

## Workloadregistratiesysteem voor pathologen

### 1. Inleiding

Sinds 1 januari 2015 is er een nieuwe workloadregistratiesysteem voor de pathologie (vastgelegd in minuten). Dit systeem is door de NVVP in overleg met de NZA vastgesteld. Deze normtijden gelden voor alle diagnostiek. Er wordt hierbij dus **geen** onderscheid gemaakt tussen pathologiediagnostiek voor ziekenhuizen (2<sup>e</sup> lijn) en voor huisartsen (1<sup>ste</sup> lijn).

De NZA bepaalt daarnaast per declaratiecode een integraal tarief (in €). De NZA maakt **wel** onderscheid tussen 1<sup>ste</sup> lijn (huisartsen) en 2<sup>e</sup> lijn (ziekenhuizen en ZBC's). Voor de 2<sup>e</sup> lijn stelt de NZA **geen** tarieven meer vast. De NZA stelt wel tarieven vast voor de 1<sup>ste</sup> lijn (huisartsen) en kaakchirurgen (die buiten de DBC- systematiek vallen). Dit zijn integrale tarieven, dus alle kosten die hiervoor worden gemaakt inclusief het honorarium voor de patholoog. Het honorariumgedeelte voor de patholoog is hierin niet meer apart geormerkt. Dus alle door de NZA vastgestelde tarieven gelden **niet** voor de reguliere ziekenhuiszorg en ook **niet** voor onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuizen en/of ZBC's. (link invoegen naar NZA tabel [https://www.nza.nl/1048076/1048155/Tarientabel dbc\\_zorgproducten\\_en\\_overige\\_producten\\_per\\_1\\_januari\\_2017.xlsx](https://www.nza.nl/1048076/1048155/Tarientabel dbc_zorgproducten_en_overige_producten_per_1_januari_2017.xlsx))

### 2. Normtijden per zwaartecategorieën en verrichtingen

De workload voor in Nederland werkzame pathologen (medisch specialisten) wordt bepaald door normtijden die zijn vastgelegd voor diagnostische bepalingen (zorgactiviteiten). Deze zorgactiviteiten betreffen 6 verschillende zwaartecategorieën en 9 aparte categorieën voor specifieke extra verrichtingen, zie onderstaande tabel. De zwaartecategorieën zijn gebaseerd op combinaties van aard materiaal (bv. huid) en verkrijgingswijze (bv. resectie). In uitzonderingsgevallen wordt de zwaartecategorie ook gebaseerd op klinische informatie zoals bij huid, lever categorieën en nierbiopten waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen bipten met als vraagstelling ontsteking en bipten met als vraagstelling neoplasie. De zwaartecategoriecode kan daardoor direct bij ontvangst worden geregistreerd en staat los van de uiteindelijke diagnose. Deze werkwijze ("registreren van verrichtingen aan de voorkant") sluit aan bij de introductie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De zwaartecategorieën kunnen worden aangevuld met extra verrichtingencodes (bv. extra moleculaire bepalingen of vriescoupe). De aan zwaartecategorieën en verrichtingen gekoppelde normtijden betreffen afspraken die door de NVVP zijn bepaald en goedgekeurd door de NZA.

Bovenstaande declaratiecodes worden vastgelegd in de DBC van de patiënt waarvoor de diagnostiek is verricht en wordt vastgelegd in de registratie van het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft op deze manier inzage in de hoeveelheid diagnostiek die de pathologie gemiddeld voor een bepaalde DBC uitvoert. Deze informatie kan het ziekenhuis gebruiken om een zo reëel mogelijke kostprijs te bepalen voor de zorgverzekeraars.

Daarnaast zijn er nog 2 categorieën die buiten de DBC-systematiek vallen. Code 050509 betreft cervixcytologie t.b.v. het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en wordt vergoed door het RIVM. Voor obducties (code 050508) is een normtijd van 125 minuten afgesproken. Obducties vallen buiten de DBC-registratie. Deze worden in de regel apart door ziekenhuis aan de pathologen vergoed.

Tabel 1: Zorgactiviteiten met normtijden.

Code	Zwaarte-categorie	Zorgactiviteit omschrijving	Normtijd in minuten*
<i>Zwaartecategorieën</i>			
050516	Cat. 1	Eenvoudig biopt, eenvoudige cytologie (excl. bepalingen op de aanwezigheid van micro-organismen (zie 050513 of 050514).	7,7
050517	Cat. 2	Biopt, matig complexe cytologie.	15
050518	Cat. 3	Naaldbiopt, complexe cytologische punctie.	20
050519	Cat. 4	Eenvoudige grote resectie, matig complex biopt, bijzonder cytologisch preparaat.	38
050520	Cat. 5	Complex biopt, matig complexe resectie.	54
050521	Cat. 6	Complexe resectie.	86
<i>Extra verrichtingen</i>			
050505		Elektronenmicroscopisch onderzoek.	37,5
050506		Verrichtingen van een punctie ten behoeve van cytologisch onderzoek.	8,375
050510		Flow-cytometrie	25
050512		Complexe moleculaire diagnostiek - bepalingen op geïsoleerd DNA, RNA of eiwit anders dan frequent aangevraagde bepalingen op micro-organismen.	21
050513		Eenvoudige moleculaire diagnostiek - bepalingen op coupes met weefsel en/of cellen en frequent aangevraagde bepalingen van de aanwezigheid van HPV.	12,5
050514		Eenvoudige moleculaire diagnostiek - bepalingen op coupes met weefsel en/of cellen en frequent aangevraagde bepalingen van aanwezigheid van andere micro-organismen dan HPV (o.a. TBC, EBV, HSV, Bartonella).	25
050523		Vriescoupe	38
<i>Verrichtingen die buiten de DBC-systematiek vallen</i>			
050508		Obductie ten behoeve van verzekeringsmaatschappijen uitgezonderd ziektekostenverzekeringsmaatschappijen.	125
050509		Cyodiagnostisch onderzoek cervix-preparaat ivm bevolkingsonderzoek (preventief planmatig georganiseerd cyodiagnostisch onderzoek, waarbij het cervix-preparaat wordt afgenomen door de huisarts).	3,125

\*Normtijden betreffen de totale tijd per zorgactiviteit. Dit is inclusief de tijd die besteed wordt aan multidisciplinaire besprekingen.

### Revisies

Revisies moeten op dezelfde manier worden vooralsnog geregistreerd als primaire inzendingen. Dus bv. een larynxbiopt dat door een academisch centrum ter revisie wordt opgevraagd i.v.m. een operatie die bij die patiënt in het dat academische centrum zal plaatsvinden moet als larynxbiopt gecodeerd worden. Voor de betreffende patiënt zal in het academisch centrum een nieuwe DBC geopend worden en de pathologie verrichtingen zullen zo opnieuw in de DBC van het academisch centrum geregistreerd worden.

### Consulten

Voor consulten zal in het consultgevende centrum geen DBC geopend worden. Consultgevende afdelingen wordt geadviseerd voor ieder consult declaratiecode 050519 te registreren (=38 minuten).

Dit maakt de werkbelasting voor consultgevende afdelingen goed zichtbaar. Registratie in de DBC-methodiek is helaas niet mogelijk en deze workload is daarom niet te registreren in het ziekenhuisregistratiesysteem.

### Vertaling normtijd naar inkomen en FTE

Op basis van dit systeem wordt de totale workload per patholoog bepaald. Voor vrijgevestigden wordt deze workload gebruikt om het inkomen te bepalen dat afhangt van het honorariumbudget dat in het ziekenhuis hiervoor beschikbaar is. Er is dus niet een 1 op 1 vertaling van workload naar inkomen. Hiervoor geldt dat deze systematiek gebruikt wordt om een gemiddelde workload per patholoog te bepalen (de benchmark). Voor vrijgevestigden is deze benchmark medebepalend voor het bepalen van het inkomen.

Voor pathologen in loondienst geldt dat deze workload systematiek gebruikt wordt om de workload per patholoog te berekenen en om zo het aantal benodigde pathologen te bepalen.

Het is daarom belangrijk dat alle afdelingen op dezelfde manier de verrichtingen coderen. De meeste afdelingen zullen dit grotendeels geautomatiseerd hebben en de indruk is dat dit grotendeels uniform en correct gebeurt, voor zover dit de 2<sup>e</sup> lijns-(ziekenhuis)zorg betreft. Voor de 1<sup>ste</sup> lijn is hier nog veel variatie in.

Voor 2015 werd de workload van pathologen over het algemeen uitgedrukt in zogenaamde CTG-eenheden. Eén CTG-eenheid stond voor 12,5 minuten. De systeemverandering in 2015 is tijdneutraal gebeurt. De gemiddelde normtijd voor alle verrichtingen is in het nieuwe workloadregistratiesysteem gelijk gebleven. Dus de totale workload uitgedrukt in minuten kan worden teruggerekend naar oude CTG eenheden door het totale aantal minuten door 12,5 te delen.

### Problemen met uniform declareren voor de 1<sup>ste</sup> lijn

Het indelen van diagnostiek van huidandoeningen geeft relatief veel problemen. Dit leidt vooral bij de 1<sup>ste</sup> lijn diagnostiek tot veel variatie, zoals blijkt uit een recente steekproef ([zie tabel, deze moet nog toegevoegd worden](#)). Dit komt waarschijnlijk doordat de indeling afhankelijk is van de vraagstelling (neoplasie of ontsteking) en omdat het verschil tussen resectie en biopt vaak niet duidelijk is. Een shave excisie, curettement, excochleaat, en een biopt is qua indeling altijd een biopt, maar het is invoelbaar dat dit soms als resectie wordt geïnterpreteerd. ([snelkoppeling naar bijlage 4 invoegen](#)). Voor deze verkrijgingswijzen geldt dat radicaliteit in principe geen vraagstelling is en dat het materiaal in toto in één cassette ingebed kan worden.

## 3. Kostprijstarieven en integrale tarieven (vastgesteld door de NZA)

Dit workloadregistratiesysteem bestaat in deze vorm sinds 1 januari 2015. In 2015 is de NZA echter afgestapt van het apart vastleggen van honorariumtarieven (voor de medisch specialist) en kostprijstarieven (voor het ziekenhuis/de afdeling). De NZA legt nog alleen integrale tarieven (kostprijs plus honorarium) vast die uitsluitend gelden voor huisartsen en kaakchirurgen omdat deze buiten de DBC-systematiek vallen. Dus alle voor de pathologie door de NZA vastgestelde tarieven gelden **niet** voor de reguliere ziekenhuiszorg en ook **niet** voor onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuizen. Deze tarieven worden hiervoor in de praktijk echter vaak wel gebruikt, hetgeen tot de nodige verwarring heeft geleid. Hoe is het geregeld? [link](#)

### 1<sup>ste</sup> lijn (alleen huisartsen)

De NZA stelt per 1 jan 2015 uitsluitend maximale integrale (honorarium plus kostprijs) tarieven vast voor de 1<sup>ste</sup> lijn en kaakchirurgen. Het honorariumgedeelte hiervan is niet meer apart geormerkt. Het honorarium moet daarom voor de vrijgevestigden apart onderhandeld worden met de ziekenhuizen.

Bijvoorbeeld het integrale maximumtarief voor een door de huisarts ingestuurde huidshave excisie

met als vraagstelling naevus? (code 050516) bedraagt €59,36. De patiënt of het PA-lab kan dit bedrag declareren bij de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt. De vrijgevestigde patholoog zal met het ziekenhuis moeten onderhandelen over hoeveel van dit bedrag beschikbaar is als honorarium. In 2014 is voor het laatst een maximum honorariumtarief door de NZA gepubliceerd. Voor één CTG-eenheid van 12,5 minuten gold destijds een tarief van €27,77.

## 2<sup>e</sup> lijn (ziekenhuizen en alle ZBC's)

Voor de 2<sup>e</sup> lijn stelt de NZA geen tarieven meer vast. Alle tarieven zijn daarom volledig vrij onderhandelbaar. In de regel onderhandelen de ziekenhuizen met de verschillende zorgverzekeraars over het totale budget dat ze per jaar krijgen voor de totale hoeveelheid zorg die door het ziekenhuis verleend wordt. Anders dan bij huisartsen worden pathologie verrichtingen dus niet 1 op 1 doorbelast naar de zorgverzekeraars.

## Onderlinge dienstverlening tussen ziekenhuizen en/of zelfstandige pathologie afdelingen

Ook hiervoor geldt dat alle tarieven volledig vrij onderhandelbaar. Dit geldt ook voor consulten. In het verleden was dat niet zo en de integrale tarieven die voor de 1<sup>ste</sup> lijn door de NZA zijn vastgesteld worden in de praktijk nog vaak als uitgangspunt gehanteerd voor onderhandelingen tussen ziekenhuizen en externe pathologie afdelingen. Dit is begrijpelijk omdat deze tarieven zijn gebaseerd op een historische gemiddelde kostprijs van een aantal ziekenhuizen. Deze tarieven worden jaarlijks geïndexeerd maar niet jaarlijks opnieuw berekend ([invoegen link naar NZA-website met de integrale tarieven](#)).

Deze kostprijstarieven houden daarom niet vanzelf gelijke tred met de stijgende kosten van vooral de moleculaire diagnostiek. De kosten voor de moleculaire diagnostiek stijgen de laatste jaren sterk omdat per verrichting die gedeclareerd kan worden steeds meer moleculaire bepalingen gedaan moeten worden (zie bv het uitgebreide moleculaire panel voor adenocarcinomen van de long). De door de NZA vastgestelde tarieven zijn daarom waarschijnlijk (veel?) te laag. Het zou daarom wenselijk zijn als de NZA deze tarieven niet meer noemt zodat ze ook niet door ziekenhuizen als leidraad gebruikt kunnen worden.

## 4. Bijlage: Veel voorkomende problemen met indelen

Voor de meest voorkomende onduidelijkheden staat hieronder vermeld hoe deze ingedeeld dienen te worden. In een aantal gevallen zal onduidelijk blijven in welke categorie een inzending thuishoort. Ook in dit geval is de patholoog verantwoordelijk voor het kiezen van de best passende categorie, waarbij de NZA-regel geldt dat onder één pathologie onderzoek wordt verstaan het onderzoek van alle daartoe in aanmerking komende weefsels (histologie) of celmateriaal en vochten (cytologie) die binnen één zitting worden verwijderd in verband met één zorgvraag. Per type histologisch of cytologisch onderzoek geldt één specifieke declaratiecode. Het wordt sterk geadviseerd dat alle afdelingen hiervoor een standaardprocedure opstellen. Dit helpt discussies met zorgverzekeraars, externe inzenders, de NZA en accountants te voorkomen.

Afspraken over vaak voorkomende onduidelijkheden:

### *Hoe huidbiopten in te delen met vraagstelling neoplasie en ontsteking?*

Indeling gebeurt op basis van de vraagstelling. Indien bij bv. de vraagstelling basaalcelcarcinoom toch sprake blijkt van ontsteking (of mycosis fungoides/maligne lymfoom) dan mag de categorie-indeling daar niet op aangepast worden. Indien (klinisch) sprake is van een vraagstelling neoplasie en ontsteking (bv BCC versus eczeem) dan indelen als huidbiopt in categorie 516 (dus als vraagstelling neoplasie).

*Mammabiopten/resecties links en rechts:*

Voor mammabiopten en resecties geldt dat links en rechts 2 aparte verrichtingen zijn (zie tabel) Dit geldt niet voor reducties. Indien sprake is van een oncologische resectie aan één kant met een preventieve ablatio aan de andere kant dan geldt één verrichting voor de oncologische resectie en één voor een mammareductie.

NB: Biopten en cytologische puncties van 2 tumoren in een mamma zijn géén aparte verrichtingen en krijgen dus één code (zwaarteweging).

Een axillaire lymfklier die in dezelfde zitting gepuncteerd wordt krijgt de aparte zwaarteweging die bij een lymfklierpunctie hoort.

*Longcytologie en mediastinale lymfklierpuncties:*

Alle EBUS en EUS puncties krijgen één zwaartecategorie ook al worden naast mediastinale lymfklieren in hetzelfde onderzoek een longtumor en een bijnier gepuncteerd. Een bronchusspoeling en een pleuravocht bij de EUS/EBUS krijgen apart de bij deze verrichtingen behorende zwaartecategorie(ën). Een bronchusspoeling rechts en een bronchusspoeling links afgenomen in één zitting krijgen één zwaartecategorie.

Bovenstaande afspraken zijn deels arbitrair. Dat de indeling soms niet volledig recht doet aan de workload is vervelend maar heeft zeer beperkte impact zolang iedereen maar op dezelfde manier declareert.