

Ontleend aan <http://www.meldjezorg.nl>

Factuur gespecialiseerde ggz: Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)

A. Diagnose Behandel Combinaties of DBC's

De gespecialiseerde ggz kent ca. 120 soorten behandelingen, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties of DBC's. Een DBC in de ggz is opgebouwd uit patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. Afhankelijk van de set van activiteiten, verblijfsdagen, uren dagbesteding en verrichtingen en de tijd of aantallen die hieraan besteed zijn, wordt een aparte behandelprestatie, verblijfsprestatie en/of overige prestaties afgeleid. Aan de behandel-, verblijfs- en overige prestaties zijn tarieven verbonden.

Toelichting DBC-zorgproducten

Binnen de DBC-systematiek wordt onderscheid gemaakt tussen de termen initiële DBC, vervolg-DBC en zorgtraject'.

Een DBC-zorgproduct kan uit de volgende activiteiten en verrichtingen bestaan:

- a. Diagnostiek en behandeling
- b. Crisis
- c. Verblijf (met of zonder overnachting)
- d. Dagbesteding
- e. Verrichtingen

B. Wat staat er op de DBC-factuur?

Op de factuur die aan u of aan de zorgverzekeraar wordt gestuurd moet een aantal gegevens staan. Een paar van deze gegevens zijn van belang om na te gaan of de prijs van de factuur klopt. Klopt in de zin dat die zorg in rekening wordt gebracht die u heeft ontvangen. De termen en gegevens worden, indien nodig, toegelicht in de verdere stappen.

Op de factuur kunt u onder andere informatie vinden over:

1. DBC-traject startdatum en de DBC-traject einddatum
2. Initiële DBC of Vervolg DBC
3. Declaratiecode
4. Prestatiecode
5. Lekenomschrijving
6. Gedeclareerde DBC-tarief
7. Directe, indirecte, reis- en totale tijd die besteed is

1. Kloppen de data?

Startdatum/begindatum

Een DBC wordt gestart als er een zorgtraject is gestart. De startdatum is gelijk aan de eerste patiëntgebonden activiteit. Dit is vaak de aanmelddatum of datum ontvangst van de verwijfsbrief. Dit hoeft dus niet gelijk te zijn aan het eerste contact.

Einddatum

Een DBC-zorgproduct kan om twee redenen beëindigd worden: door het afsluiten van de behandeling of na 365 dagen. De sluitdatum wijkt meestal af van de datum waarop u het laatste contact met het de zorgaanbieder heeft gehad. Dit heeft te maken met de indirecte tijd die nog wordt vastgelegd, bijvoorbeeld voor het schrijven van afsluitingsbrief aan de verwijfzer.

2. Initiële of vervolg DBC?

Van een initiële DBC is sprake als er voor het eerst behandeld wordt voor een bepaalde diagnose. Wanneer na een jaar de behandeling nog niet is afgerond, wordt een vervolg DBC geopend. Het kan echter ook zijn dat, wanneer er sprake is van meerdere diagnoses, er een nieuwe initiële DBC gestart wordt met een andere behandeldiagnose.

3. Declaratiecode

Dit is een code die bestaat uit 6 cijfers. Deze code kan worden afgeleid van de prestatiecode. De declaratiecode is gekoppeld aan de prestatiecode. Meerdere prestatiecodes kunnen afleiden op dezelfde declaratiecode.

Aan elke declaratiecode is ook een tarief gekoppeld.

De code begint met het getal 10 of 25 als sprake is van zorg die tot het basispakket behoort.

4. Prestatiecode

Dit is een specificatie van het geleverde zorgproduct. De DBC prestatiecode bestaat uit twaalf cijfers. De code is opgebouwd uit vier delen van drie cijfers, in onderstaande volgorde:

Cijfers 1 t/m 3 = Zorgtype. Een zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de cliënt en de zorgaanbieder.

Cijfers 4 t/m 6 = Diagnoseclassificatie. De diagnose-informatie op de factuur beperkt zich tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen van de productstructuur.

Voor de behandelgroepen 'diagnostiek', 'crisis' en 'kortdurend' staat geen diagnose-informatie op de factuur. (Zie ook opt-out regeling)

Cijfers 7 t/m 9 = Zorgvraagzwaarte De verplichting tot het verstrekken van de zorgvraagzwaarte op de factuur is tot en met 31 december 2015 niet van toepassing. Dit geldt voor zorg die vanaf 1 januari 2015 door de zorgaanbieder wordt gedeclareerd.

Cijfers 10 t/m 12 = Behandeldeel. De code die hoort bij een deelprestaties behandeling.

Een voorbeeld is prestatiecode 101005000027:

Cijfers 1 t/m 3 = Zorgtype (101 staat voor "reguliere zorg")

Cijfers 4 t/m 6 = Diagnosehoofdgroep (005 staat voor de groep "Aanpassingsstoornissen")

Cijfers 7 t/m 9 =Zorgvraagzwaarte (staat altijd "000")

Cijfers 10 t/m 12 = Behandeldeel (027 staat voor "Aanpassing – van 250 t/m 799 minuten")

5. Lekenomschrijving

Voor cliënten wordt hier in een niet-medische terminologie verklarende omschrijving gegeven van het in rekening gebrachte DBC-tarief.

Opt-out regeling

In de gespecialiseerde ggz bestaat al langer de verplichting tot vermelding van de diagnose op de factuur. Hiertegen is vanuit het oogpunt van privacybescherming bezwaar aangetekend. Dit heeft geleid tot de zogenaamde opt-out-regeling. De cliënt moet hiervoor een door de NZa opgestelde privacyverklaring ondertekenen bij de zorgaanbieder. Een kopie van deze privacyverklaring moet worden opgestuurd naar de zorgverzekeraar van de cliënt, waarna de zorgaanbieder declaraties bij de zorgverzekeraar kan indienen zonder daarop informatie te vermelden die verwijst naar de diagnose. De laatste drie cijfers van de declaratiecode en de laatste negen cijfers van de prestatiecode worden vervangen door negens. Om niet uit het NZa-tarief te kunnen afleiden om welke diagnose het gaat, kan ook voor een privacytarief worden gekozen.

6. Gedeclareerde DBC-tarief

In de tabellen kunt u met de laatste 3 cijfers van de DBC-code het maximumtarief vinden wat in rekening mag worden gebracht. De maximumtarieven zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld en zijn gepubliceerd op de website van de praktijk.

7. Tijdbesteding

De tijd wordt in minuten geregistreerd. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte tijd.

Directe tijd betreft de directe contacttijd die een behandelaar aan u besteedt bij een activiteit. Hieronder vallen: face-to-face contact, schriftelijk contact, telefonisch contact en elektronisch contact via e-mail of internet. Indirecte tijd is de tijd die samenhangt met het uitvoeren van een direct patiëntgebonden activiteit, zoals de verslaglegging en administratie in het kader van een activiteit, correspondentie met de verwijzer, multidisciplinair overleg en het voorbereiden van een activiteit.

Hoe kunt u nagaan of de in rekening gebrachte directe /indirecte tijd klopt?

Uit de gegevens van de verzekeraars uit alle afgesloten DBC's in de periode 2008-2010 kan een beetje inzicht worden gegeven over directe en indirecte tijd en de verhouding daartussen. Hiermee wordt een beetje inzicht gegeven, maar er zijn altijd uitzonderingen mogelijk. De **directe tijd** van de aanpak/behandeling van de verschillende diagnoses ligt gemiddeld tussen 43% en 61%. De **indirecte tijd** ligt dan dus tussen de 57% en 39%. Heeft u twijfels over de directe en/of indirecte tijd die op de factuur staat. Dan kunt u in eerste instantie een toelichting vragen aan uw zorgaanbieder of uw zorgverzekeraar.