

“DBC” hoe zit dat nu precies?

DBC systeem, hoe zit dat in elkaar?

Een sportarts is een medisch specialist. Dit betekent dat sportgeneeskundige zorg qua vergoeding in de basisverzekering gelijk gesteld met de andere medische specialismen. Hoe zit het nu precies met de vergoeding via de basisverzekering?

Aan de hand van veel gestelde vragen geven wij u hierover uitleg.

Wat is een ZBC?

ZBC staat voor Zelfstandig Behandel Centrum. Dit is een samenwerkingsverband tussen twee of meer medisch specialisten. De Sport- en Bewegiekliniek (voorheen SMA) is zo'n ZBC. (Een soort mini-ziekenhuis) De Sport- en Bewegiekliniek biedt medisch specialistische zorg, in de vorm van sportgeneeskunde aan. Op grond van de bepalingen in de zorgverzekeringswet komt deze zorg vanuit de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking onder de volgende voorwaarde:

1. Er dient sprake te zijn van een zorgvraag, d.w.z. de patiënt heeft een medische klacht.
2. U dient een verwijfsbrief te kunnen overleggen van uw huisarts of medisch specialist. (De fysiotherapeut is geen medisch specialist.)

De hoogte van de vergoeding hangt af van uw verzekering en de specifieke polis die u heeft afgesloten.

Wat is een DBC?

DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. Ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra (ZBC) werken met hetzelfde landelijke financieringssysteem. Dit is het DBC-stelsel.

Het DBC-systeem houdt in dat er één tarief wordt gehanteerd voor een (achteraf) vastgesteld traject.

In dit traject kunnen één of meer zorgactiviteiten vallen. De factuur betreft een pakketje zorg (de DBC), je rekent niet apart af voor alleen een bezoek. Je zou kunnen zeggen dat een DBC een soort mandje is waarin meer of minder boodschappen worden gelegd afhankelijk van wat de arts inhoudelijk nodig heeft om tot een diagnose en/of behandeling (advies) te kunnen komen.

Het kan dus zo zijn dat de factuur van iemand die 1 keer komt in zo'n traject net zo hoog is als iemand die 2 keer komt en ook nog een röntgenfoto heeft gehad.

Vooraf staat nog niet vast welk prijskaartje hieraan hangt. Welk DBC-product het uiteindelijk gaat worden, hangt af van verschillende factoren zoals; hoeveel afspraken er nodig zijn en of er nog aanvullende diagnostiek nodig is. Bij aanvullende diagnostiek kan gedacht worden aan een echografie, röntgenfoto, MRI scan, inspanningstest met of zonder ademgasanalyse, laboratorium onderzoek. Dit kan allemaal onder hetzelfde traject vallen. Bij aanvang van de behandeling kan er dus ook door uw arts geen bedrag worden aangegeven. Pas als de behandeling is afgelopen wordt het uiteindelijke DBC product vastgesteld, dit gebeurt aan de hand van de door de arts zoals hierboven beschreven handelingen.

Deze informatie wordt naar de grouper (een landelijk registratie- en computerprogramma) verzonden. De grouper leidt vervolgens af van welke DBC zorgproductcode sprake is en plakt daar als het ware een nieuwe code op. Dit is de DBC declaratie code. Aan de hand van deze declaratiecode wordt de factuur naar de zorgverzekeraar of de patiënt gestuurd.

Hoe lang loopt een DBC?

Een DBC traject start bij de eerste zorgactiviteit (bijvoorbeeld eerste polibezoek) en het traject sluit na maximaal 120 dagen. Dit is ook de reden dat pas na een aantal maanden de declaratie wordt verstuurd. Als er na sluiting van een behandeltraject nog nieuwe zorgactiviteiten plaatsvinden wordt een nieuw DBC traject geopend.

Waarom is de prijs van een DBC traject een rekening soms hoger en soms lager dan de werkelijk gemaakte kosten?

De prijs van het DBC zorgproduct is het **gemiddelde** van alle kosten die bij een bepaalde diagnose landelijk gemaakt worden.

De gedachte hierachter is dat op deze manier zorgverleners uitgedaagd worden met elkaar te kunnen concurreren op prijs.

Je kunt het vergelijken met een boodschappenmandje. Het boodschappen mandje is dan het DBC zorgproduct met een bijpassende diagnose en declaratie code. Elke boodschappen mandje heeft een spanbreedte van bv.1 of 2, 2 of 3, 3 of meer verrichtingen; dit geldt ook voor het al of niet aanwezig zijn van 1 of meer beeldvormende onderzoeken zoals echografie, röntgen en MRI, laboratorium onderzoek en/of inspanningstesten. U kunt dus een boodschappen mandje moeten afrekenen voor de prijs x die maximaal gevuld is, maar het kan ook zijn dat u dezelfde prijs betaald voor boodschappenmandje die slechts voor een deel is gevuld. In beide gevallen rekent de grouper dus eenzelfde bedrag af.

Nogmaals: De prijs van het DBC zorgproduct is het **gemiddelde** van alle kosten die bij een bepaalde diagnose landelijk gemaakt worden en is dus nagenoeg nooit de werkelijke prijs vanuit uw individuele geval gezien op dat moment en voor dat behandeltraject.

Het hierboven beschrevene dient ertoe om als zorgaanbieders op prijs met elkaar te kunnen gaan concurreren. Dit zijn regels die vanuit de overheid gesteld zijn. De ervaring leert dat patiënt, consument maar ook artsen hier moeite mee hebben maar hierop hebben wij geen invloed.

Hoeveel krijg ik vergoed?

Een DBC product valt onder de basisverzekering. Hoeveel u uiteindelijk vergoed krijgt is afhankelijk van de verzekering die u heeft. Omdat er zoveel verschillende verzekeringen, polissen en pakketten zijn dient u dit zelf met uw zorgverzekeraar kort te sluiten.

Maar zelfs al zou u dat doen, dan is het vrijwel onmogelijk om precies te achterhalen wat het kost of wat de vergoeding is. Zowel patiënt als dokter weten niet bij opstart van een traject wat er allemaal wel en niet moet worden bekeken, onderzocht, aangevraagd en behandeld. [Hier](#) leest u meer over de gehanteerde tarieven en eventuele kosten die voor eigen rekening komen.

De kosten zullen in principe worden vergoed uit de basisverzekering. Elke verzekeraar kan bepalen of een ziekenhuis of ZBC gecontracteerd wordt of niet. Indien wij een contract/ betaalovereenkomst hebben met uw verzekeraar dan worden op basis van prijsafspraken zorgverlener-zorgverzekeraar alle facturen van de gecontracteerde zorgverlener 1 op 1 vergoed. Dit is het geval bij alle labels vallend onder Zilveren Kruis, VGZ, CZ en ONVZ en Zorg en Zekerheid. (Vanaf 2023 komt DSW daarbij). Uw factuur wordt door de Sport- en Beweegkliniek direct ingediend bij uw zorgverzekeraar. Indien wij geen contract hebben met uw zorgverzekeraar (Bv Menzis of DSW) is er sprake van een zogenaamd "passantentarief" d.w.z. het tarief van de niet gecontracteerde zorgverlener wordt met aftrek van het eventuele eigen risico slechts voor maximaal 65-75% vergoed op basis van het marktconforme tarief. Dit gehanteerde tarief kan weer per zorgverzekeraar verschillend zijn. In het geval dat uw zorgverzekeraar geen contract met ons heeft afgesloten loopt u de kans dat u naast het eigen risico ook nog een eigen bijdrage dient te gaan betalen.

Drie maanden na uw eerste afspraak bij de medisch specialist/sportarts is bekend welk zorgproduct/ declaratie code is afgeleid door de grouper. Pas dan kunt u dus nagaan welke prijs betaald moet gaan worden en kunt u met de bepalingen van uw zorgverzekeraar ook nagaan of en zo ja hoe hoog een eventuele eigen bijdrage gaat uitvallen.

De zorgverzekeraar heeft evenals de zorgverlener, bij de wet bepaald (Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA)), een zorgplicht. Onder deze zorgplicht valt ook bereikbaarheid. Bij een verzekeraar

die ons niet contracteert zijn wij van mening dat zij onze unieke sportgeneeskundige zorg in de regio voor de patiënt financieel, door eigen bijdrages boven op eigen risico, onbereikbaar maken. Op landelijk niveau wordt momenteel onderzocht wat hieraan gedaan kan worden.

Om naast inhoudelijk ook financieel hoogstaande service te verlenen bieden wij als Sport- en Bewegkliniek, bij een aantal zorgproducten/declaratie codes een "eigen bijdrage reductie regeling". **Deze reductieregeling zal gelden bij sommige codes.** Het betreft de facturen met codes, waarbij in een DBC traject periode slechts één zorgactiviteit staat vermeld en geen aanvullende diagnostiek is aangevraagd. (dit komt in de meeste gevallen overeen met een eenmalig polikliniekbezoek)

Bij deze codes (waarbij slechts één zorgactiviteit staat geregistreerd) betaalt u aan ons datgene wat uw zorgverzekeraar aan u vergoedt! U heeft dus in die gevallen géén eigen bijdrage. Het eigen risico is uiteraard wél voor eigen rekening.

Daarnaast verzekeren wij u dat uw eigen bijdrage (let op dat is iets anders dan eigen risico) per traject (90 of 120 dagen) nooit hoger zal zijn dan 150 euro.

Voorwaarde voor deze regelingen is dat u het vergoedingenoverzicht (afrekenspecificatie) van uw zorgverzekeraar aan ons mailt. (of per post toestuurt). Dit is nodig omdat elke zorgverzekeraar een andere vergoedingssystematiek hanteert. Indien u dit niet naar ons toestuurt, gaan wij ervan uit dat u de gehele factuur aan ons voldoet.

Waarom krijg ik zelf de factuur en wordt die niet direct naar de zorgverzekeraar gestuurd?

De Sport- en Bewegkliniek heeft met Zilveren Kruis Achmea, VGA, CZ en ONVZ en een aantal zorgverzekeraars die hieronder vallen een contract. Dit betekent dat we deze nota's direct bij de zorgverzekeraar indienen.

Bij de zorgverzekeringen waar wij geen contract mee hebben, kunnen wij de factuur niet direct indienen. De cliënten die dus elders zijn verzekerd krijgen zelf de nota met het zogenaamde "passantentarief" en kunnen deze vervolgens bij hun zorgverzekeraar indienen. Onze rekeningen worden verzorgd door [infomedics](#).

Waarom krijg ik pas na enige maanden een nota?

Pas 90 dagen nadat een DBC traject wordt geopend wordt deze automatisch gesloten. Vervolgens zijn er nog allerlei administratieve handelingen (zoals het afleiden via het groupersysteem) waardoor er soms meerdere maanden kunnen zitten tussen de laatste behandeling en het ontvangen van de factuur. Bij een eventueel vervolgetraject kan dit nog langer duren, aangezien dit traject pas na 120 dagen sluit.

Wat als ik veel langer onder behandeling blijf?

Als u na 90 dagen (het initiële 11 traject) nog steeds vervolgspraken bij de sportarts nodig heeft opent de sportarts een vervolg DBC (een 21 traject) welke een maximale looptijd heeft van 120 dagen.

Let op:

Indien een vervolgetraject in het volgende kalenderjaar wordt geopend, wordt over beide jaren uw eigen risico berekend.

Voorbeeld: U heeft in november 2021 een onderzoek/ behandeling gehad. Dit traject wordt dan in februari 2022 gesloten (na 90 dagen). U betaald hierover uw eigen risico van 2021. Als u vervolgens in maart voor een nieuwe afspraak komt (= vervolgetraject), dan wordt over dit traject het eigen risico van 2022 aangesproken.

Wij hopen u op deze wijze enigszins duidelijkheid te hebben gegeven over de totstandkoming van de factuur. Mocht u verder nog vragen hebben over vergoedingen neem dan contact op met uw zorgverzekeraar.

Als u meer wilt weten hoe het bekostigingssysteem in elkaar zit kunt u de website <https://www.zorgwijzer.nl/faq/zorgnota> bezoeken.

(Het lijkt op deze site misschien allemaal te gaan over ziekenhuiszorg, maar hier wordt medisch specialistische zorg (zoals sportarts) bedoeld. Men kan een ZBC ook zien als een soort "mini"ziekenhuis.)

Inmiddels is DBC vervangen voor DOT (DBC Op weg naar Transparantie). Deze term wordt nog niet zo vaak gebruikt, vandaar dat we in bovenstaande tekst gebruik hebben gemaakt van de term DBC. In 2012 kwam DOT. Dit was een verbeterd declaratiesysteem waardoor er nog 4500 i.p.v. 12.000 DBC zorgproducten zijn.