

Betalen van ziekenhuiszorg diagnosebehandelingcombinaties

Ziekenhuiszorg financieren we op basis van diagnosebehandelingscombinaties (DBC-zorgproducten). Het ziekenhuis brengt die in rekening bij de verzekeraar of de patiënt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt welke DBC-zorgproducten ziekenhuizen in rekening kunnen brengen.



Wat is een DBC-zorgproduct?

Als iemand in het ziekenhuis belandt, rekent het ziekenhuis niet elke scan, injectie of handeling afzonderlijk af. Het betalen van ziekenhuiszorg gebeurt via zogenoemde DBC-zorgproducten.

Dit zijn eigenlijk pakketten zorg die gebruikelijk zijn bij een bepaalde behandeling, bijvoorbeeld van een botbreuk. De prijs voor dit DBC-zorgproduct is een gemiddelde van alle zorgkosten bij een dergelijke breuk.

De NZa stelt de omschrijvingen van de DBC-zorgproducten vast.

Hoe is het tarief van een DBC-zorgproduct opgebouwd?

Het tarief van een DBC-zorgproduct is een combinatie van de kosten die het ziekenhuis maakt en het honorarium van de medisch specialist. Na afloop van de behandeling ontvangt de patiënt één rekening voor de gehele behandeling.

- Voor ziekenhuiskosten is meestal sprake van een vrij tarief waarover het ziekenhuis met de verzekeraar onderhandelt. In enkele gevallen heeft de NZa een maximumtarief vastgesteld. Het gaat dan vooral om complexe zorg.
- Het honorariumbedrag van de medisch specialist is een maximumtarief dat de NZa vaststelt. Ziekenhuis en verzekeraar kunnen tot aan dit maximum onderhandelen.

Informatie over de rekening

Na afloop van de behandeling stuurt het ziekenhuis de rekening naar de **zorgverzekeraar of de patiënt**. Patiënten met vragen over de rekening kunnen contact opnemen met het **ziekenhuis** of de **zorgverzekeraar**.

De zorgverzekeraar is ook verantwoordelijk voor een overzicht van vergoedingen en de verrekening van het eigen risico, en beantwoordt hier vragen over.

Hoe wordt bepaald welk DBC-zorgproduct geldt?

1 Diagnose

Een patiënt komt in het ziekenhuis na verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts of via de Spoedeisende Hulp.

Een medisch specialist stelt een diagnose. Op basis hiervan opent hij een DBC-zorgproduct. Dan staat nog niet vast welk bedrag de patiënt of zijn zorgverzekeraar uiteindelijk moet betalen. Welk DBC-zorgproduct uiteindelijk geldt, is afhankelijk van onder andere de volgende factoren.



2 Bepalende factoren



De kosten zijn gebaseerd op een **gemiddelde behandeling**. Daardoor maakt het niet uit of er één of drie foto's zijn gemaakt.



Andere factoren tellen wel mee. Dan gaat het om de zwaarte van de behandeling. Zo maakt het uit of de patiënt **overnacht** in het ziekenhuis, of dat hij meteen naar huis kan.



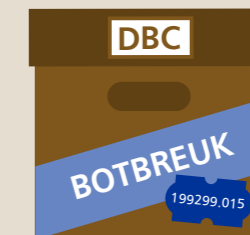
Het maakt ook uit of hij **wel of geen operatie** heeft ondergaan.



Ook het aantal **bezoeken** van een patiënt aan de medisch specialist kan een rol spelen.

3 Vaststellen

Als de behandeling is afgelopen wordt op basis van alle vastgelegde informatie het uiteindelijke DBC-zorgproduct vastgesteld. Dit DBC-zorgproduct heeft een eigen code.



Meerdere DBC-zorgproducten

Soms is een patiënt voor meerdere aandoeningen in behandeling bij verschillende specialisten. Dan kunnen meerdere DBC-zorgproducten gelden. Elke specialist opent in dat geval een **eigen DBC-zorgproduct**.

De specialist en het ziekenhuispersoneel zijn samen verantwoordelijk dat ze alle zorgactiviteiten goed vastleggen en koppelen aan het juiste DBC-zorgproduct.



Meer informatie

- Heeft u een vraag aan de NZa dan kunt u contact opnemen met de Informatielijn, kijk op www.nza.nl, en klik op [vraag](#).
- Wilt u een melding doen van een mogelijke overtreding van de Wmg, Zvw of AWBZ, kijk op www.nza.nl, en klik op [melding](#).
- Wilt u meer weten over de DBC/DOT- systematiek, kijk dan op www.nza.nl > [zorgonderwerpen](#) > [dossier DBC/DOT](#).
- Voor meer informatie over de DBC-zorgproducten, zie de tariefapplicatie op www.nza.nl, en klik op [DBC-tarieven](#).