

Kosten voor een behandeling en DBC's

Binnen de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt landelijk gewerkt met de DBC systematiek.

“DBC” staat voor: Diagnose Behandel Combinatie. Deze combinatie van de behandeling die nodig is voor de gestelde diagnose geeft inzicht in de geleverde zorg en dient als de voertaal tijdens de declaratie van zorg.

DBC's

Een DBC beschrijft het traject dat u als cliënt doorloopt, vanaf het eerste contact tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt tot maximaal 365 dagen. De DBC is opgebouwd uit

activiteiten en verrichtingen en de daaraan besteedde tijd. Afhankelijk van de

diagnose en de tijd, wordt een bepaalde DBC productgroep afgeleid, bijvoorbeeld “Angst 800 – 1799 minuten”.

De tarieven voor de DBC productgroepen worden jaarlijks door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld. Het is belangrijk te weten, dat de regels omtrent het werken met DBC's landelijk wordt vastgesteld; een behandelaar of instelling kan dit dus niet zelf bepalen en mag er ook niet van af wijken. Verzekeraars doen jaarlijks controles bij zorgaanbieders of de ingediende DBC's wel kloppen. Daarnaast laten instellingen naar wettelijk voorschrift elk jaar een accountantscontrole uitvoeren, waarbij óók wordt gecontroleerd of de DBC regels correct zijn toegepast.

Kosten

Er is een aantal regels van toepassing op het werken met DBC's, die bepalen wat de kosten van uw behandeling zijn. Dát gekoppeld aan uw specifieke polis, bepaalt vervolgens welke kosten u kunt hebben aan de behandeling. Omdat elke polis verschilt, kan de instelling of uw behandelaar nooit precies aangeven wat voor u de kosten zullen zijn; wij verwijzen u daarvoor altijd terug naar de verzekeraar. De regels die van belang zijn voor de mogelijke kosten zijn:

1. Voor het eigen risico wordt jaarlijks door VWS een minimum bepaald, maar u kunt bij uw

zorgverzekeraar een HOGER eigen risico afspreken in ruil voor een lagere maandelijkse zorgpremie. Afhankelijk van de hoogte van dit eigen risico, komen kosten voor uw eigen rekening.

2. Het eigen risico geldt voor bijna alle zorgkosten (bv ziekenhuis, medicijnen, psycholoog) en het is een maximum bedrag per jaar. Het kan dus niet méér worden dan het bedrag dat met de verzekeraar is afgesproken, ongeacht hoeveel zorg u dat jaar nodig heeft. Meestal is het eigen risico aan het eind van het jaar “op”, en zijn er dan geen kosten meer voor de zorg die dan nog wordt gebruikt. Maar: elk jaar gaat het eigen risico weer opnieuw in!

3. Bepalend is de datum dat een DBC wordt geopend. De vergoedingsregels van de verzekeraar die in dat betreffende jaar geldig zijn, gelden voor de DBC. Ook als de DBC het jaar er op pas wordt afgesloten en gedeclareerd.

4. Een DBC mag pas worden gedeclareerd als de behandeling is afgerond (tenzij de behandeling langer duurt dan 365 dagen). U krijgt dus pas ná de behandeling (of na 1 jaar) te maken met mogelijke kosten.

5. Een DBC mag maximaal 365 dagen open staan. Op het moment dat een behandeling langer duurt, moet er een nieuwe DBC worden geopend. Dan gelden weer opnieuw de vergoedingsregels van de verzekeraar voor dat nieuwe jaar. Bij een hele lange behandeling, waarvoor meerdere DBC's achter elkaar geopend moeten worden, kunt u dus elk jaar opnieuw eigen risico moeten betalen.

6. Een DBC is altijd gekoppeld aan 1 diagnose. Als u voor meerdere diagnoses wordt behandeld, bv een depressie én een angststoornis, worden er ook meerdere DBC's geopend. Er kunnen maximaal 3 DBC's tegelijkertijd “open” staan.

7. Als een cliënt 18 jaar wordt, wordt hij zelf verantwoordelijk voor het sluiten van een zorgverzekering. Als er een nieuwe DBC wordt geopend terwijl u nét 18 jaar bent geworden, wordt vanaf de nieuwe DBC dus eigen risico in rekening gebracht.

8. Alle tijd die aan de behandeling wordt besteed, moet worden geregistreerd op de DBC. Niet alleen de consulten, maar ook de zogenaamde indirecte tijd voor administratie, interpretatie van testuitslagen en overleg met de huisarts of de regiebehandelaar die de behandeling superviseert. Bij een ingewikkelde behandeling, waar veel informatie nodig is van andere behandelaren of waar veel voor u geregeld moet worden, kan er dus net zoveel of méér indirecte tijd worden geschreven op de DBC als dat er aan u persoonlijk wordt besteed.

9. Een behandelaar die niet zelf BIG*-geregistreerd is, valt altijd onder de verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde regiebehandelaar, die eindverantwoordelijk is voor het gehele proces van de behandeling. De behandelaar moet de regiebehandelaar op de hoogte houden van de voortgang. Daarnaast behoort een behandelaar zijn cliënten in multidisciplinair overleg met collega's van de instelling te bespreken, waaronder tenminste een psychiater of een klinisch psycholoog.

Dit zijn eisen van de verzekeraar, om voor vergoeding in aanmerking te komen. Ook de tijd die deze andere hulpverleners besteden aan het bespreken van uw behandeling telt dus mee op de DBC.

10. U kunt bij de instelling waar u de behandeling heeft gevolgd, een overzicht vragen van alle tijd die is geregistreerd en de productgroep waar de DBC in terecht is gekomen.

11. U kunt bezwaar maken tegen het vermelden van de diagnose-informatie op de declaratie aan de verzekeraar. Hiervoor dient u een formulier in te vullen dat beschikbaar is op de website van de instelling. U dient dit bij aanvang van de behandeling aan te geven.

* BIG: de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Daarom staan er in de wet bepalingen over zaken als titelbescherming, registratie, herregistratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht.

Voor meer informatie over DBC's: www.dbconderhoud.nl