**Integrale uitwerking van de bekostigingssystematiek (DBC/DOT) benigne gynaecologie**

Disclaimer: aangezien de wettelijke regels rondom registratie en bekostiging soms wijzigen, kunnen er geen rechten aan onderstaande instructie worden ontleend. Het doel van dit stuk is een praktische handleiding te maken voor het bekostigingssysteem van de benigne gynaecologie. Deze versie bevat geldende wet- en regelgeving in ieder geval tot en met december 2022.

**Inhoud**

1. **Naslagwerk**
2. **Begrippenlijst**
3. **Diagnose combinatie tabel**
4. **Knelpunten bij zorgactiviteiten**
5. **Wijzigingsverzoeken**

**1. Naslagwerk**

* **Handleiding dbc-systematiek** (NZa; versie 1 januari 2021): document dat de belangrijkste dbc onderwerpen beschrijft (o.a. registreren, Diagnose Combinatie Tabel, afleiden, declareren)
* **Registratiewijzer** (FMS; versie 11 december 2021): registratiesystematiek en bijbehorende registratieregels kan zeer complex zijn. De FMS heeft getracht met dit document het e.e.a. praktischer (/gemakkelijker) op te schrijven, zodat het beter toepasbaar is in de praktijk.
* **Zorgproductenapplicatie NZa:** <https://zorgproducten.nza.nl/Home.aspx> en handleiding: <https://zorgproducten.nza.nl/Handleiding.pdf> . Hierin kan iedereen opzoeken of een bepaalde combinatie van zorgactiviteiten valideert naar een geldig zorgproduct. Praktische tip: zorg bij gebruik van de zorgproductapplicatie ervoor dat er altijd een polikliniekbezoek toegevoegd wordt, anders valideert (bijna) niets.
* **Zorg- en behandeldata** die door alle ziekenhuizen zijn aangeleverd bij het dbc-informatiesysteem (DIS): <https://www.opendisdata.nl/.> Te splitsen per periode en per gemeente
* **FAQ BBC NVOG:** een lijst met FAQ (frequently asked questions) op het gebied van declaratie/ registratie die halfjaarlijks wordt herzien, voor het laatst december 2022. Deze lijst is te vinden via <https://www.nvog.nl/koepels-en-pijlers/beroepsbelangen-commissie/>
* **Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg:** <https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_638305_22/1/.> Dit document bevat een overzicht van het segment (A- of B-segment) waarbinnen een zorgproduct of OZP (overig zorgproduct) valt (A-segment is gereguleerd en B-segment is onderhandelbaar). Als het om het A-segment gaat dan bevat dit document het door de NZa vastgestelde maximumtarief.

**2. Begrippenlijst**

**Zorgactiviteit:** zorgactiviteiten zijn bijvoorbeeld consulten, onderzoeken, verpleegdagen en operatieve activiteiten. Deze worden binnen het zorgtraject van de patiënt geregistreerd.

**Overige zorgproducten (OZP's):** betreft een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn onderverdeeld in vijf hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, overige verrichtingen en facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg. Overige zorgproducten worden vastgelegd in zorgactiviteiten. De omschrijving van een zorgactiviteit is eveneens van toepassing op een overig zorgproduct. Ook is de omschrijving van een overig zorgproduct eveneens van toepassing op een zorgactiviteit. Sommige overige zorgproducten kunnen zowel los als additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

**Zorgproduct:** Een zorgproduct is opgebouwd uit (delen van) verschillende zorgactiviteiten. Afhankelijk van de onderliggende zorgactiviteiten wordt er afgeleid naar een lichter of een zwaarder poliklinisch of klinisch zorgproduct. Zorgproducten zijn onderverdeeld in dbc-zorgproducten en overige zorgproducten.

**A-segment/B-segment:** zorgproducten zijn in twee groepen verdeeld.   
-A-segment houdt het gereguleerde segment in. Dit is het segment waarin landelijke maximumtarieven zijn vastgesteld door de NZa. Deze tarieven worden gebaseerd op de kostprijzen die de ziekenhuizen (doorgaans) jaarlijks moeten aanleveren. Alle kostprijzen samen leveren een gewogen, gemiddelde kostprijs op. Die kostprijs is het uitgangspunt voor het tarief voor het betreffende zorgproduct.   
-B-segment houdt het vrije segment in. In dit segment mogen ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar in onderhandeling treden wat betreft de tarieven. Zorgproducten die horen bij de begeleiding van de zwangerschap en zorgproducten die zien op een zwangerschapsafbreking vallen in principe in het vrije segment.

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\_638305\_22/1/

**3. Diagnose Combinatie Tabel**  
In de Diagnose Combinatie Tabel (hierna: DCT) staan de diagnosecombinaties die **niet** parallel mogen voorkomen. Het doel hiervan is om te voorkomen dat zorgtrajecten onterecht parallel worden geopend. Eén van de voorwaarden voor het openen van een parallel zorgtraject is dat er sprake moet zijn van een andere, nieuwe zorgvraag dan waar de patiënt al bekend mee is. Logischerwijs is daarom het openen van parallelle zorgtrajecten met twee identieke diagnosen niet toegestaan. Er zijn twee uitzonderingen:   
− Bepaalde dubbelzijdige aandoeningen die aan beide zijden operatief worden behandeld.  
− Aandoeningen waarbij op basis van een uitzondering in de Nadere Regel, parallelliteit bij twee identieke diagnosen is toegestaan.[[1]](#footnote-1)

De DCT is bij de start van de DBC in het leven geroepen om onmogelijke combinaties te voorkomen. Zo is het inderdaad vreemd om een G11 (cyclusstoornissen) en een F21 (gespecialiseerde technieken fertiliteit) met elkaar te combineren. Er zijn in de DCT echter ook veel combinaties opgenomen die in de praktijk zeker naast elkaar kunnen vóórkomen. De BBC gaat dan met de NZa in gesprek om deze combinaties úit de DCT te halen. Dit wordt niet altijd gehonoreerd en is mede afhankelijk van de frequentie waarmee de combinatie voorkomt.

De DCT is te vinden onder het kopje “Prestaties en tarieven” via [deze link](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_629623_22/1/) (de specialismecode voor de obstetrie en gynaecologie is 307). Een voorbeeld is dat G11 en G23 niet naast elkaar mogen worden geopend, deze staan immers in de DCT (nr. 1030 in Excelbestand).

**4. Knelpunten bij zorgactiviteiten**

Welke zorgactiviteit wordt geregistreerd bij hysteroscopie?

Er zijn verschillende soorten hysteroscopie die niet allemaal valideren in elke DOT. Hierbij een overzicht van de verschillende hysteroscopieën en voor welke ingreep deze geregistreerd moeten worden. Het is hierbij belangrijk om te weten dat het gebruikte apparaat niet de zorgactiviteit bepaalt. Het is de uitgebreidheid van de ingreep die bepaalt welke zorgactiviteit geregistreerd moet worden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZA code** | **Omschrijving** | **Bij welke verrichting gebruiken** |
| 039171 | Diagnostische hysteroscopie, inclusief eventuele proefexcisie(s) en/of inclusief eventuele endometriumbiopsie(en) en/of het verwijderen van een enkelvoudige poliep voor pathologisch onderzoek | wordt geregistreerd voor elke diagnostische hysteroscopie waarbij geen resectie plaatsvindt |
| 037170 | Therapeutische hysteroscopie, kleine verrichtingen, zoals: conventionele poliepectomie, verwijdering van een intra-uterine device of een focale coagulatie | wordt geregistreerd voor een kleine resectie en bijvoorbeeld het hysteroscopisch verwijderen van een IUD. Ook het verwijderen van een placentarest onder DOT K24 en Z12 valideert wanneer gebruik gemaakt wordt van deze zorgactiviteit |
| 037175 | Transcervicale endochirurgie m.b.v. hysteroscoop, type a. Endoresectie enkelvoudige en zuiver submuceuze myomen (type 0), resectie enkelvoudige adhaesies en endoresectie grotere poliepen | wordt geregistreerd bij een (poliklinische) resectie. Je zou zeker kunnen beargumenteren dat de placentarest resectie onder de K24 hier ook onder zou moeten valideren, maar dat is op dit moment niet het geval |
| 039171 | Transcervicale endochirurgie met behulp van hysteroscoop type b. Resectie van meerdere e/o intramurale myomen, synechiolysis, adhesies, septum, ingegroeid IUD, endometrium | wordt gebruikt voor grotere resecties op de OK. Denk hierbij aan een TCR-P, TCR-M en TCR-E. |

Een zwangerschapsgerelateerde zorgvraag ná afsluiten van de B41 (bijv. bij late placentarest)

De diagnose B41 wordt automatisch afgesloten na 42 dagen. Mocht een patiënte zich na die tijd melden met iets wat nog bij het kraambed hoort, dan kan een K24 diagnose worden geopend.

Indien nazorg/behandeling nodig blijkt in verband met bevalling gerelateerde posttraumatische stressklachten en als het partus-traject al is afgesloten, dan kan een K26 worden geopend.

Welke zorgactiviteit wordt geregistreerd bij een tubectomie ter sterilisatie?

Ongeacht of men een sterilisatie uitvoert middels een tubectomie of het plaatsen van filshieclips: de bijbehorende zorgactiviteit is de 037052 (Sterilisatie van de vrouw via laparoscopie of culdoscopie, exclusief als bijkomende ingreep bij sectio caesarea (zie 199906) of een andere therapeutische operatie (zie 199907).

Welke zorgactiviteit wordt geregistreerd bij het (1) plaatsen en (2) verwijderen van een implanon?

**(1) plaatsen implanon**

Er zijn 2 zorgactiviteiten voor het registeren van inbrengen implanon:

ZA 035506 “Onder de huid plaatsen van een anticonceptiestaafje met behulp van een applicator”  
ZA 190275 “Anticonceptiestaafje inclusief wegwerpapplicator”

Bij diagnose 0307-G18 Anticonceptie leidt de registratie van de combinatie van deze zorgactiviteiten naar een DBC-zorgproduct in zorgproductgroep 210301, namelijk 210301018 Vrouw | Subcutaan inbrengen van anticonceptiestaafje. Het alleen inbrengen van het anticonceptiestaafje leidt naar zorgproduct 210301015 Vrouw | Licht ambulant | Overig hulpverlening in verband met voortplanting (met aanspraakbeperking).

Bij diagnose 0307- G11 Cyclusstoornissen leidt de registratie van deze zorgactiviteiten naar het DBC-zorgproduct 149399062 Cyclusstoornissen | Subcutaan inbrengen van anticonceptiestaafje respectievelijk (indien alleen inbrengen) DBC-zorgproduct 149399028 Cyclusstoornissen | licht ambulant.”

**(2) verwijderen implanon**  
ZA 038911 “Operatieve verwijdering van gezwellen uitgaande van cutis, subcutis en/of onderhuids vet- en bindweefsel of verwijderen corpora aliena of inwendige metalen hechtingen e.d. dmv excisie.”

Bij diagnose 0307-G18 Anticonceptie leidt de registratie van deze zorgactiviteit naar zorgproduct 210301015 Vrouw | Licht ambulant | Overig hulpverlening in verband met voortplanting (met aanspraakbeperking).   
Bij diagnose 0307- G11 Cyclusstoornissen leidt de registratie van deze zorgactiviteit naar het DBC-zorgproduct 149399005 Cyclusstoornissen | Specifieke overige ingrepen | Urogenitaal vrouwelijk org.

Is er een zorgactiviteit voor een pipelle op de poli?

Een micro-curettage, zoals een pipelle, kan niet apart gedeclareerd worden. De kosten hiervan vallen dus binnen het ambulante zorgproduct van de betreffende DOT.

Kun je een MDO als zorgactiviteit registreren?

Indien er sprake is van een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking. Per multidisciplinair overleg wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd. Het betreft hier de ZA 1900 (multidisciplinair overleg (MDO). Hoewel dit geen zorgproductverzwarende zorgactiviteit is (de DOT zal niet meer opbrengen voor het ziekenhuis) kan het toch verstandig zijn om deze goed te registreren. Het wordt namelijk wel meegenomen in de normuren van Logex (normtijd = 10 minuten) en soms kan het ook van belang zijn bij urenverantwoording, bijv. bij verzoek tot uitbreiding van een vakgroep.

Hoe kan ik zelf kijken of een zorgactiviteit valideert bij een bepaalde DOT?

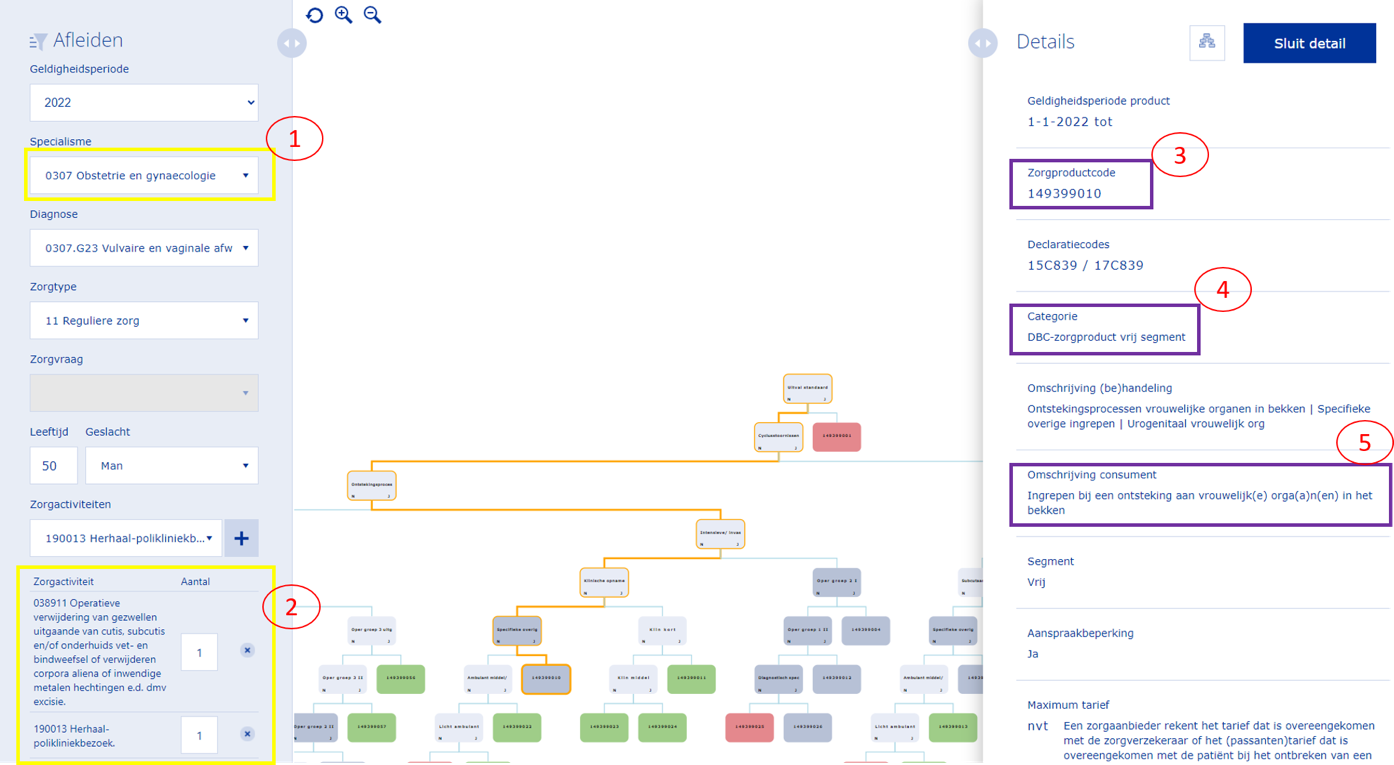
De NZa zorgproductenapplicatie kan gebruikt worden om te controleren of een bepaalde zorgactiviteit in combinatie met een bepaalde diagnose al dan niet leidt tot uitval. Er kan worden gezocht op een bepaald zorgproduct, een bepaalde zorgactiviteit maar ook een handig middel is “casus afleiden”. Je kunt de zorgproductcode achterhalen, zien of het zorgproduct in het vrije of gereguleerde segment valt en of er een maximum tarief geldt. Mocht je meer willen weten over hoe de zorgproductapplicatie werkt: <https://zorgproducten.nza.nl/Handleiding.pdf>

Zie onder voor een voorbeeld. De specialismecode van de obstetrie en gynaecologie is 307 (1)

Let op: om de juiste afleiding te zien moet je altijd een polikliniekbezoek toevoegen. Zonder polikliniekbezoek valideert namelijk bijna geen enkele zorgactiviteit (2)

Wanneer je op afleiden klikt zie je of de combinatie valideert (groen) of niet valideert (uitval = rood)

Je ziet ook wat de zorgproductcode is (3), of er sprake is van A- of B-segment zorgproduct (4) en wat de consumentenomschrijving is (5)



Mogen klinisch verloskundigen policonsulten declareren

Nee. Consulten mogen alleen gedeclareerd worden door een poortspecialist. Dit kan een arts zijn, maar ook een verpleegkundig specialist of een physician assistant.

Moet er altijd face-to-face consult hebben plaatsgevonden voor het openen van een DOT?

Nee. Sinds de COVID-19 pandemie is teleconsultatie ook declarabel als eerste consult en een DBC hoeft dus niet gestart te zijn met een face-to-face consult.

**5. Wijzigingsverzoeken**

Het komt geregeld voor dat bepaalde regels/zorgprestaties niet (meer) passen bij de huidige praktijk. Als dat het geval is, kan aan de NZa worden verzocht om een wijziging (in regels, tarieven, dbc zorgproducten, etc) aan te brengen. Een wijzigingsverzoek kan worden ingediend door een zorgaanbieder, een zorgverzekeraar of door een branchepartij (zoals de NVOG, ZN, NVZ, NFU). Mocht u een wijzigingsverzoek willen indienen, dan verzoeken wij u contact op te nemen met de BBC van de NVOG. De BBC is doorgaans de penvoerder van het wijzigingsverzoek, kent de wegen die hiervoor behandeld moeten worden en heeft frequent contact met de NZa. De BBC zal de aanvrager van het wijzigingsverzoek meenemen in de inhoud en onderbouwing van het wijzigingsverzoek.

*Procedure wijzigingsverzoek – alle wijzigingsverzoeken worden ingediend door de BBC*

De procedure rondom het indienen van een wijzigingsverzoek gaat als volgt. [Dit](https://fd8.formdesk.com/nza/wijzigingsverzoek_dbcsysteem) formulier dient te worden ingevuld. De BBC is verantwoordelijk voor het gehele proces c.q. voor het correct invullen van dit document en voor het verzamelen van de benodigde stukken. Het is dus **NIET** de bedoeling dat u op eigen initiatief een wijzigingsverzoek indient. Dit is de taak van de BBC, met als voornaamste reden om het overzicht te houden op de gevraagde wijzigingen. Mocht de BBC aanvullende informatie nodig hebben, dan informeert de BBC actief bij deze of gene.

Heeft de BBC alle informatie compleet dan stuurt de BBC het conceptwijzigingsverzoek inclusief relevante stukken naar de FMS, met het verzoek om dit door te sturen naar de relevante branchepartijen en met het verzoek om een steunbetuiging af te geven. Hoe meer steunbetuigingen des te groter de kans dat de NZa het verzoek honoreert. De steun van ZN is in ieder geval verplicht. Nadat de BBC de benodigde steunbetuigingen heeft ontvangen van de FMS, wordt het wijzigingsverzoek door de BBC ingediend.

*Datum indienen*  
In principe kunnen wijzigingsverzoeken het hele jaar door bij de NZa worden ingediend. Wel is de datum van indienen relevant voor in welke NZa release de wijziging verschijnt, d.w.z. per wanneer de wijziging in werking treedt. [Hier](https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-zorg/doorontwikkeling) vindt u de planning van de NZa van de dbc-releases. Zoals u kunt zien moest het wijzigingsverzoek 1 april door de NZa ontvangen zijn, om de wijziging per 1 januari 2024 in te laten gaan. De doorlooptijd is helaas erg lang.

*Oordeel NZa*

De NZa bekijkt een verzoek tot wijziging altijd zorgvuldig en overlegt met belanghebbenden. Daarnaast bespreekt de NZa de verzoeken in het TO (Technisch Overleg) MSZ. Bij het uitwerken van wijzigingsverzoeken besteedt de NZa aandacht aan de impact van een wijziging in verhouding tot de omvang van het knelpunt.

*Tips & tricks wijzigingsverzoeken*

* Het wijzigingsverzoek dient goed te zijn uitgewerkt c.q. een goede onderbouwing te bevatten
* Het wijzigingsverzoek kan worden afgewezen als het een te grote impact zou hebben op bepaalde gebieden (bijv. op ICT-vlak).
* Het wijzigingsverzoek kan worden afgewezen als de urgentie onvoldoende blijkt uit het verzoek.
* Bekostiging volgt aanspraak. Dat betekent dat de zorg/techniek, waar het wijzigingsverzoek op ziet, moet voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. De beoordeling, of iets voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, is niet aan de NZa. Hiervoor is Zorginstituut Nederland verantwoordelijk.
* De NZa kan vinden dat de gevraagde nieuwe prestatie al in een bestaande dbc-prestatie zit verwerkt.
* De NZa kan vinden dat opsplitsing van bepaalde zorgactiviteiten niet nodig is met als argument: om de administratieve lasten te verlichten.
* De NZa kan het verzoek afwijzen als de situatie in beperkte mate voorkomt. De NZa heeft geen beleid hierin. Dit is per casus verschillend.
* De NZa kan het verzoek afwijzen als zij van mening is dat een bepaalde zorgactiviteit al kan worden afgeleid naar een zorgproduct dat in B-segment valt (vrije segment). Er kan dan een passende vergoeding met de zorgverzekeraar worden afgesproken, aldus de NZa.

1. Zie voor meer informatie het NZa document “Handleiding dbc-systematiek” p. 18 [↑](#footnote-ref-1)