

Integrale uitwerking van de bekostigingssystematiek (DBC-DOT)

Infertiliteit

Document BBC / NVOG

Auteurs: Dr EJP van Santbrink, Dr AM van Heusden 2021

Geaccepteerd door NZa als leidend document 2021

NB. Aangezien er continue veranderingen en updates van deze regelgeving zijn 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 fertiliteit zoals door de NZa vormgegeven.

Taakherschikking en taakdelegatie

Er is binnen de medisch specialistische zorg steeds meer sprake van taakherschikking en taakdelegatie. Wat betreft de inzet van andere disciplines binnen de fertiliteitszorg gaat het steeds over taakdelegatie waarbij in acht moet worden genomen dat handelingen met gameten een voorbehouden handeling zijn voor artsen.

Wie mag wat doen :	Echo	IUI	FA	ET	Consult
Echoscopist	X				
IVF verpleegkundige	X	X			
Fertiliteitsarts	X	X	X	X	X
Gynaecoloog	X	X	X	X	X

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de medisch specialistische zorg. Zorgtaken die in het verleden alleen door, of onder eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist werden uitgevoerd, worden in het geval van taakherschikking volledig overgedragen aan een andere beroepsgroep. De medisch specialist draagt daarbij ook het registratierecht en de declaratiebevoegdheden over. Er is alleen sprake van taakherschikking als een beroepsgroep volledig zelfstandig en volledig onder eigen verantwoordelijkheid medisch specialistische zorg levert. Taakherschikking is dus wat anders dan taakdelegatie. Bij taakdelegatie voert een beroepsgroep namelijk zorgtaken uit onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist (zie Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten 2021).

DOT systematiek

Infertiliteit (incl. WBMV) = zorgproduct (ZP) code: 972804-__ (3 cijfers)

In dit document worden de verschillende zorgtrajecten uitgewerkt voor het specialisme Gynaecologie, diagnosegroep F; Fertilititeit.

Openen en sluiten zorgtrajecten (ZT)

Per 2020 vervalt de verplichting voor het fysieke face-to-face contact aan het begin van een zorgtraject tussen patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Deze regel is niet noodzakelijk omdat de productstructuur en overige regelgeving, daar waar nodig, borgen dat de patiënt op de polikliniek gezien wordt.

De huidige face-to-face regel sluit niet aan bij de actuele zorgpraktijk. Daar is de inzet juist steeds meer op het leveren van zorg die past bij de situatie van de patiënt. Dit kan door zorg op afstand, maar ook door zorg van een andere beroepsgroep dan de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Het verplichte face-to-face contact leidt er nu soms ook toe dat patiënten onnodig op de poli moeten komen. Daarnaast zorgt de regel voor veel administratieve lasten bij zorgaanbieders.

F11 / F12 – OFO vrouw / man

Per 1 januari 2015 is de algemene sluitregel van een initieel ZT-11 dat deze na 90 dagen automatisch wordt afgesloten. Vervolgtrajecten met ZT21 sluiten na 120 dagen.

F21 – gespecialiseerde technieken

Voor de 'gespecialiseerde technieken' die onder het F-21 zorgtraject vallen geldt een uitzonderingsregel wat betreft afsluiten hiervan. Deze mogen namelijk 'handmatig' worden afgesloten, indien dit niet gebeurt sluiten zij alsnog automatisch af na 42 dagen. Handmatig afsluiten bij de F21 mag alleen als er een nieuwe behandelcyclus gestart wordt. Subtrajecten worden, als binnen 42 dagen na een eerdere behandelcyclus één van de infertiliteit-behandeling-kenmerkende zorgactiviteiten wordt geregistreerd, één dag na de laatste zorgactiviteit van de eerdere behandelcyclus handmatig gesloten waarop aansluitend een nieuw subtraject wordt geopend.

Bij annuleren van een behandeling moet je wachten met afsluiten tot er een volgende cyclus gestart wordt. Dan mag je het openstaande gecancelde ZT handmatig sluiten. Staat deze niet meer open omdat hij al automatisch is gesloten na 42 dagen, dan open je een nieuw subtraject bij de start van de nieuwe behandeling. Als er in het profiel van het gecancelde F21 ZT dan verrichtingen geregistreerd zijn die zorgen voor juiste validatie dan is er geen probleem, maar als er onvoldoende zorgactiviteiten zijn dan zal het leiden tot uitval van dat zorgproduct.

F11 en F21 parallel

Indien tijdens de looptijd van de F11 overgegaan wordt op een F21 gespecialiseerde technieken behandeling blijft de F11 doorlopen. Op deze manier kunnen verrichtingen die bijvoorbeeld tussen de F21 trajecten door worden uitgevoerd maar horen bij de zorgvraag F11 ook in het juiste traject (F11) geregistreerd worden.

Dus beleids / evaluatie / follow-up consulten en echo's in het kader van behandeling behoren niet in het F11 maar in het F21 traject.

Bijvoorbeeld :

F11	OFO				HSG				
F21		IUI1	IUI2	IUI3		IUI4	IUI5		

Keuze zorgproduct

Om een zorgproduct af te leiden start je als volgt:

- Specialisme = 0307: Verloskunde en gynaecologie
- Zorgtype = 11 reguliere zorg of 21 vervolg
- Diagnose = F11(OFO vrouw), F12 (OFO man) of F21(Gespecialiseerde technieken)
- Hieraan te koppelen
 - o Zorgactiviteiten (verrichtingen)
 - o Polikliniekbezoeken
 - o Dagbehandeling
 - o Klinische opname

Hieruit volgt dan een zorgproduct (ZP).

NB. Het is van groot belang de verrichtingen te registeren en eventueel (handmatig) te koppelen aan een DBC, omdat er anders een onvolledig zorgproduct gedeclareerd wordt en dit soms tot uitval van het zorgproduct kan leiden waardoor er geen declaratie mogelijk is. De tweede reden is dat alle verrichtingen en contacten de basis vormen voor de kostprijsberekening en daarmee het tarief van het zorgproduct

Overige zorgproducten

Indien er sprake is van overige zorgproducten (OZP's) dienen deze apart te worden gedeclareerd. Overige zorgproducten zijn prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten en deze worden uitgedrukt in zorgactiviteiten.

OZP's zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën:

1. Supplementaire producten
2. Eerstelijnsdiagnostiek
3. Paramedische behandeling en onderzoek
4. Overige verrichtingen

De onderstaande OZP's zijn supplementaire producten. Het is mogelijk dat de producten 'zonder medische indicatie' ook door een zorgverzekering worden vergoed, anders gelden ze als maximaal tarief voor vergoeding niet verzekerde zorg.

Voorbeelden :

078013	Opwerken van sperma ten behoeve van fertilisatie.
191170	"Opslag van ingevroren embryo's na IVF/ICSI voor toekomstige terugplaatsing, per jaar." Cryopreservatie eigen eicellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie,
191171	incl. intake (optioneel) en onderzoek, eenmalig per punctie. Cryopreservatie eigen eicellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie ,
191172	incl. intake (optioneel) en onderzoek, eenmalig per punctie. Cryopreservatie eigen zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie,
191173	incl. intake (optioneel) en onderzoek, eenmalig per ejaculaat, biopsie of aspiratie. Cryopreservatie eigen zaadcellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie ,
191174	incl. intake (optioneel) en onderzoek, eenmalig per ejaculaat.
191175	Opslag van ingevroren eigen eicellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, per jaar.
191176	Opslag van ingevroren eigen eicellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie , per jaar.
191177	Opslag van ingevroren eigen zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, per jaar.
191178	Opslag van ingevroren eigen zaadcellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie , per jaar.

Start consult OFO

1. Een vrouw komt op consult bij de gynaecoloog (assistent) wegens kinderwens en krijgt een DBC (F11) als aan de voorwaarden voor een consult is voldaan.
2. Voor de mannelijke partner wordt eveneens een DBC aangemaakt (F12). Om het declareren van een zorgtraject voor zowel de man als de vrouw bij één gezamenlijk polikliniekbezoek mogelijk te maken, is een nieuwe zorgactiviteit aangemaakt in de RZ21b: 190069 Consult van de partner bij een gezamenlijk consult bij een zorgvraag infertiliteit (voor de andere partner wordt een polikliniekbezoek of een consult op afstand vastgelegd). Hiermee wordt dus het declareren van twee zorgproducten mogelijk met 1 geregistreerde afspraak op naam van de partner. Een apart zorgtraject met deze zorgactiviteit mag alleen worden geopend indien bij de man tijdens het gezamenlijke polikliniekbezoek een algemene en speciële anamnese wordt afgenomen en onderzoek wordt ingezet. Voor de vrouw wordt een polikliniekbezoek vastgelegd. Voor het registreren van vervolggconsulten bij de man zal dit afhangen van de problematiek, behandeling en zijn aanwezigheid. Het is zaak dat dan de mannelijke partner met een eigen afspraak – op een eigen tijd - in uw spreekuur agenda staat. Het strekt tot aanbeveling om vooraf aan het consult duidelijk te maken dat ook de partner een rekening zal krijgen voor het consult bv. door dit te vermelden in de informatie die iedere nieuwe patiënt krijgt voorafgaand aan het consult.
3. Een lesbisch paar komt samen op consult bij de gynaecoloog wegens kinderwens, hiervan is echter maar één patiënt indien diegene zowel de gameet levert voor de behandeling alsook de beoogde zwangerschap gaat dragen. Er wordt dan alleen voor die persoon een DBC (F11) aangemaakt.

Indien de één gameten levert en de ander de zwangerschap gaat dragen (alleen op medische indicatie) zal er bij beiden een DBC worden aangemaakt. Beiden dienen dan een verwijsbrief te hebben. Echter, zonder medische indicatie voor draagmoederschap is de vrouw die uiteindelijk zwanger wordt en de ontvangster van donoreicellen (van haar partner) en kunnen de kosten niet op de zorgverzekeraar van de donor worden verhaald; deze wordt immers zelf niet zwanger.

4. Een alleenstaande vrouw komt op consult bij de gynaecoloog wegens kinderwens, er wordt één DBC (F11) aangemaakt

Subsidie regeling VZM

Sinds 1 april 2020 is een subsidieregeling in het leven geroepen voor vruchtbaarheidsbehandeling zonder medische indicatie zoals bij alleenstaande en lesbische vrouwen met kinderwens (Vrouwen zonder man). De verzekeraars en de minister vonden namelijk dat hierbij geen aanspraak mocht worden gemaakt op de zorgverzekering. Onder de subsidieregeling valt een beperkt OFO (2 consulten) met eenmalig eigen risico van 192,50 en vervolgens de (maximaal 12) IUI-behandelingen. Vanaf het moment dat er een medische indicatie ontstaat (bv. tubapathologie, anovulatie of IVF) wordt het traject onder de zorgverzekering vervolgd.

F11 Diagnose: oriënterend fertiliteitonderzoek (OFO) vrouw

Zorgproduct = 972804 + zorgzwaarte :

034 – licht ambulans Consult op de polikliniek bij Verminderde vruchtbaarheid

040 – middel : dag/poli >2/routine onderzoek > 2 Meer dan twee bezoeken aan dagbehandeling of polikliniek en/of onderzoeken bij Verminderde vruchtbaarheid

039 – diagnostisch zwaar/therapeutisch licht Onderzoek of behandeling op de polikliniek of dagbehandeling bij Verminderde vruchtbaarheid

Deze (F11) kan omvatten:

Polikliniekbezoek met anamnese, lichamelijk onderzoek vrouw, speculum onderzoek (339988), laboratoriumonderzoek, genetisch onderzoek, bacteriologisch onderzoek, cytologie, echografie van de buikorganen (039492), echografie zwangerschap (039485), echografie ovulatie inductie (039487), beoordeling cervixslijm en post-coitum test (339871) en X-HSG (039421)

Toelichting:

Onder de F11 kan vallen

- uitvoering oriënterend fertiliteitonderzoek (OFO)
- uitvoering OFO inclusief behandeling Clomid (Letrozol/Tamoxifen)
- uitvoering OFO/diagnostiek naast behandeling lopende F21; in dat geval lopen er dus parallelle DBC's en dit is per uitzondering toegestaan. In de F21 DBC moet dan in ieder geval een herhaalconsult staan

(190013) en een relevante diagnostische verrichting (HSG, PCT, foam echo, etc.) anders wordt paralleliteit niet geaccepteerd

• De DBC F11 initieel (eerste keer) loopt 90 dagen, daarna volgt een DBC F11 vervolg, deze loopt 120 dagen, daarna wordt automatisch een vervolg DBC aangemaakt (tenzij lokaal anders ingesteld, dit kan per ziekenhuis verschillen dus).

Indien tijdens het OFO een **diagnostische** laparoscopie met chromopertubatie en/of diagnostische hysteroscopie wordt uitgevoerd wordt deze gecodeerd:

972804-018 (declaratie code 14B180/16B180)

(verrichting code 035583 diagnostische laparoscopie bij verminderde vruchtbaarheid)

Indien tijdens het OFO een **therapeutische** laparoscopie of hysteroscopie wordt uitgevoerd wordt deze gecodeerd: -

972804-010 (declaratiecode 14B174/16B174)

(verrichting code 035581) therapeutische laparoscopie bij verminderde vruchtbaarheid

F12 Diagnose: oriënterend fertilitetonderzoek (OFO) man

Zorgproduct = 972804 + zorgwaarte :

020 – licht ambulante Consult op de polikliniek bij Verminderde vruchtbaarheid

011 – dag/poli >2/routine onderzoek > 2 Meer dan twee bezoeken aan dagbehandeling of polikliniek en/of onderzoeken bij Verminderde vruchtbaarheid

006 – diagnostisch zwaar/therapeutisch licht Onderzoek of behandeling op de polikliniek of dagbehandeling bij Verminderde vruchtbaarheid

De bemoeienissen met de **mannelijke partner** worden gescheiden getypeerd in een **F12**; om het declareren van een zorgtraject voor zowel de man als de vrouw bij één gezamenlijk polikliniekbezoek mogelijk te maken, is een nieuwe zorgactiviteit aangemaakt in de RZ21b: 190069 Consult van de partner bij een gezamenlijk consult bij een zorgvraag infertiliteit (voor de andere partner wordt een polikliniekbezoek of een consult op afstand vastgelegd). Wel zal er dan bij de man anamnese en onderzoek moeten worden ingezet en moet deze informatie ook in zijn dossier zijn terug te vinden.

Deze (F12) zal altijd omvatten: anamnese en onderzoek, afhankelijk van eerder onderzoek eventueel : lichamenlijk onderzoek, semenanalyse (CTG code 078110), , laboratoriumonderzoek, virologisch/bacteriologisch onderzoek.

Aanwijzingen

• Voor de man wordt tijdens het OFO *initieel consult* op zijn naam een DBC F12 geopend (initiële looptijd 90 dagen, vervolg F12 loopt 120 dagen). Voor de validatie is face-to-face/e-consult contact vereist met gynaecoloog/assistent en is het belangrijk dit ook in de status van de man op te nemen. Als regel wordt er altijd een (uitgebreide)semen analyse in eigen laboratorium verricht.

Registratie van *vervolgbezoeken van de man* op de polikliniek wordt slechts gedaan indien hiervoor aanleiding is zoals; evaluatie van het OFO, evaluatie van aanvullend onderzoek bij de man bij verminderde semenkwaliteit, aanvullend onderzoek bij de man in het kader van een behandeling. De man dient hiervoor aparte afspraken in de spreekuurlijst te krijgen.

• Voor de man wordt tijdens het OFO en tijdens de behandelingen op zijn naam een DBC 11-F12-101 geopend en zo nodig per 120 dagen verlengd vanwege de spermabehandelingen, deze kunnen echter ook als OZP gedeclareerd worden (Semenanalyse – proefcapacitatie sperma (378829B) evt in combinatie met Semenanalyse – sperma onderzoek (078110) - tenminste omvattende bepaling van volume, viscositeit, dichtheid van spermatozoën, pH, motiliteit, aantal en aard rondcellen.).

Voor een behandeling met cryo-embryo's wordt slechts een F12 aangemaakt indien er onderzoek bij de man noodzakelijk is in dit traject (bv. spermabewerking of infectiescreening).

NB. Indien bij behandeling met donorgameten bij de partner aanvullend onderzoek of screening nodig is dient er een F11/F12 voor de partner te worden aangemaakt. Deze moet wel aan de standaard eerdergenoemde eisen voor consult voldoen.

F21 Gespecialiseerde technieken

Deze kan omvatten:

Vruchtbaarheid bevorderende behandelingen (met verrichtingencode/zorgactiviteit):

- reconstructieve adnex chirurgie (037044)
- gonadotrofine/GnRH ovulatie inductie (039998)
- IUI met/zonder MOH (039996)
- KI (039984)
- IVF (039987 fase 1; 039988 fase 2; 079997 fase 3; 039989 fase 4)
- ICSI (079998 = lab fase; fase 1-2-4 zijn gelijk)
- monitoring cryocyclus (039999)
- cryo laboratoriumfase (079994)
- vitrificatie (191127-191132)
- gameetpreservatie

Opmerkingen:

• In het geval van een IVF behandeling wordt gecodeerd met F21-__ __. Afhankelijk van de wijze van behandeling (stimulatie, punctie, stimulatie en punctie, terugplaatsing, punctie en terugplaatsing,

stimulatie met punctie en terugplaatsing) wordt hiernaast de betreffende behandeling gecodeerd. Fase 4 is niet nodig voor validatie, fase 1-2-3 wel. Alle fasen kunnen apart of in combinatie worden gedeclareerd, het eindtarief is echter niet gelijk aan de optelsom der individuele delen.

- Indien de behandeling in meerdere ziekenhuizen (satelliet /transport-IVF) plaatsvindt opent iedere gynaecoloog de behandeling die hij/zij uitvoert.
- Gespecialiseerde technieken operatief groep 3 is bedoeld voor microchirurgie (reconstructieve tubachirurgie).
- Bij de IVF(079997) en ICSI (079998) dient het laboratorium deel van de daadwerkelijke in vitro fertilisatie onder de DBC met de embryotransfer te worden opgenomen. In geval van transport IVF wordt de DBC fase 3-4 (lab +/- ET) dus geopend op de dag van de punctie in de moederkliniek met het laboratorium.

Cryocyclus – start met registratie ‘monitoring cryocyclus (039999)’ deze vervalt bij openen van cryo-laboratoriumfase (079994) met/zonder ET (het is dus niet mogelijk/geoorloofd om beiden te declareren !)

Mogelijke Zorgproducten (972804. ---) zijn

- 004 – ICSI volledig
- 005 – microchirurgische tubachirurgie
- 009 – IVF volledig
- 010 – therapeutische laparoscopie
- 016 – ICSI satelliet centrum (punctie + lab + evt ET)
- 018 – diagnostische laparoscopie
- 021 – IVF satelliet centrum (punctie + lab + evt ET)
- 022 – IVF/ICSI transporteur (stim + punctie)
- 023 – ICSI transport centrum (lab + evt ET)
- 024 – IVF transport centrum (lab + evt ET)
- 025 – IVF/ICSI punctie
- 026 – IVF/ICSI stimulatie (o.a. satelliet)
- 029 – KI (het cervicaal inbrengen van onbehandeld vers semen)
- 030 – IUI met of zonder MOH
- 031 – behandeling met gonadotrofines / GnRH pompje – ovulatie inductie
- 032 – screening donoren
- 035 – IVF/ICSI cryolab
- 036 – IVF/ICSI cryocyclus monitoring
- 038 – IVF/ICSI ET

TESE

De zorgactiviteitcode aangemaakt voor Testiculaire Sperma Extractie is

‘036773 - Testiculaire sperma extractie (TESE)’

De (expert)kostprijs voor de nieuwe zorgactiviteit TESE is vastgesteld o.b.v. een opslagpercentage van 20% op de bestaande zorgactiviteitcode 036771 - Microchirurgische epididymale sperma aspiratie

(MESA). Wanneer ziekenhuizen de nieuwe zorgactiviteitcode 036773 TESE komend jaar gaan registreren, gaan zij daar tevens kosten aan toekennen om tot een kostprijs te komen. Wanneer een kostprijsuitvraag bij ziekenhuizen plaatsvindt, zal een herijking van de zorgactiviteitcode 036773 TESE plaatsvinden met de aanleveringen van de ziekenhuizen. Middels die kostprijsuitvraag wordt dan een herijkte kostprijs vastgesteld (in plaats van de huidige expertkostprijs) van de zorgactiviteitcode 036773 TESE.

Opslag gameten / embryo's

Voor opslag van gameten en embryo's moet onderscheid worden gemaakt tussen bestemd voor eigen gebruik of donatie. Voor eigen gebruik zijn er NZa tarieven hiervoor vastgesteld. Voor donorgebruik mogen *de werkelijke kosten* door de instelling aan de acceptor worden berekend (Embryo-Wet). Echter als voor eigen gebruik er geen medische indicatie is zal dit ook voor eigen rekening moeten gebeuren. Dus alleen voor eigen gebruik en op medische indicatie valt onder verzekerde zorg. Deze zorgactiviteiten worden als OZP gedeclareerd :

*Binnen deze prestaties wordt een onderscheid gemaakt tussen de **cryopreservatie** enerzijds en het **opgeslagen liggen** van ingevroren eicellen en zaadcellen anderzijds.*

Cryopreservatie: Onder cryopreservatie verstaan we het gehele proces van invriezen. Daaronder valt de intake (initiële kosten van aanmelding, administratiekosten, eventuele toelichting aan de patiënt), het (laboratorium)onderzoek van geslachtscellen voorafgaand aan het invriezen en de cryopreservatie. De zorgactiviteiten mogen per punctie (in het geval van eicellen), per ejaculaat, aspiraats (in geval van MESA of PESA) of biopt (in geval van TESE) geregistreerd worden.

Opslag: Prestaties voor de opslag van geslachtscellen mogen per jaar worden geregistreerd, ongeacht het aantal samples van een patiënt dat opgeslagen ligt. Ook als de periode van opslag korter is dan een jaar, mag de zorgactiviteit geregistreerd worden. Na het invriezen van geslachtscellen wordt de opslag voor de duur van een jaar geregistreerd. Na afloop van dit jaar mag de prestatie opnieuw voor een jaar worden geregistreerd voor de nog ingevroren geslachtscellen. Dit geldt voor elk volgend jaar totdat de patiënt aangeeft de geslachtscellen niet meer te willen opslaan.

De prestaties kennen verschillende aanspraakcodes. De prestaties behoren niet tot de verzekerde zorg of zijn alleen in bepaalde gevallen of onder bepaalde voorwaarden verzekerde zorg. In het document 'Overzicht zorgactiviteiten met een aanspraakcode' van Zorginstituut Nederland is toegelicht wanneer er wel of geen sprake is van verzekerde zorg.

NB. Indien er sprake is van chirurgische verkrijging van zaadcellen, dan maakt het verkrijgen hiervan onderdeel uit van het dbc-zorgproduct (972804015) voor de MESA, PESA of TESE-behandeling.

Code	Omschrijving	Cons. omschrijving	Aanspraak
191170	Opslag van ingevroren embryo's na IVF/ICSI voor toekomstige terugplaatsing, per jaar		2605
191175	Opslag van ingevroren eigen eicellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, per jaar.	Opslaan van ingevroren eicellen voor eigen gebruik bij een medische reden, per jaar.	2605
191176	Opslag van ingevroren eigen eicellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie, per jaar.	Opslaan van ingevroren eicellen voor eigen gebruik zonder medische reden, per jaar.	1609
191177	Opslag van ingevroren eigen zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, per jaar.	Opslaan van ingevroren zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische reden, per jaar.	2605
191178	Opslag van ingevroren eigen zaadcellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie, per jaar.	Opslaan van ingevroren zaadcellen voor eigen gebruik zonder medische reden, per jaar.	1609

Gameet vitrificatie/cryopreservatie

Eicel cryopreservatie en spermacryopreservatie kunnen gedaan worden op een medische indicatie of een niet-medische indicatie. Alleen de medische indicatie valt onder de verzekerde zorg. Niet medische indicatie zal de patiënt zelf moeten bekostigen. Hierbij worden de bovenstaande zorgproducten gehanteerd, zij vallen onder de OZP's (overige verrichtingen, vallen niet onder de DBC declaratie) en worden dus los gedeclareerd :

Code	Omschrijving	Cons. omschrijving	Aanspraak
191171	Cryopreservatie eigen eicellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, incl. intake en onderzoek, eenmalig per punctie.	Invriezen van eicellen voor eigen gebruik bij een medische reden, inclusief intake en onderzoek, eenmalig per punctie.	2605
191172	Cryopreservatie eigen eicellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie, incl. intake en onderzoek, eenmalig per punctie.	Invriezen van eicellen voor eigen gebruik zonder medische reden, inclusief intake en onderzoek, eenmalig per punctie.	1609
191173	Cryopreservatie eigen zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, incl. intake en onderzoek, eenmalig per ejaculaat, biopt of aspiraats.	Invriezen van zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische reden, inclusief intake en onderzoek, eenmalig per zaadmonster.	2605
191174	Cryopreservatie eigen zaadcellen voor eigen gebruik zonder medische indicatie, incl. intake en onderzoek, eenmalig per ejaculaat.	Invriezen van zaadcellen voor eigen gebruik zonder medische reden, inclusief intake en onderzoek, eenmalig per zaadmonster.	1609

Vitrificatie van eigen eicellen behoort tot een te verzekeren prestatie:

- bij behandelingen met chemotherapeutica die een risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis met zich meebrengen
- bij radiotherapeutische behandelingen waarbij de ovaria in het stralingsveld liggen en permanente schade kunnen oplopen
- bij operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie beide ovaria of grote delen daarvan moeten worden verwijderd.
- bij vrouwen met Fragiele X syndroom, Turner syndroom (XO) of galactosemie omdat zij een aantoonbaar verhoogd risico op premature ovariële insufficiëntie (POI) (vóór de 40ste verjaardag) hebben
- bij vrouwen met sterke aanwijzing voor dreigend premature ovariële insufficiëntie

- Tijdens het verloop van een ivf poging (mits deze poging op zich onder de basisverzekering valt): bij onverwacht ontbreken van semen van voldoende kwaliteit

Semen bank

Fatherhoodbanking (eigen gebruik, medische indicatie) :

- bij fatherhoodbanking kunnen de volgende OZP's worden gedeclareerd bij de ZKV :

191173 - Cryopreservatie eigen zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, incl. intake en onderzoek, eenmalig per ejaculaat, biopt of aspiraats.

191177 - Opslag van ingevroren eigen zaadcellen voor eigen gebruik bij een medische indicatie, per jaar.

NB. Zonder medische indicatie dus *werkelijke* kosten doorberekenen aan patiënt (*Embryowet*).

Semendonatie

Bij semendonatie worden de werkelijke kosten doorberekend aan de acceptor. (Embryowet).

Daarna kan bij de acceptor van het cryo-donorsemen de gekozen en uitgevoerde behandeling worden gedeclareerd zoals KI, IUI, IVF of ICSI.

Opslag embryo's

Eigen gebruik met voorafgaande behandeling op medische indicatie (verzekerde zorg) :

191170 - Opslag van ingevroren embryo's na IVF/ICSI voor toekomstige terugplaatsing, per jaar

Niet voor niet-eigen gebruik of zonder medische indicatie (werkelijke kosten doorberekenen, zelf betalen) :

- eigen gebruik bij voorafgaande behandeling zonder medische indicatie (*Embryowet*; eigen kosten)

- donorembryo's – werkelijke kosten (*Embryowet*) worden doorberekend aan de acceptor door de instelling. De acceptor kan deze kosten mogelijk bij de ZKV declareren.

Donoreicellen

De vrouw die voor haar kinderwens gebruik wenst te maken van donoreicellen kan dit doen m.b.v. een eigen donor of eicellen betrekken van een eicelbank.

Voor eicellen uit een eicelbank kan de kostprijs (*Embryowet*) van een donor-oocyt worden doorberekend aan de ontvangster (analoog aan semendonatie).

Bij een 'eigen donor' wordt voorafgaande aan een eventuele acceptatie en behandeling gesprekken en onderzoeken uitgevoerd. De huisarts kan de beoogde donor verwijzen voor een dergelijk procedure waarbij counseling en beoordeling geschiktheid als eigen donor alsmede de slagingskans op basis van eicelvoorraadtesten beoordeeld kan worden. Hiervoor kan een adviesconsult (G28) worden gedeclareerd.

Voor het beschikbaar kunnen stellen van 'eigen donor' eicellen dient een fase 1 en eventueel fase 2 IVF worden doorlopen. Aangezien de donor niet de beoogde ontvangster is van deze eicellen kunnen deze kosten niet worden gedeclareerd bij de zorgverzekering van de donor of de acceptor. De meeste zorgverzekeringen hebben in hun voorwaarden opgenomen dat ook de acceptor de kosten van fase 1 en 2 niet bij de zorgverzekeraar van de acceptor kan declareren. Dat betekent dat de kosten van fase 1 en 2 alleen aan de donor in rekening gebracht kan worden, de donor kan deze kosten onderling verrekenen met de acceptor. Daarentegen blijken sommige verzekeraars (van de acceptor) fase 1 en 2 van de donor in praktijk wel te accepteren. Het advies is om altijd de rekening door de acceptor te laten indienen bij haar zorgverzekeraar.

Zwangerschap

Begeleiding van de prille zwangerschap na fertiliteitsbehandeling in het fertiliteitscentrum is passend en noodzakelijk in verband met het hogere risico op miskraam en/of complicaties. Tevens dient een doorgaande zwangerschap te kunnen worden vastgesteld.

De patiënte heeft een positieve zwangerschapstest na de behandeling en er wordt een echografisch onderzoek verricht + consult waarbij PND etc. wordt besproken tot er sprake is van een doorgaande zwangerschap.

Er kan dan vervolgens worden geopend

- Z11- adviesconsult bij verwijzing naar 1^{ste} lijn
- Z12 – Abortus/EUG/Hyperemesis/overig <16wkn
- Z40 – begeleiding zwangerschap 2^{de} lijn

Prijzen van zorgproducten zijn te vinden op www.nza.nl