en kassierskosten voor productiesamenwerkingsverbanden.

5. Jaarlijkse indexatie

De budgetparameters worden in beginsel jaarlijks geïndexeerd.

Loonkosten

Het totaal van de in de aanvaardbare kosten opgenomen loonkosten wordt aangepast op basis van de door de Minister van VWS aangegeven overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova). Zolang de

overheidsbijdrage nog niet bekend is, wordt de door de Minister van VWS vastgestelde voorcalculatie toegepast.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
3 van 28

Materiële kosten

De aanpassing van de materiële kosten in jaar t wordt gebaseerd op gegevens uit de tabel 'middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP) van het jaar t en bestaat uit een eindcalculatie voor het jaar t en uit een structurele doorwerking van de uit het CEP van jaar t blijkende afwijking van de eindcalculatie van het jaar t-1. Zolang de eindcalculatie nog niet bekend is wordt de door de Minister van VWS vastgestelde voorcalculatie toegepast.

Eindcalculatie jaar t (A):

$$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t}}{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t-1}} - 1$$

Structurele doorwerking afwijking jaar t-1 (B):

$$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t -1 in prijzen t-1}}{(\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-2}) \times (1 + \text{eindcalculatie t-1})} - 1$$

Totale aanpassing jaar t: $[(1+A) \times (1+B)] - 1$.

Op basis van artikel 57 WMG stelt de NZa, ter uitvoering van deze beleidsregel, de vaste tarieven ter vervanging van reeds goedgekeurde of vastgestelde vaste tarieven ambtshalve vast per 1 januari jaar t.

6. Budgetparameters

6.1 Beschikbaarheidskosten

Uitgangspunt voor de berekening van de aanvaardbare beschikbaarheidskosten vormt de vermenigvuldiging van het adherentiegetal per ziekenhuis, zoals dit door Kiwa Prismant is vastgesteld, met de in artikel 7.1 genoemde beleidsregelbedragen per adherente inwoner.

De adherentiegetallen die bij de berekening van de beschikbaarheidskosten in aanmerking worden genomen worden jaarlijks herzien. Voor het jaar t geldt het gemiddelde van de adherentiegetallen van het jaar t-4 tot en met t-2. Deze berekening wordt zowel voor de klinische als de poliklinische adherentie toegepast.

6.2 Overige parameters

De vast te stellen aanvaardbare kosten voor wat betreft de kosten die samenhangen met productiekosten, capaciteitskosten, kosten voor bijzondere functies/voorzieningen, hartrevalidatie en 1^e-lijnskosten worden berekend door het totaal van de in het lokaal overleg overeengekomen volume-eenheden te vermenigvuldigen met de beleidsregelbedragen uit artikel 7.1 van deze beleidsregel.

7. Beleidsregelbedragen algemene en academische ziekenhuizen per 1 januari 2011 prijspeil ultimo 2010

7.1 Overzicht beleidsregelbedragen (bedragen in €)

	loon Academische ziekenhuizen	loon Algemene ziekenhuizen	materieel
<u>Beschikbaarheidskosten</u>			
Klinische adherentie	28,84	28,52	7,44
Poliklinische adherentie	11,99	11,86	3,09
<u>Capaciteitskosten</u>			
Gewogen specialisten eenheden	209.652,47	207.327,01	7.223,03
Erkende bedden	7.745,59	7.659,68	150,84
Bed brandwonden	139.416,45	137.870,04	42.713,73
Bed chr.beademing	85.362,22	84.415,39	1.822,10
Bed neurochirurgie	50.708,69	50.146,23	4.511,00
Post-IC high care bed	10.693,16	10.574,55	18.262,21
Lineaire versneller	322.341,88	318.766,47	49.888,49
Traumacentrum	625.326,70	618.390,58	57.213,08
Helicoptervoorziening ¹	1.080.204,55	-	2.816.391,85
MMT-voertuig ¹	-	-	9.969,25
Coörd. Reg. Overleg acute zorg	35.600,58	35.205,70	3.184,65
OTO bij rampen en crisis	882.694,54	872.903,70	80.013,45
Donorteam per fte ¹	127.039,89	-	-
<u>Productiekosten</u>			
Opname-1	475,50	470,23	526,51
Opname-2	493,83	488,35	579,37
Verpleegdag-1	44,51	44,02	9,60
Verpleegdag-2	45,96	45,45	9,83
1e polikl.bezoeker-1	88,16	87,18	41,25
1e polikl.bezoeker-2	91,79	90,77	45,24
Dagverpleging-1	248,12	245,36	113,34
Dagverpleging-2	252,92	250,11	119,84

¹ Geldt alleen voor academische ziekenhuizen

'Zware' dagverpleging-1	564,50	558,23	545,68
'Zware' dagverpleging-2	585,77	579,27	599,02
M14 – 1	248,12	245,36	113,34
M14 – 2	252,92	250,11	119,84
Verpleging in de thuissituatie, ivm med spec.zorg ²	6,19	6,19	
<u>Kosten inzake bijzondere functies/voorzieningen</u>			
Hartoperaties	3.161,87	3.126,80	4.604,52
MICU-rit	1.933,25	1.911,81	305,17
Gecombineerde klep / CABG operatie	9.684,39	9.576,97	6.266,73
TAAA (aortachirurgie)	13.533,24	13.383,13	7.354,76
Ptca's	-	-	4.482,18
Stents	-	-	914,11
Drug eluting stent	-	-	1.342,44
Radiologische stent	-	-	2.312,82
Oesophagus	14.422,83	14.262,85	4.301,84
AICD-implantatie	-	-	33.231,48
Catheterablatie	-	-	4.132,72
Implementatie kunsthart (LVAD)	89.379,21	88.387,81	116.664,57
Plaatsing eenz.thalamusstimulator bij bew.st.	-	-	13.364,00
Plaatsing tweez.thalamusstimulator bij bew.st.	-	-	22.318,33
Vervanging eenz.thalamusstimulator bij bew.st.	-	-	10.690,96
Vervanging tweez.thalamusstimulator bij bew.st.	-	-	16.838,36
Neurostimulator	-	-	15.625,28
Plaatsing nervus vagus stimulator	-	-	13.049,14
Neurointerventie coiling ongeruptureerd	4.810,80	-	11.965,31
Neurointerventie coiling geruptureerd	11.666,81	11.537,40	13.178,03
Neurointerventie AVM	4.144,68	4.098,70	7.239,12
Neurointerventie ballon	2.350,60	2.324,53	5.534,67
Neurointerventie menigeoom	833,19	823,95	5.246,07
Vervanging nervus vagus stimulator	-	-	10.527,04

² Prijsniveau 2011

Opname neonatale IC	11.237,98	11.113,32	5.873,63
Opname pediatrische IC	3.533,88	3.494,68	2.030,20
Beademingsdagen IC	982,47	971,58	97,74
Multi-traumapatiënten (ISS=16)	9.733,34	9.625,37	13.558,14
Knieën	-	-	5.234,20
Heupen	-	-	3.232,32
Hoofd-halsoncologie	18.299,35	18.096,38	6.934,42
Teletherapie eenvoudig D611	373,94	369,79	58,68
Teletherapie standaard D612	1.197,80	1.184,51	186,64
Teletherapie intensief D613	2.052,19	2.029,43	319,65
Teletherapie bijzonder D614	3.447,49	3.409,25	536,46
Brachytherapie eenvoudig D621	181,88	179,86	28,50
Brachytherapie standaard D622	311,00	307,56	43,04
Brachytherapie intensief D623	633,16	626,14	98,35
Brachytherapie bijzonder D624	2.240,86	2.216,00	349,28
Brachytherapie bijzonder D625	2.240,86	2.216,00	4.827,65
Niertransplantaties	17.580,25	17.385,26	6.043,42
Niertransplantatie levende donoren	9.435,39	9.330,73	5.421,04
Jaarkaart niertransplantaties	930,66	920,34	454,38
BMT autoloog AML	28.188,52	27.875,85	17.126,92
BMT allogeen perifeer bloed PBSCT	25.228,23	24.948,40	31.129,52
BMT allogeen donor verwant	14.556,44	14.394,98	29.043,97
BMT allogeen donor onverwant	73.065,78	72.255,34	62.273,13
BMT allogeen nazorg	7.456,30	7.373,59	4.138,94
Pre-harttransplantatie	22.295,17	22.047,87	1.903,01
Harttransplantaties	47.608,59	47.080,52	27.907,84
Nazorg harttransplantaties	17.426,15	17.232,86	8.014,34
Thuisbeademing basis	622,95	616,04	2.193,00
Thuisbeademing 1	1.208,19	1.194,79	4.889,84
Thuisbeademing 2	1.506,85	1.490,14	7.157,70
Pre-levertransplantatie	23.474,71	23.214,33	2.338,68

Levertransplantatie	49.462,37	48.913,74	29.073,18
Nazorg levertransplantatie	18.394,54	18.190,51	8.621,06
Pre-(hart)longtransplantatie	5.431,63	5.371,38	1.316,34
(Hart)longtransplantatie	68.838,85	68.075,29	17.609,60
Nazorg (hart)longtransplantatie	25.299,84	25.019,22	5.948,28
Cochleaire implantaties kinderen	8.784,46	8.687,02	44.967,39
Nazorg cochl. impl. kinderen	1.998,48	1.976,31	1.399,76
Cochleaire implantaties volwassenen	7.213,01	7.133,01	37.011,34
Nazorg cochl. impl. volwassenen	1.313,78	1.299,21	1.836,21
eerste implementatie BAHA	-	-	3.431,02
PGD per aangemelde patiënt	1.107,13	1.094,85	77,33
PGD per behandeling (cyclus)	3.850,64	3.807,93	1.594,22
Spraak- en taaldiagnostiek: vast per instelling	21.937,89	21.694,55	-
Spraak- en taaldiagnostiek: vast per kind	699,15	691,39	-
In vitro fertilisatie	471,77	466,54	288,45
Hiv-opname	1.208,28	1.194,87	72,99
Hiv-verpleegdag	40,96	40,50	21,13
Hiv-polikl.bezoek	2.684,16	2.654,39	1.178,75
Hiv-dagverpleging	677,49	669,98	116,50
Cystic fibrosis volwassenen	5.605,69	5.543,51	1.129,26
Cystic fibrosis kinderen	6.090,92	6.023,36	1.416,85
Haemodialyses (H1)	201,20	198,97	148,73
CAPD-dgn (H2)	20,56	20,33	87,00
Haemodialyses (H4)	201,20	198,97	214,06
CAPD-dgn (H5)	20,56	20,33	109,25
Thuisdialyse (W7)	122,44	121,08	120,93
Thuisdialyse (W8)	122,44	121,08	187,65
Thuisdialyse (W9)	287,07	283,89	120,93
Thuisdialyse (W10)	287,07	283,89	187,65
CCPD (W11)	20,56	20,33	97,63
CCPD (W12)	20,56	20,33	119,86

RBU	73,57	72,76	10,82
Neonatale screening (hielprik) ³	-	-	1.075,36
<u>Hartrevalidatie</u>			
Intakecontact (ziekenhuizen)	203,50	201,24	45,39
Informatiemodule (ziekenhuizen)	110,59	109,37	24,67
FIT-module < tien sessies (ziekenhuizen)	255,11	252,28	56,92
FIT-module ≥ tien sessies (ziekenhuizen)	508,45	502,81	113,43
PEP-module (ziekenhuizen)	920,79	910,57	205,40
Scholingsmiddelen per leerling	518,29	512,54	-
Bijdrage Landelijke Neonatologie Registratie	-	-	19.376,32
<u>1e-lijnskosten</u>			
Poliklinische bevalling -1	248,12	245,36	113,34
Poliklinische bevalling -2	252,92	250,11	119,84
Cervix-onderzoeken	11,20	11,08	5,78
Lab.1e lijn huisbezoek	6,86	6,79	2,36
Lab.1e lijn afnames-1 ⁴	4,31	4,26	1,49
Lab.1e lijn afnames-2 ⁴	10,69	10,58	3,69
Lab.1e lijn analyses ⁵	49%	49%	51%
Trombotest	8,11	8,02	2,15
Zelfmeting bloedst.waarden training	274,86	271,81	218,33
Zelfmeting bloedst.waarden begeleiding	233,71	231,12	688,55
Röntgenonderzoeken ⁵	41,30%	41,30%	8,50%
Functieonderzoeken ⁵	46,30%	46,30%	10,80%
Ergotherapie ⁵	84,90%	84,90%	17,00%
Logopedie ⁵	84,90%	84,90%	17,00%

³ Geldt alleen voor academische ziekenhuizen

⁴ Voor toepassing van deze beleidsregelcomponent wordt verwezen naar paragraaf 9.

⁵ In procenten van de omzet.

Bedragen per gewogen specialisteneenheid

Leiding klinisch-chem./hematol. laboratoria	19.792,29	19.572,75	-
---	-----------	-----------	---

7.2 Aantal gewogen specialisteneenheden

Het aantal gewogen specialisteneenheden wordt berekend door het aantal poortspecialisten (specialistenaantallen) te vermenigvuldigen met de in onderstaande tabel genoemde wegingsfactoren.

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)

**7.3 Groepsindeling van de ziekenhuizen/ classificatie
functieniveau**

Omdat de aanwezigheid van medische specialismen in 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, geldt ten behoeve van de toepassing van de functiegerichte beleidsregel een classificatie van het functieniveau

Het gewogen aantal specialisteneenheden is bepalend voor de groepsindeling van het ziekenhuis en voor de waardering van de parameters specialisteneenheid alsmede voor de berekening van het aantal gewogen parameters uit artikel 7.2 van deze beleidsregel.

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.

Kenmerk
11D0014259
Pagina
10 van 28

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

7.4 Differentiatie beleidsregelbedragen naar aantal specialisten

In het overzicht uit artikel 7.1 zijn de parameters opname, verpleegdag, 1e polibezoek, dagverpleging, zware dagverpleging, M14, thuisbeademing, en poliklinische bevalling verdeeld in groepen. Voor het bepalen van de groep per ziekenhuis zie artikel 7.3. Voor ziekenhuizen die in groep 1 vallen gelden de laagste parameterwaarden, voor ziekenhuizen die in groep 3 vallen de hoogste parameterwaarden. Voor de ziekenhuizen die in groep 2 vallen worden de parameterwaarden bepaald door lineaire interpolatie tussen de aangegeven grenswaarden.

7.5 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 fusieziekenhuis in het budget van het fusieziekenhuis 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.

7.6 Beperking beleidsregeltoepassing bij het niet uitoefenen van een functie

Indien de kosten van onderstaande activiteiten niet ten laste van het ziekenhuis komen zal de toepassing van de onder 7.1 vermelde beleidsregelbedragen gecorrigeerd worden met:

Bedragen per gewogen

Specialisteneenheid

voor de loonkosten van:

Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis
--------------------------	------------------------

19.792,29	19.572,75	de leiding van de klinisch- chemische/hematologische laboratoria
-----------	-----------	---

7.7 Compensatie meerkosten bloed per 1 januari 2011

De aanvaardbare kosten 2011 kunnen ten opzichte van de aanvaardbare kosten 2010 worden aangepast als gevolg van de door VWS geaccordeerd prijswijzigingen van bloed, bloedproducten en verrichtingen.

Het in het A-segment te verrekenen bedrag van € 2,24 miljoen wordt via een ophoging van het niet-productie-deel met 1,5% in de instellingsbudgetten verwerkt.

Dit artikel treedt in werking met een terugwerkende kracht tot 1 januari 2011.

8. Capaciteit

Capaciteit wordt bepaald door de bedden capaciteit en specialistenaantallen.

Dit artikel bepaalt de uitgangspunten voor de te hanteren wijzigingen specialistenaantallen en beschrijft het beleid inzake capaciteitswijzigingen.

8.1 Basis

Voor de omschrijving en de bepaling van de basiscapaciteit betreffende bedden, specialisten wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

8.2 Wijziging specialistenaantallen

De aanvaardbare kosten kunnen worden aangepast in verband met wijzigingen in het aantal specialistenaantallen.

Indien tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het lokaal overleg overeenstemming bestaat over een wijziging van de specialistenaantallen kunnen de aanvaardbare kosten in verband met deze wijziging worden aangepast.

Indien een dergelijke overeenkomst niet tot stand komt en één of meerdere partijen uit het lokaal overleg bij de NZa een verzoek tot aanpassing van het aantal capaciteitseenheden indienen, zal de NZa de beoordeling van een dergelijk verzoek aanhouden tot een door de desbetreffende representatieve organisaties van zorgaanbieders respectievelijk zorgverzekeraars aangewezen arbitragecommissie een uitspraak heeft gedaan over het geschil tussen lokale partijen.

8.2.1 Wijziging aantallen ondersteunende specialisten

De aanvaardbare kosten kunnen worden aangepast in verband met een wijziging van het aantal specialisten anders dan genoemd in artikel 7.2. Het betreft hier de zogenaamde ondersteunende specialismen (anesthesiologie, radiologie, pathologie, medische microbiologie). De aanpassing heeft betrekking op de loonkosten voor de genoemde specialismen, voor zover sprake is van een loondienstverband met het ziekenhuis.

8.2.2 Moment verwerking wijziging

Bij aanpassing van de specialistencapaciteit wordt de capaciteitsuitbreiding in de aanvaardbare kosten verwerkt vanaf het moment dat de desbetreffende specialist daadwerkelijk in de instelling is toegelaten of eruit is vertrokken, met dien verstande dat de aanpassing van de aanvaardbare kosten niet voor de datum van inwerkingtreding van deze beleidsregel kan liggen.

8.2.3 Overzicht mutaties specialistenaantallen

Zorgaanbieders en -verzekeraars stellen gezamenlijk een overzicht op van erkende en werkelijk aanwezige specialistenaantallen, waarin de overeengekomen mutaties alsmede de datum waarop de wijzigingen in de werkelijk aanwezige aantallen specialisteneenheden zijn gerealiseerd, worden weergegeven. Dit overzicht dient te worden bijgevoegd bij de aanvraag zoals deze wordt ingediend bij de NZa.

8.2.4 WBMV

Uitsluitend voor de onder artikel 2 of artikel 8 WBMV vallende functies geldt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het lokaal overleg

eveneens een afspraak kunnen maken over een mutatie in de onder 8.1 bedoelde capaciteitsmeters.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
12 van 28

9. Laboratorium 1^e lijn

Bij de vaststelling van de aanvaardbare kosten inzake klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken geldt een bedrag voor orderkosten (bedrag per afname) en een bedrag voor analysekosten (de analysetarieven).

9.1 Orderkosten

Voor de loonkosten, materiële kosten en afschrijvingskosten van inventarissen ten behoeve van afname van patiëntenmateriaal en orderverwerking van klinisch-chemische, hematologische en microbiologisch-serologische laboratoriumonderzoeken ten behoeve van eerstelijnspatiënten is maximaal incalculeerbaar:

- a. per afname € 5,75 tot € 14,37, afhankelijk van de deconcentratiegraad¹;
- b. naast de onder a. genoemde bedragen per huisbezoek € 9,15.

Hierbij geldt als uitgangspunt dat bij een (bijna) geheel centrale afnamesituatie voor de eerstelijnsafnamen de beleidsregelwaarde € 5,75 van toepassing is en dat bij een deconcentratiegraad van 76% of meer decentrale afnamen € 14,37 als maximale beleidsregelwaarde geldt.

De bedragen voor tussenliggende deconcentratiegraad in groep 2 worden berekend door interpolatie.

bedrag

groep 1 deconcentratiegraad kleiner of gelijk aan 15% € 5,75 per afname;

groep 2 deconcentratiegraad tussen 15 en 76% € 5,75 tot € 14,37 per afname;

groep 3 deconcentratiegraad hoger of gelijk aan 76% € 14,37 per afname.

9.2 Analysekosten

De tarieven voor analysekosten, zoals vermeld in de lijst Overige producten van de DBC-tarieven.

10. Gespecialiseerde brandwondenzorg

De aanvaardbare kosten voor de gespecialiseerde brandwondenzorg worden in 2011 uitgebreid met in totaal € 3,3 miljoen volgens onderstaand schema (prijsniveau ultimo 2010).

Toeslag gespecialiseerde brandwondencentra	loon	materieel
Brandwondentoeslag Maasstad ziekenhuis	911.380,86	289.493,78
Brandwondentoeslag Martini ziekenhuis	868.120,83	275.752,51
Brandwondentoeslag Rode kruisziekenhuis	699.152,74	222.081,41

11. Hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten

De door de minister ex artikel 8 WBMV (Wet op de bijzondere medische verrichtingen) aangewezen ziekenhuizen als centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten, komen in aanmerking voor een specifieke compensatie van de kosten voor

¹ Voor definitie van de deconcentratiegraad wordt verwijzen naar de beleidsregel definities tweede lijns curatieve somatische zorg.

hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten in de
aanvaardbare kosten 2011.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
13 van 28

De compensatie in het jaar t bedraagt 100% van de kosten in het jaar
t van de in het kader van een behandelplan toegediende dan wel
afgeleverde stollingsfactoren voor de behandeling van patiënten met de
aandoeningen hemofilie A en B, Von Willebrandziekte, congenitale
geïsoleerde stollingsfactordeficiënties en congenitale thrombocytopathie.
De stollingsfactoren die voor compensatie in aanmerking komen zijn
opgenomen in bijlage 1.

12. Locatiegebonden kosten

Onder locatiegebonden kosten worden de volgende kosten verstaan:

12.1 Kapitaallasten locatiegebonden kosten

- kosten van huur en leasing van terreinen, gebouwen en installaties
(rekeningnummer 48321)
- rente- en afschrijvingskosten.

Voor deze kostencategorieën zijn de navolgende beleidsregels van
toepassing:

- Beleidsregel overschot budgettaire bouwen;
- Beleidsregel garantieregeling kapitaallasten 2011 tot en 2016;
- Beleidsregel rente;
- Beleidsregel heffingsrente;
- Beleidsregel renteprotocollering;
- Beleidsregel BTW-constructies;
- Beleidsregel afschrijving;
- Beleidsregel huur en erfpacht;
- Beleidsregel instandhoudingsinvesteringen en afschrijving academische
ziekenhuizen;
- Beleidsregel instandhouding investeringen academische ziekenhuizen;
- Beleidsregel huur en erfpacht academische ziekenhuizen;
- Beleidsregel kapitaallasten bij uitbesteding.

12.2 Loon- en materiële kosten locatiegebonden kosten

12.2.1 Locatiegebonden kosten algemene ziekenhuizen

Kosten van energie, onderhoud, heffingen belastingen en verzekeringen:

Voor de bepaling van deze kosten geldt het aantal normatieve vierkante
meters van een instelling zoals dat ten behoeve van de toepassing van
de beleidsregel instandhouding investeringen door het Ministerie van VWS
is vastgesteld als basis. Hierbij gelden de volgende bedragen per
normatieve M² (prijsspeil 2010):

- loonkosten onderhoud	€ 28,02
- materiële kosten onderhoud	€ 17,95
- energiekosten	€ 29,93
- belastingen, heffingen, verzekeringen	€ 12,52

12.2.2 Locatiegebonden kosten academische ziekenhuizen

Kosten van energie, onderhoud, heffingen belastingen en verzekeringen:
Voor de bepaling van deze kosten geldt een beleidsregel bedrag per bed.

Hierbij gelden de volgende bedragen per bed (prijspeil 2010):

- loonkosten onderhoud	€ 4.686
- materiele kosten onderhoud	€ 2.287
- energiekosten	€ 4.949
- belastingen, heffingen, verzekeringen	€ 1.884

En per m2

- loonkosten onderhoud bij uitbreiding na 1997	€ 41,48
- materiële kosten bij uitbreiding na 1997	€ 80,82

Vanaf 1 januari 2006 is alleen sprake van mutatie van de m2 als sprake is van uitbreidingsbouw die via het WTZi-traject is goedgekeurd en waarvan de uitbreiding van de m2 expliciet in de goedkeuring door VWS is vermeld. Voor bouwprojecten die op de overgangsdatum van 1/1/2004 nog onderhanden waren geldt dat alleen sprake is van mutatie van de m2 als de betreffende projecten expliciet in de VWS/OCW-inventarisatie als zodanig zijn aangemerkt en door de instelling een accountants-verklaring wordt verstrekt waarin de uitbreiding van het aantal m2 dat gerelateerd is aan het betreffende project wordt gespecificeerd. Ook hiervoor geldt dat de vierkante meters van de zogenaamde niet-noodzakelijke bestanddelen buiten beschouwing blijven.

13. Investerings in medische en overige inventarissen

13.1 De onderstaande bedragen zijn gebaseerd op prijspeil 2010.

13.2.1 Voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in medische en overige inventarissen, waarvan de afschrijvingskosten geboekt worden op de rekeningnummers 484112 en 484122, gelden de navolgende maxima:

Aantal erkende bedden	Per erkend bed	Per specialisteneenheid
< 450	€ 3.835	€ 41.342
450 – 600	€ 3.835 / € 2.992	€ 41.342 / € 35.927
> 600	€ 2.992	€ 35.927

Onder investeringen in medische en overige inventarissen worden mede begrepen de investeringen, waarvan de financiering geschiedt via huur dan wel leasing.

13.2.2 Indien een instelling is aangesloten bij of gebruik maakt van diensten van een productiesamenwerkingsverband vindt geen aftrek plaats op bovengenoemde beleidsregelbedragen. De investeringen van deze productiesamenwerkingsverbanden worden echter beoordeeld binnen de investeringsbeleidsregel van de aangesloten ziekenhuizen. Deze bepaling geldt echter uitsluitend indien het productiesamenwerkingsverband is aangesloten bij of gebruik maakt van diensten van:

- klinisch-chemische laboratoria;
- pathologisch-anatomische laboratoria;
- bacteriologische laboratoria;
- isotopenlaboratoria;
- apotheken.

13.2.3 De aanvaardbare kosten kunnen worden vastgesteld voor de, met inachtneming van de beleidsregel afschrijvingen vastgestelde, afschrijvingskosten over de goedgekeurde / vastgestelde investeringsbedragen onder aftrek van de in het jaar vrijvallende betreffende afschrijvingskosten.

13.2.4 De toepassing van de beleidsregel in het jaar t wordt gebaseerd op het aantal erkende bedden (inclusief wiegen) en het aantal specialisteneenheden voor het jaar t. Hierbij wordt de beleidsregel capaciteitswijzigingen in aanmerking genomen.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
15 van 28

13.2.5 Indien er sprake is (geweest) van goedkeuring van investeringen in medische en overige inventarissen op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn (worden) de hiermee, bij toepassing van de beleidsregel afschrijvingskosten, gepaard gaande afschrijvingskosten in de aanvaardbare kosten / tarieven opgenomen. Dit betekent echter dat onverkorte toepassing van de investeringsbeleidsregel in deze situaties leidt tot onevenredig hoge investeringsmogelijkheden. Indien zich deze situatie bij een instelling voordoet zal de werking van de investeringsbeleidsregel gedurende een periode van vijf jaar geheel of gedeeltelijk worden opgeschort.

De periode van vijf jaar gaat in op de datum dat de afschrijving over de investeringen ex WTZi is ingegaan. Voor welk deel de opschortende werking geldt wordt bepaald door de volgende formule:

(goedgekeurd investeringsbedrag ex WTZi) x 1/10
uitkomst toepassing investeringsbeleidsregel in jaar t x 100 =%

Dat wil zeggen, dat gedurende vijf jaar voor (100 – bovenberekend percentage) de beleidsregel ad 12.2.1 t/m 12.2.4 wordt toegepast.

13.2.6 Voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in dialyseapparatuur geldt als maximum per erkende plaats: € 3.326.

13.2.7 In aanvulling op het onder 13.2.6 genoemde bedrag kunnen de aanvaardbare kosten nacalculatorisch worden aangepast in verband met de mutatie in de werkelijke afschrijvings- of leasekosten voor specifieke) CCPD-apparatuur (zogenaamde cyclers).

13.3 Investerings ex artikel 2 WBMV

13.3.1 Investerings in medische apparatuur / inventarissen waarvoor goedkeuring is vereist in het kader van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV), alsmede investeringen in apparatuur voor automatische informatieverwerking zijn niet begrepen in de in onderdeel 13.2.1 genoemde investeringsbedragen.

13.3.2 Radiotherapie

13.3.2.1 Voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in apparatuur ten behoeve van radiotherapie gelden de volgende maximale bedragen:

Megavolttherapie

	VAST	VARIABEL
per lineaire versneller	€ 314.140	€ 129,

*per behandeling DBC declaratiecode 140626-140629 (Teletherapie T1-T4).

Uitbreiding lineaire versneller

In het planningsbesluit radiotherapie 2000, d.d. 21 september 2000, is opgenomen dat voor capaciteitsuitbreiding zonder bouw geen vergunning vereist is voor investeringen in apparatuur tot een bedrag van € 13.613.406 per afzonderlijk apparaat. In geval van uitbreiding met een lineaire versneller en randapparatuur kan het verschil tussen de

afschrijvingskosten horend bij het investeringsbedrag en de toegroei van de afschrijvingskosten op grond van onderhavige beleidsregel gecompenseerd worden. Het bedrag van de werkelijke investeringskosten wordt, met een maximum van het normatieve investeringsbedrag, als uitgangspunt genomen voor de bepaling van de te compenseren afschrijvingskosten.

Indien de werkelijke investeringskosten gelijk (of hoger) zijn aan de normatieve investeringskosten bedraagt de compensatie voor de afschrijvingskosten per versneller in het eerste jaar 90% van de afschrijvingskosten van het normatieve investeringsbedrag. Dit percentage wordt vervolgens jaarlijks met 10% afgebouwd.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
16 van 28

Brachytherapie

VAST

Indien daadwerkelijk brachytherapie plaatsvindt: 2 apparaten ad totaal maximaal € 110.490 bij 89 behandelingen of 200 à 300 applicaties volgens DBC declaratiecode 140630-140634 (Brachytherapie B1-B5).

13.3.2.2 Voor zelfstandige radiotherapeutische instellingen geldt bovendien een te investeren bedrag van € 50.000 voor investeringen in (medische) inventarissen per lineaire versneller.

13.3.2.3 De afschrijvingspercentages voor de in 13.3.2.1 genoemde jaarlijkse investeringen luiden 10% voor de vaste investeringsbedragen en 20% voor de variabele investeringsbedragen

13.3.3 Neurochirurgie

13.3.3.1 De afschrijvingskosten voor investeringen tussen € 0,45 miljoen en € 4,5 miljoen, ten behoeve van de functie bijzondere neurochirurgie, kunnen in de aanvaardbare kosten worden opgenomen op basis van een gezamenlijk verzoek van partijen. Voorwaarde is dat het betreffende zorgaanbieder is aangewezen als neurochirurgisch centrum in het kader van het Planningsbesluit Neurochirurgie 2001. Alvorens de afschrijvingskosten in de aanvaardbare kosten op te nemen vindt er een aftrek van € 0,45 miljoen plaats op het investeringsbedrag. De afschrijvingskosten van dit bedrag worden geacht gefinancierd te worden uit de normatieve beleidsregel medische en overige inventarissen.

13.3.3.2 Voor investeringen boven € 4,5 miljoen ten behoeve van de functie bijzondere neurochirurgie gelden de regelingen genoemd onder punt 13.3.1 en 13.3.4.

13.3.3.3 In geval van vervanging van apparatuur voor de functie bijzondere neurochirurgie, waarvan de oorspronkelijke investering in het budget is opgenomen op grond van goedkeuring artikel 2 WBMV of op grond van een lokaal verzoek, kunnen de afschrijvingskosten opnieuw in de aanvaardbare kosten worden opgenomen op basis van lokale overeenstemming. De afschrijvingskosten worden op dezelfde wijze in de aanvaardbare kosten opgenomen als het geval is bij een nieuwe investering in bijzondere neurochirurgische apparatuur.

13.3.4 Investerings medische apparatuur/inventarissen bijzondere functies

13.3.4.1 De afschrijvingskosten voor nieuwe investeringen in medische apparatuur/inventarissen waarvoor goedkeuring is vereist in het kader van artikel 2 WBMV en die niet zijn begrepen in de in onderdeel 13.2.1 genoemde investeringsbedragen, kunnen in het budget worden opgenomen op basis van een gezamenlijk verzoek van partijen. Voor de beoordeling van de investeringsbedragen geldt de onder 13.3.4.2 t/m 13.3.4.4 genoemde procedure.

13.3.4.2 In geval van vervanging van de investeringen in medische apparatuur / inventarissen waarvoor goedkeuring is vereist in het kader van artikel 2 WBMV en die niet zijn begrepen in deze beleidsregel geldt dezelfde procedure als genoemd onder 13.3.4.1.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
17 van 28

13.3.4.3 Het artikel 12.3.4.1 tot en met 13.3.4.2 geldt niet voor investeringen in verband met neonatale IC-apparatuur, voor investeringen in radiotherapieapparatuur en voor investeringen tot € 4,5 miljoen ten behoeve van de functie neurochirurgie.

13.3.4.4 Indien voorzieningen uit artikel 2 WBMV worden verwijderd, zal de regeling voor investeringen als genoemd onder punt 13.3.4.2 van kracht blijven indien de investering plaats vond op het moment dat de voorziening nog wel onder artikel 2 WBMV viel.

14. Dubieuze debiteuren

14.1 Uitgangspunt voor de beoordeling van de aanvaardbaarheid van de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren vormen onderstaande criteria:

- De afschrijvingskosten hebben betrekking op de in rekening gebrachte geldende tarieven die onder de Zorgverzekeringswet valt.
- De betrokken zorginstelling dient zodanige voorzieningen te treffen dat een adequate en vooral tijdige debiteurenbewaking gewaarborgd is.
- In dit verband dient zorg te worden gedragen voor een consequente en tijdige afstemming tussen zorginstelling en zorgverzekeraar over de juistheid van de verzekeringsgegevens van de patiënten.
- Ongeacht de vraag of patiënten verzekerd zijn voor kosten uit hoofde van de door de zorginstelling verleende hulp, dienen alle mogelijkheden tot verhaal of vergoeding van deze kosten, inclusief die van de Algemene Bijstandswet te worden benut.
- Vorderingen op patiënten of zorgverzekeraars in verband met onderzoeken of opnamen waarvoor niet de gebruikelijke machtigingsprocedures zijn gevolgd, of waarvoor geen toestemming tot het betrokken onderzoek/opname is verleend, worden in beginsel niet meegenomen.
- De betreffende zorginstelling dient met betrekking tot de wijze van afboeking van dubieuze debiteuren een bestendig beleid te voeren, dat voldoet aan de hiervoor genoemde criteria.

14.2 Op de in de aanvaardbare kosten opgenomen afschrijvingskosten dubieuze debiteuren vindt geen nacalculatie plaats.

14.3 Deze beleidsregel is niet van toepassing op kosten van medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 122a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet aan vreemdelingen als bedoeld in artikel 122a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.

14.4. De verzekeraar toets bij het maken van productieafspraken of de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren voldoen aan de voorafgaande bepalingen. Dit laat onverlet de bevoegdheid van de NZa om hier zelf onderzoek naar te doen bij de beoordeling van ingediende productieafspraken. Wanneer blijkt dat de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren niet aan de vorengenoemde bepalingen voldoen, zal de NZa deze niet opnemen in de aanvaardbare kosten.

15. Lokale productiegebonden toeslag

15.1 Algemeen

In aanvulling op het budget dat op basis van de geldende beleidsregels wordt berekend kunnen de instelling en de lokale zorgverzekeraars als

onderdeel van de aanvaardbare kosten een toeslag op het budget overeenkomen. Deze lokale productiegebonden toeslag kan worden aangewend voor de financiering van activiteiten en projecten waarvoor geen dekking wordt verkregen via de parameters van het FB-budget.

Kenmerk
11D0014259
Pagina
18 van 28

Voor algemene en academische ziekenhuizen bedraagt de individuele toeslag ten hoogste 2% van het productiegebonden deel van het FB-budget inclusief eerstelijns ultimo (t). Daarenboven kunnen lokale partijen eventueel extra afspraken maken boven de 2% maar tot een maximum van 5%, wanneer door lokale partijen aan te geven bijzondere omstandigheden daartoe naar de mening van lokale partijen aanleiding geven.

15.2 Voorwaarden

De in 15.1 bedoelde toeslag kan in de aanvaardbare kosten worden opgenomen indien deze toeslag is gebaseerd op een overeenkomst tussen lokale partijen en daarbij aan de volgende criteria is voldaan:

- a** De activiteiten moeten passen binnen de doelstellingen van de ziekenhuisorganisatie, dat wil zeggen dat ze gerelateerd moeten zijn aan onderzoek en behandeling van patiënten.
- b** Met de toeslag mogen geen activiteiten gefinancierd worden waarvoor op grond van wetgeving een vergunning is vereist indien het ziekenhuis niet over een dergelijke vergunning beschikt.
- c** De toeslag mag niet gebruikt worden om de lumpsum te suppleren.
- d** De toeslag mag niet worden gebruikt voor de vorming van reserves of voorzieningen.
- e** De toeslag mag niet worden gebruikt voor de bekostiging van dure geneesmiddelen.
- f** De toeslag dient benut te worden voor het realiseren van extra productie.

15.3 Procedure

Voor de vaststelling van de toeslag geldt de volgende procedure.

- a** Het lokaal overleg beoordeelt de projecten aan de hand van de in 15.2.a tot en met 15.2.f genoemde criteria en stelt de bijbehorende bedragen vast.
- b** Indien het totaal van de projectkosten bij de instelling het maximum van de individuele vrije toeslag overschrijdt stellen lokale partijen via een prioritering een selectie van projecten vast zodat het totaal van de projectkosten binnen het maximaal aanvaardbare bedrag blijft.
- c** De NZa toetst of de door lokale partijen ingediende overeenkomst binnen de toegestane marge blijft. Indien dit het geval is wordt de overeenkomst in beginsel aanvaard. Indien dit niet het geval is wordt de aanvraag zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen en worden partijen in de gelegenheid gesteld om binnen een termijn van acht weken een herziene overeenkomst in te dienen. In het geval één of beide lokale partijen zich tot de LALO hebben gewend, kan de overeenkomst na afloop van de indieningstermijn in behandeling worden genomen, mits het oorspronkelijke verzoek tijdig is ingediend.

d Indien een overeenkomst zoals in 8.3.3 bedoeld niet tot stand komt en partijen zich niet tot de LALO hebben gewend, wordt een bij de NZa ingediend eenzijdig verzoek zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen.

Kenmerk
11D0014259
Pagina
19 van 28

e Bij de definitieve budgetvaststelling stellen lokale partijen het definitief overeengekomen bedrag vast op basis van door het ziekenhuis aangeleverde exploitatiegegevens. Daarbij geldt dat substitutie van middelen tussen projecten is toegestaan en dat andere projecten kunnen worden toegevoegd met inachtneming van de maximaal toegestane kosten. De inhoudelijke beoordeling geldt de individuele projecten waarvoor de toeslag wordt aangewend.

Bij de aanvraag voor de definitieve budgetvaststelling verklaren lokale partijen dat de projecten beoordeeld zijn met inachtneming van de in 15.2 a tot en met f genoemde criteria. Via het controleprotocol nacalculatie verifieert de externe accountant van de instelling of deze toetsing correct heeft plaatsgevonden. In het geval de externe accountant een goedkeurende verklaring afgeeft wordt de overeenkomst in principe door de NZa aanvaard. Indien dit niet het geval is wordt de overeenkomst zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen.

15.4 Melding

Bij de overeenkomst over het definitieve aanvullende budget melden lokale partijen aan de NZa het aantal projecten dat met de extra middelen wordt uitgevoerd met daarbij een korte omschrijving van de aard van de projecten en de gerealiseerde extra productie. Deze gegevens hanteert de NZa voor de inventarisatie van de kostenontwikkeling en de verantwoording van de budgetontwikkeling ten behoeve van de zorgnota.

16. Spoedeisende ziekenhuiszorg: beschikbaarheidtoeslag

16.1 Algemeen

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

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

Het RIVM heeft in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd naar aanrijdtijden naar ziekenhuislocaties met een spoedeisende eerste hulpafdeling. Dit onderzoek (aanpassen) geeft aan welke locaties voldoen aan de bereikbaarheid volgens bovenstaande definitie. Het feit dat een locatie in dit onderzoek wordt genoemd betekent niet dat een trekkingsrecht ontstaat op toekenning van extra middelen. Voor toekenning van middelen zijn de voorwaarden uit 9.2.2 van deze beleidsregel van toepassing.

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

16.2 Toekennen extra middelen voor bereikbaarheid

16.2.1 Ziekenhuizen die aan de in 16.2.2 genoemde voorwaarden voldoen kunnen voor de kosten van de beschikbaarheid op een locatie een verhoging van de aanvaardbare kosten ontvangen.

16.2.2 Voorwaarden

a Op de locatie waarvoor de toeslag wordt overeengekomen moet beschikbare spoedeisende zorg volgens de in de beleidsregel Begrippen en definities curatieve tweedelijns somatische zorg I genoemde definitie gerealiseerd zijn.

b Het ziekenhuis dat de extra middelen ontvangt dient zorg te dragen voor een voldoende capaciteit aan medisch specialisten om aan de in artikel 10.1 geformuleerde eisen te voldoen. Hiervoor geldt uit hoofde van de kwaliteitseisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt, een absoluut minimum van 2,5 FTE-specialist per vakgroep voor 24-uurs beschikbaarheid. Hieraan kan ook invulling worden gegeven door samenwerking met andere ziekenhuisorganisaties of -locaties.

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

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

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

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

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

16.3. omvang

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

17. Medisch specialisten in dienstverband

17.1 Beleidsregelbedragen

Ingeval van een volledig loondienstverband van medisch specialisten kunnen de volgende bedragen in de aanvaardbare kosten worden opgenomen:

- loonkosten, inclusief kosten van secretariële ondersteuning en overige praktijkkosten, maar exclusief kosten van praktijkovername: per FTE medisch specialist € 190.165 (prijspeil 2010)

Indien op het moment van in loondienst treden de medisch specialist recht heeft op praktijkoverdracht en het ziekenhuis de praktijk daadwerkelijk overneemt:

- praktijkovername: per FTE medisch specialist € 68.067

De overnamesom dient door het ziekenhuis te worden geactiveerd. Het bedrag kan via een afschrijving van 10% per jaar in de aanvaardbare kosten worden opgenomen.

18. Bijzondere tandheelkunde

18.1 Criteria

De criteria komen overeen met de criteria voor de zelfstandige instellingen voor bijzondere tandheelkunde.

Het gaat om een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten respectievelijk ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek.

De te behandelen patiënten kennen een zodanige problematiek dat de hulp redelijkerwijs niet (volledig) kan worden geboden in de huispraktijk. De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multi-disciplinaire aanpak en kan zijn gelegen in de tandheelkundig-technische moeilijkheidsgraad en / of in problemen van lichamelijke en / of verstandelijke aard van de te behandelen patiënt.

Deze vereisten kunnen als volgt worden geconcretiseerd:

- De instelling moet zodanig zijn gepositioneerd in het aanbod van zorgvoorzieningen dat zij beschikt over de mogelijkheden tot multidisciplinaire consultatie, diagnostiek en behandeling.
- De instelling moet voor ten minste alle patiënten, vallende onder artikel 8 lid 1 en/of artikel 8 lid 2/3 van de "Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering" (Stc. 1994, 208), toegankelijk zijn.
- De instelling moet een minimale omvang hebben van 1,0 fte. tandarts.
- De continuïteit moet gewaarborgd zijn, hetgeen betekent dat op elke werkdag zorgverlening beschikbaar moet zijn.
- Spoedgevallen moeten op elk moment opgevangen kunnen worden via een regeling voor spoedeisende klachten.
- De instelling vervult haar taken via toetsbare protocollen; de output beantwoordt aan nader te formuleren kwaliteitseisen.
- De instelling heeft in principe een loondienstrelatie met de medewerkers.

18.2 Toetsing

Voor wat de toetsing van de werkelijke kosten betreft, dient de administratieve en inhoudelijke inrichting van de exploitatierekening te wijzigen, waardoor de werkelijke kosten, de aanvaardbare kosten en de werkelijke opbrengsten samenhangend met de bijzondere tandheelkundige functie, op een reguliere wijze kunnen worden verwerkt.

18.3 (Academische) ziekenhuizen met een afdeling voor bijzondere tandheelkunde die voldoen aan de criteria

Indien wordt voldaan aan de onder 18.1 genoemde criteria gelden onderstaande maxima.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
22 van 28

18.3.1 Tandartsen bijzondere tandheelkunde

Voor het aantal aanvaardbare tandartsen geldt als rekennorm minimaal 1206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte. tandarts en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor salaris tandarts tot maximaal € 106.388 per 1,0 fte. tandarts. Dit bedrag muteert met het inkomen van de tandarts volgens de beleidsregels voor tandartsen.

18.3.2 Doorgaande praktijkkosten van de tandarts

De doorgaande praktijkkosten van de tandarts kunnen als aparte kostenpost worden meegenomen met als voorwaarde dat een tandarts ten minste vier halve dagen per week in de huispraktijk werkzaam is. De vergoeding is afhankelijk van de arbeidsovereenkomst van de tandartsassistent in de eigen huispraktijk. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar assistentie en overige doorgaande praktijkkosten.

Assistentie

Alleen indien de tandartsassistent een arbeidsovereenkomst / contract heeft met de tandarts voor de uren dat de tandarts in de instelling werkzaam is, worden de contracturen van de assistent vergoed en geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten tot maximaal € 27.864 per jaar per 1,0 fte. tandarts.

Overige doorgaande praktijkkosten

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor overige doorgaande praktijkkosten tot maximaal € 50.020 per jaar per 1,0 fte. tandarts. Onder overige doorgaande praktijkkosten zijn begrepen: huisvesting (huur, afschrijving, rente, energie, schoonmaakkosten), inrichting (afschrijving, rente, onderhoud, overige afschrijvingen, overige investeringen), praktijk (telefoon, porti, wachtkamer, kantoor, verzekeringen, accountant, representatie, textiel, diversen), vervoer, interest (debiteuren, kasgeld, materialen) en preventief hygiënische maatregelen.

18.3.3 Vergoeding management(taken) en bij- en nascholing tandarts en ondersteunend tandheelkundig team

De vergoeding voor de kosten van management(taken) en bij- en nascholing tandarts en ondersteunend tandheelkundig team is normatief en vastgesteld op € 18.023 per jaar per 1,0 fte. tandarts.

18.3.4 Formatie ondersteunend tandheelkundig team en klinisch psycholoog

De vergoeding voor salarissen van het ondersteunend tandheelkundig team, overige personeelkosten en klinisch psycholoog is normatief en vastgesteld op € 99.725 per jaar per 1,0 fte tandarts.

18.3.5 Verbruiksmaterialen en overige kosten

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor verbruiksmaterialen en overige kosten tot maximaal € 26.815 per jaar per 1,0 fte. tandarts. Onder overige kosten zijn onder meer begrepen: praktijk (telefoon, porti, wachtkamer, kantoor, verzekeringen, accountant, representatie, textiel, diversen), vervoer en preventief hygiënische maatregelen.

18.3.6 Rente, afschrijving en onderhoud

De werkelijke kosten voor rente en afschrijvingen zijn aanvaardbaar voor zover deze passen binnen de voor rente en afschrijving geldende beleidsregels. Als kosten voor onderhoud zijn aanvaardbaar de werkelijke kosten.

Kenmerk
11D0014259
Pagina
23 van 28

18.3.7 Substitutie

Indien in een jaar de werkelijke kosten van een kostencategorie (m.u.v. salaris tandarts) het maximum van de betreffende beleidsregel overschrijdt, kan dat worden gecompenseerd met een onderschrijding bij andere kostencategorieën, mits de zorgverzekeraars in het lokaaloverleg daarmee instemmen en het totaal van de werkelijke kosten van alle kostencategorieën tezamen blijft binnen het totaal van het beleidsregelmaximum. Deze substitutieregel betreft alleen de kostencategorieën met een beleidsregelmaximum.

18.3.8 Nacalculatie

Nacalculatie zal plaatsvinden overeenkomstig de situatie bij de zelfstandige instellingen, dat wil zeggen nacalculatie op basis van werkelijke kosten en werkelijke uren. Dit houdt in dat de werkelijke kosten gelijk zijn aan de aanvaardbare kosten voorzover deze kosten passen binnen het maximum van deze beleidsregel, rekening houdend met substitutie. De werkelijk ontvangen opbrengsten dienen ter dekking van de aanvaardbare kosten.

18.4. De rekennorm

De rekennorm is minimaal 1.206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte. tandarts voor kleinere instellingen ($1,0 \leq \text{fte. tandarts} < 2,0$) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

De rekennorm is minimaal 1.106 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte. tandarts voor grotere instellingen ($\geq 2,0$ fte. tandarts) en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 5,5 declarabele stoeluren per werkdag.

18.5 Tariefberekening en tariefprocedure

Het vaste uurtarief wordt berekend door de aanvaardbare kosten te delen door de rekennorm. In het vaste uurtarief zijn niet begrepen:

- a. kosten voor tandtechniek;
- b. kosten voor extra-orale voorzieningen;
- c. implantaatkosten;
- d. kosten voor OPG en RSP;
- e. kosten voor intraveneuze sedatie (en narcose).

Ad a. tot en met e.

De kosten voor tandtechniek (voor zover uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium), voor extra-orale voorzieningen en voor implantaatkosten kunnen separaat worden doorberekend tegen de werkelijke kosten. Onder implantaatkosten wordt verstaan de kostprijs implantaat, dat wil zeggen alle materialen die voor de implantatie tijdelijk dan wel blijvend in de mond wordt geplaatst, plus de overheadkosten per implantaat (Code I25 voor tandartsen algemeen practici).

De kosten voor tandtechniek in eigen beheer kunnen worden doorberekend, maar mogen in ieder geval niet hoger zijn dan de maximum tarieven, zoals deze zijn vastgesteld door de NZa

Voor OPG en RSP kunnen de werkelijke kosten separaat worden doorberekend; indien niet uitbesteed, maar in eigen beheer gemaakt,

kunnen respectievelijk maximaal de bedragen, vermeld achter code X21 tot en met X25 conform de vigerende tariefbeschikking voor tandartsen worden gedeclareerd.

Kenmerk
11D0014259

Pagina
24 van 28

De kosten voor intraveneuze sedatie kunnen tegen de werkelijke kosten worden gedeclareerd. De kosten voor narcose kunnen tegen de werkelijke kosten worden gedeclareerd, voor zover deze niet voor rekening komen van het ziekenhuis of de anesthesist.

De NZa zal de structurele vaste uurtarieven jaarlijks per 1 januari voor het jaar (t+1) actualiseren voor de loon- en prijsstijgingen volgens de betreffende indexen. Instellingen dienen hiertoe vóór 1 november van het jaar (t) een ondertekend verzoek bij het De NZa te hebben ingediend. De trendmatige jaarlijkse ophoging van de vaste tarieven wordt bovendien alleen toegepast indien de instellingen minimaal een verzoek tot definitieve verrekening van het jaar (t-2) en voorafgaande jaren hebben ingediend.

18.6 (Academische) ziekenhuizen met een afdeling voor bijzondere tandheelkunde met minder dan 1 fte. tandarts en die niet voldoen aan alle criteria tegelijk zoals vermeld onder 2.1

Indien niet wordt voldaan aan alle criteria zoals vermeld bij punt 2.1 gelden de volgende maxima.

De aanvaardbare kosten 1999 kunnen ten opzichte van de aanvaardbare kosten 1998 worden aangepast met het verschil van de opbrengst 1999 van de declaraties van de vaste neventarieven G001 en G002 en de reeds in de aanvaardbare kosten 1998 opgenomen kosten.

Na 1999 is de aanpassing van de aanvaardbare kosten gelijk aan het verschil in opbrengst van de declaraties volgens neventarieven G001 en G002 in het jaar t minus t-1

19. Extramuraal afleveren van geneesmiddelen door intramurale instellingen

In de aanvaardbare kosten kunnen de kosten van het extramuraal (buiten de eigen instelling) afleveren van geneesmiddelen worden opgenomen. De aanvaardbare kosten zijn gelijk aan de met deze functie-uitoefening samenhangende opbrengsten, waaronder begrepen zijn:

- Totaal gedeclareerde receptregelvergoedingen conform de vigerende tariefbeschikking.
- De aflevering van WMG-geneesmiddelen tegen declaratieprijs, inclusief grondstoffen voor eigen bereidingen aan cliënten die zelfstandig wonen en aan bewoners van instellingen die zijn toegelaten voor verblijf voor verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking en voor verzekerden met een psychosociaal probleem, én niet toegelaten voor behandeling.
- De aflevering van niet-WMG-geneesmiddelen aan cliënten die zelfstandig wonen en aan bewoners van instellingen die zijn toegelaten voor verblijf voor verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking en voor verzekerden met een psychosociaal probleem, én niet toegelaten voor behandeling.
- Totaalopbrengst van levering van farmaceutische hulp aan intramurale instellingen⁶

⁶ Hieronder wordt in dit kader niet verstaan instellingen die toegelaten zijn voor verblijf voor verzekerden met een somatische dan wel psychogeriatrische aandoening of beperking en voor verzekerden met een psychosociaal probleem, én niet toegelaten voor behandeling.

20. Specifieke beleidsregelparagraaf voor academische ziekenhuizen

Kenmerk
11D0014259

Pagina
25 van 28

20.1 Opslag WW-premie

De academische ziekenhuizen hebben vanaf 2009 opslag ontvangen van 1,16% voor het vervallen van het werknemersdeel van de WW-premie in 2009. Hierdoor hebben algemene en academische ziekenhuizen in artikel 7.1 verschillende parameterwaarden voor loonkosten.

20.2 Artskosten academische ziekenhuizen

De in de aanvaardbare kosten op te nemen artskosten betreffen de kosten van het integrale loondienstverband van artsen in academische ziekenhuizen. De hiermede samenhangende aanvaardbare loonkosten worden als volgt berekend.

20.3 Medisch specialisten academische ziekenhuizen

De loonkosten voor de medische specialisten worden gebaseerd op het aantal ongewogen (poort) specialisteneenheden dat is toe te rekenen volgens de berekening van het FB-model in 2001. Dit aantal is inclusief de radiotherapeuten, waarvan de FB-wegingsfactor nul is vanaf 1999. Aanpassing van het aantal poortspecialisten kan plaatsvinden voor de in het lokaal overleg in 2001 overeengekomen mutatie ten opzichte van de situatie per 1 januari 1997 van het aantal poortspecialisten voor orgaantransplantaties. Aan het aldus berekende aantal (poort)specialisten wordt toegevoegd een aantal ondersteunende specialisten. De toevoeging wordt berekend door het aantal aanvaardbare poortspecialisten te vermenigvuldigen met de factor 0,274. Deze factor komt overeen met de werkelijke verhouding per ultimo 1994 van het aantal ondersteunende specialisten ten opzichte van het aantal poortspecialisten. De aanpassing moet onderdeel zijn van de aanvraag zoals bedoeld in artikel 8.2.3.

20.4 Secretariaatmedewerkers

De loonkosten voor secretariaatmedewerkers worden gebaseerd op een normatief aantal secretariaatmedewerkers. Maximaal aanvaardbaar is 0,5 fte secretariaatmedewerker voor 1 fte aanvaardbare medisch specialist (poortspecialist en ondersteunende specialist). De aanpassing moet onderdeel zijn van de aanvraag zoals bedoeld in artikel 8.2.3.

20.5 Materiële kosten

De materiële kosten – bijkomende overige personeelskosten – worden gebaseerd op het totaal van de aanvaardbare aantallen medisch specialisten en secretariaatmedewerkers.

21. Inwerkingtreding en citeerregel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel Beleidsregel Functiegerichte budgettering Algemene en Academische ziekenhuizen, met kenmerk BR/CU-2021, ingetrokken.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel Functiegerichte budgettering Algemene en Academische ziekenhuizen'.

22. Deze beleidsregel treed in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg, wordt geplaatst. In afwijking van voorafgaande werkt artikel 7.6 van deze beleidsregel, inhoudende meerkosten bloed terug tot 1 januari 2011.

Toelichting

Algemeen

Met deze beleidsregel wordt bepaald op welke wijze het budget voor de intramurale zorgverlening in het kader van de curatieve tweedelijns somatische gezondheidszorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt vastgesteld. Dit beleid heeft enkel betrekking op gebudgetteerde instellingen.

Deze beleidsregel moet worden gezien in samenhang met:

- de Beleidsregel procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten

De eerste is procedureel van aard. In die beleidsregel wordt beschreven volgens welke procedure en binnen welke termijnen de budgetten worden vastgesteld. De tweede beleidsregel geeft een inhoudelijke beschrijving van de wijze waarop het budget wordt vastgesteld. De onderhavige beleidsregel werkt de wijze waarop het budget wordt vastgesteld vervolgens nader uit voor intramurale zorg.

Inhoudelijk

Met deze nieuwe beleidsregel wordt een aantal technisch-juridische verbeteringen doorgevoerd, bijvoorbeeld met betrekking tot de vermelding van de grondslag van de beleidsregel of de wijze waarop het doel en/of de werkingssfeer is omschreven. Daarnaast is beoogd het beleid, waar nodig, nader uit te werken. Ten slotte is de wijziging gebruikt om de beleidsregel, waar nodig, te actualiseren. Bijvoorbeeld in verband met nieuwe regelgeving die van kracht is geworden.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de voorgaande beleidsregel zijn de volgende:

In paragraaf 2 van deze beleidsregel is een beschrijving opgenomen van de wijze waarop het budget aanvaardbare kosten voor de intramurale zorg wordt vastgesteld.

In de voorliggende beleidsregel is een nadere beschrijving gegeven van het beleid met betrekking tot de wijze waarop de NZa de hoogte van de budgetparameters vaststelt. Dit draagt bij aan de reguleringszekerheid en de bestendigheid van beleid.

De budgetparameters zijn gebaseerd op historisch vastgestelde kostprijzen. De hoogte hiervan houdt verband met de gemiddelde tijdsduur van de te leveren zorg en de gemiddelde loonkosten. De budgetparameters worden in beginsel jaarlijks geïndexeerd. De loonkostencomponent wordt geïndexeerd volgens de loonindex, zoals die wordt vastgesteld door het Ministerie van VWS. Deze index houdt verband met de CAO-afspraken. Voor wat betreft de materiële kosten wordt aangesloten bij het prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan (CEP) van het Centraal Planbureau (CPB).

Bijlage bij BR/CU-2032

Kenmerk
11D0014259

Pagina
27 van 28

Aafact	RVG 17121	humaan factor VIII
Advate	EU/1/03/271/001-004	octocog alfa (rec. human factor VIII)
Autoplex-T (niet in GVS)	-	humaan anti-inhibitor-coagulant complex
Benefix	EU/1/97/047/001	humaan anti-inhibitor-coagulant complex
Ceprothin 500 IE	EU/1/01/190/001	
Ceprothin 1000 IE	EU/1/01/190/001	
Factor VII Concentraat TIM 4 (niet in GVS)	-	nonacog alfa (rec. humaan factor IX)
Factor IX P Behring	RVG 17529	humaan factor VII
Factor XIII concentraat (niet in GVS)	-	
Feiba S-TIM 4	RVG 17119	humaan factor IX, humaan factor X
	RVG 17120	
Fibrogammin P	-	humaan factor XIII
Haemate P	RVG 17445	humaan anti-inhibitor-coagulant complex
Haemocomplettan P	RVG 16996	
Helixate Nex Gen	EU/1/00/144/001	humaan factor XIII
	EU/1/00/144/002	humaan factor VIII, humane Von Willebrandfactor
	EU/1/00/144/003	humaan fibrinogeen
	EU/1/00/144/004	octocog alfa (rec. humaan factor VIII)
Hemofil M	RVG 17075	humaan factor VIII
	RVG 17076	
	RVG 17077	
Hyate C	-	(varkens)factor VIII
Immunate	RVG 17427	humaan factor VIII, humane Von Willebrandfactor
	RVG 17428	humaan factor IX
Immunonine	RVG 17861	
	RVG 17862	
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/001	octocog alfa (rec. humaan factor VIII)
	EU/1/00/143/002	
	EU/1/00/143/003	
	EU/1/00/143/004	
	EU/1/00/143/005	
	EU/1/00/143/006	
	EU/1/00/143/007	humaan factor IX
	EU/1/00/143/008	
	EU/1/00/143/009	
	EU/1/00/143/010	humaan factor VIII
	EU/1/00/143/011	
Mononine	RVG 16874	
	RVG 16875	
	RVG 16876	
Monoclatale P	RVG 17365	
	RVG 17366	
	RVG 17367	humaan factor IX
Nonafact	EU/1/01/186/001	
	EU/1/01/186/002	eptacog alfa (rec. humaan factor VII)
Octane 250 en 500	RVG 29925	humaanfactor VIII
Octane 1000	RVG 29926	humaanfactor VIII
Nanotiv 500 en 1000	RVG 29962	Humaanfactor IX

Kenmerk
11D0014259

Pagina
28 van 28

Novoseven	EU/1/96/006/001 EU/1/96/006/002 EU/1/96/006/003	octocog alfa (rec. humaan factor VIII) moroctocog alfa (rec. humaan factor VIII)
Recombinate	RVG 16030 RVG 16031 RVG 16032 EU/1/99/103/001 EU/1/99/103/002 EU/1/99/103/003	
ReFacto Wilate 450 Wilate 900	RVG 32375 RVG 105308 RVG 105310	von willebrand factor
Wilfactin 100/IE/ml		
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/012	Octovg alfa (recombinant stollingsfactor VIII)
Kogenate Bayer	EU/1/00/143/013	Octovg alfa (recombinant stollingsfactor VIII)
Kogenate Bayer	EU/1/00/144/005	Octovg alfa (recombinant stollingsfactor VIII)