

Een diagnose-behandelcombinatie (dbc) – tegenwoordig beter bekend als DBC-zorgproduct – is een code van negen cijfers die iets zegt over de inhoud van het totaal aan ziekenhuisactiviteiten (diagnostisering, behandeling en controles). Aan de hand van de DBC krijgt men informatie over het totale behandeltraject.

DBC-zorgproducten worden gebruikt binnen de specialistische ziekenhuiszorg evenals de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De arts of behandelaar bepaalt welke DBC wordt afgegeven.

Alle prestaties die te declareren zijn worden uitgedrukt in zogenaamde DBC (of DOT)-zorgproducten. Er zijn ongeveer 4.400 DBC-zorgproducten.

Waarom zijn er DBC's?

De overheid wil tot op zekere hoogte marktwerking in de zorg stimuleren. Het huidige DBC-systeem biedt daar mogelijkheden toe, omdat:

- Ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar kunnen onderhandelen over de prijs en kwaliteit van zorg en behandelingen. De consument kan hier uiteindelijk van profiteren.
- Er meer transparantie komt in de kosten van bepaalde behandelingen, waardoor ziekenhuizen hun bedrijfsvoering kunnen optimaliseren en betaalbare en doelmatige zorg kunnen blijven leveren.

Hoe werkt een DBC zorgproduct?

Als iemand in het ziekenhuis belandt, wordt niet iedere handeling, zoals een injectie of röntgenfoto, apart afgerekend. Betaling van ziekenhuiszorg gebeurt aan de hand van DBC-zorgproducten. Deze producten zou je kunnen zien als een pakket aan zorgvormen die worden gebruikt bij een bepaalde behandeling, bijvoorbeeld bij een heupfractuur.

De prijs van het zorgproduct is het gemiddelde van alle zorgkosten die komen kijken bij een dergelijke breuk.

Video: [hoe werken DBC's?](https://www.youtube.com/watch?v=2uv006eILZQ)  <https://www.youtube.com/watch?v=2uv006eILZQ>

Openen DBC

De DBC wordt geopend op de eerste dag dat de patiënt bij de specialist is. Dit kan voor een intake-gesprek, controle of direct voor een behandeling.


Voorbeeld

Een patiënt heeft erg veel pijn aan haar knie en maakt na bezoek aan de huisarts een afspraak in het ziekenhuis voor het maken van een foto.

Hoe wordt nu bepaald welk DBC-zorgproduct geldt?

De patiënt komt in het ziekenhuis en moet naar de afdeling radiologie voor een röntgenfoto. Aan de hand van de foto stelt een specialist een diagnose. Op basis daarvan wordt er een bepaald DBC-zorgproduct geopend. Dat gebeurt nog diezelfde dag.

Wat vergoedt de zorgverzekeraar?

Hoeveel de patiënt of [zorgverzekering](#)  [/zorgverzekering-vergelijken](#) uiteindelijk moet betalen aan het ziekenhuis hangt af van de volgende factoren:

- Hoeveel de gemiddelde behandeling kost bij de gestelde diagnose

- De zwaarte van de behandeling. Is het bijvoorbeeld nodig om de patiënt in het ziekenhuis te laten overnachten of kan hij na behandeling snel naar huis?
- Of er wel of geen operatie nodig is?
- Hoeveel bezoeken de patiënt heeft gebracht aan de specialist

Alle bovenstaande informatie wordt geregistreerd en aan de hand daarvan wordt het tarief vastgesteld. Na afloop brengt het ziekenhuis het tarief van het zorgtraject in rekening bij de zorgverzekeraar. De patiënt ontvangt daarna eventueel nog een rekening voor het eigen risico.

Welke informatie bevat een DBC zorgproduct?

In een DBC staan alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. Hiertoe behoort:

- De diagnose van een specialist
- Ziekenhuisbehandelingen
- Nacontrole (indien van toepassing)

2 groepen

De overheid heeft de DBC-zorgproducten in twee groepen verdeeld:

- 1 Groep A: gereguleerde segment waarin landelijke maximumtarieven zijn vastgesteld
- 2 Groep B: het vrije segment waarin ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar in onderhandeling mogen treden wat betreft de tarieven

Zorgproduct afleiden

Via [deze link](#)  <https://zorgproducten.nza.nl/> kun je relatief eenvoudig de code van een bepaald zorgproduct afleiden.

Eigen risico

Een DBC blijft maximaal 120 dagen openstaan. Voor poliklinische niet-operatieve behandelingen is de looptijd 90 dagen. Dit geldt echter alleen voor het eerste traject voor een nieuwe zorgvraag. Alle vervolgtrajecten (poliklinisch en niet-operatief) hebben een looptijd van 120 dagen.


Voor de GGZ kan een DBC zelfs 365 dagen openstaan.

Belangrijk:

Ziekenhuizen sturen de rekening op naar de zorgverzekeraar, maximaal 120 dagen na opening van het subtraject. In sommige gevallen wordt de rekening naar de patiënt gestuurd.

Voor bepaalde dure medicijnen en behandelingen komt het wel eens voor dat de kosten direct na behandeling worden gedeclareerd.

Hier lees je [hoe het eigen risico werkt in combinatie met een DBC](#)

 <https://www.zorgwijzer.nl/faq/eigen-risico#eigen-risico-en-dbc>.

Laatste update op: 28 augustus 2020 11:33



