

Uniformering DCSPH

Nieuwe lijst diagnosecodes

Per 1 januari 2020 wordt de uniforme lijst DCSPH ingevoerd. Uniformering van de codelijst is één van de actiepunten uit de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg.

De DCSPH-code is de vertaling van de medische indicatie in een diagnosecode. De diagnosecode wordt gebruikt voor onder meer het declareren van de behandeling bij zorgverzekeraars. Met de nieuwe lijst gaan we van 4823 (theoretisch mogelijke) diagnosecodes naar 1490 codes. Maar belangrijker is dat de diagnosecodes door zorgverzekeraar én zorgaanbieder op dezelfde, uniforme, manier worden gebruikt. De uniforme lijst is het product van intensieve samenwerking tussen zorgverzekeraars en KNGF, VVOCM en Vereniging van huidtherapeuten.

Per code staat er in de nieuwe lijst omschreven waar de code voor bedoeld is en wanneer deze ingezet mag worden.

Wat betekent dit concreet? Behalve dat het minder administratie oplevert, zorgt de nieuwe lijst er ook voor dat er minder discussie kan ontstaan per code. Daardoor zullen ook het aantal foutmeldingen en correcties aanzienlijk verminderen waardoor ook administratieve lastendruk afneemt

De softwareleveranciers hebben inmiddels de lijst gekregen zodat ook de systemen op tijd zijn ingericht. Deze vindt u op de website van Menzis onder het kopje 'Declareren'.

Verwachtingen

De uniformering van de lijst en de toepassing zal naar verwachting een aanzienlijke vermindering van administratieve lasten met zich mee brengen. Alle zorgverzekeraars hanteren dezelfde lijst en in de EPD systemen wordt de uniforme lijst ingevoerd. Elke verandering van systeem brengt echter ook (tijdelijk) extra lasten met zich mee. We moeten immers én wennen aan het nieuwe systeem én er is noodzakelijkerwijs een overgangsregeling voor de patiënten die al in behandeling zijn op het moment van invoeren van de uniforme lijst.

De introductie van deze nieuwe lijst is een eerste stap. In de komende maanden gaan we met alle betrokken partijen nog verder kijken of en hoe we (andere) specifieke codes voor verbijzonderingen in de lijst moeten opnemen

Overgang naar het nieuwe systeem

Partijen hebben uitgebreid gesproken over de meest eenvoudige manier waarop de overgang van het oude naar het nieuwe systeem vorm kan krijgen. Als we de nieuwe lijst ook in alle lopende behandeltrajecten zouden willen introduceren zou dat betekenen dat we enkele honderdduizenden dossiers zouden moeten controleren en eventueel om-coderen. Dat zou ook problemen met zich mee kunnen brengen voor de registratie van de eerste 20 behandelingen voor patiënten met een aandoening die volgens bijlage 1 bij het besluit Zorgverzekeringswet wordt vergoed etc.

Om deze reden is er voor gekozen om de oude systematiek geleidelijk uit te faseren.

Wat betekent dit voor jouw administratie?

- De behandelperiodes die voor 1-1-2020 zijn gestart blijven op de oude codes. Je mag dus *geen* diagnosecodes veranderen bij lopende behandelperiodes per 1-1-2020.

- Cliënten die de eerste 20 behandelingen niet vergoed hebben gekregen omdat de aanspraak in bijlage 1¹ valt die houden ook na 1-1-2020 de 'oude' diagnosecombinatie. Dus *ook* als deze in de nieuwe lijst op 'dicht' staat. Als je nieuwe codes zou gebruiken bij deze cliënten gaat namelijk het systeem opnieuw 20 behandelingen eigen risico opvoeren.
- Alleen nieuwe behandel episodes, die starten na 1-1-2020, krijgen diagnosecodes uit de nieuwe lijst.

Na verloop van tijd zullen de oude codes (van cliënten met aanspraak bijlage 1) handmatig worden aangepast. Dit zal niet in 2020 gebeuren.

FAQ

Door de samenwerkende partijen is een lijst met veel gestelde vragen en antwoorden opgesteld, deze wordt geregeld bijgewerkt geüpdatet. De FAQ is [hier](#) te vinden.

Als u vragen heeft die daar niet op voorkomen kunt u deze stellen via het emailadres dcsp@kngf.nl

¹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2019-10-31#Bijlage1>