**Diagnosebehandelcombinatie**

Een **diagnosebehandelcombinatie**, normaal aangeduid met **DBC** of **dbc**, is een code in de [gezondheidszorg](http://nl.wikipedia.org/wiki/Gezondheidszorg) die het geheel van een geleverd zorgproduct omschrijft. De DBC-systematiek vervangt in *Nederland* sinds 1 januari 2005 de oude manier va[n ziekenhuisfinanciering.](http://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekenhuisfinanciering)

Tot en met 31 december 2004 werden verrichtingen, uitgevoerd bij een patiënt, apart gedeclareerd. Kortweg komt het hierop neer: hoe meer verrichtingen een ziekenhuis of medisch [specialist](http://nl.wikipedia.org/wiki/Medisch_specialist) bij een patiënt uitvoerde, des te meer kon er gedeclareerd worden. Dit zou inefficiënt werken in de hand werken. De DBC-systematiek brengt hier verandering in.

Sinds 1 januari 2005 mogen alleen nog DBC's gedeclareerd worden. Een DBC is een weergave van alle activiteiten en verrichtingen die een patiënt in het ziekenhuis doorloopt gedurende een vastgestelde periode (voor een chronische aandoening wordt voor deze periode 1 jaar gebruikt). Een DBC beschrijft met 3 codes (zorgtype (bijv. regulier, spoed), diagnose, behandeling): hoe een patiënt het [ziekenhuis](http://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekenhuis) binnenkomt, welke [diagnose](http://nl.wikipedia.org/wiki/Diagnose) er gesteld is en de voorgenomen behandeling. Ziekenhuizen mogen alleen tarieven in rekening brengen voor DBC's. Aan een groot deel van de DBC's (het zogenoemde segment A) is door de [Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Nederlandse_Zorgautoriteit) een tarief toegekend en de prijs is dus in alle ziekenhuizen in Nederland gelijk. De rest van de DBC's (segment B) heeft slechts ten dele een vast tarief; het overige deel is 'onderhandelbaar'. Segment B omvatte het eerste jaar ongeveer 10% van de ziekenhuiszorg, vooral niet-spoedeisende zorg. Het ziekenhuis en de [zorgverzekeraar](http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekering_(Nederland)) worden geacht hierover met elkaar in onderhandeling te treden. Hierdoor wil het Nederlandse Ministerie van [VWS](http://nl.wikipedia.org/wiki/VWS) marktwerking in de zorg faciliteren. Het doel is uiteindelijk, dat in 2011 65 tot 70% van de ziekenhuiszorg vrij onderhandelbaar is.

Uitleg (Voorbeeld): Eén DBC staat voor de complete behandeling van een patiënt, bijvoorbeeld een [*total hip*](http://nl.wikipedia.org/wiki/Total_hip) operatie. Voor alle [behandelingen,](http://nl.wikipedia.org/wiki/Behandeling) onderzoeken, [operaties](http://nl.wikipedia.org/wiki/Operatie_(medisch)) en opnames die de patiënt voor de *total hip* moet ondergaan wordt slechts één DBC gedeclareerd. Er is dus sprake van één declarabel product (de DBC) die het geheel aan ziekenhuisactiviteiten van een patiënt in het kader van een bepaalde zorgvraag omvat. Op deze manier zou efficiënt werken gestimuleerd worden: een ziekenhuis ontvangt een vast (gemiddeld) bedrag per behandeling en ook de medisch specialist ontvangt een vast uurtarief. Hiermee wordt beoogd dat ziekenhuizen en medisch specialisten efficiënter werken en op die manier kan marktwerking in de gezondheidszorg ontstaan. Ziekenhuizen kunnen namelijk met elkaar gaan concurreren op basis van prijs en kwaliteit. Ook was het doel van de overheid patiënten meer bewust te maken van de kosten van de zorg.

**DOT**

Vanaf 1 januari 2012 is de DBC-systematiek aangepast op een aantal punten en werd **DOT** geïntroduceerd. DOT staat voor 'DBC Op weg naar Transparantie'. Daarbij zijn ongeveer 30.000 diagnose-behandelcombinaties vervangen door 4.400 nieuwe DOT-zorgproducten.

**Wat betekent de DBC voor de patiënt?**

Het grootste deel van de patiënten ontvangt geen rekening; die gaat rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Voor de patiënt die de rekening wel krijgt, geldt het volgende. De rekening die een patiënt van het ziekenhuis ontvangt, is door de invoering van de DBC/DOT slechter controleerbaar geworden dan voorheen. Onder de oude regeling stonden alle uitgevoerde verrichtingen apart op de nota. Dit was redelijk controleerbaar, omdat de verrichtingen overeen kwamen met hetgeen de patiënt had 'meegemaakt' (een bezoek aan de [polikliniek,](http://nl.wikipedia.org/wiki/Polikliniek) een aantal dagen in het ziekenhuis, de operatie, de gemaakte [röntgenfoto'](http://nl.wikipedia.org/wiki/R%C3%B6ntgenfoto)s). Bij een DBC/DOT staat er een begin- en een einddatum van de behandeling, een korte, vaak uit afkortingen bestaande, omschrijving en verder veel coderingen (DBC/DOT-code, declaratiecode). Of de juiste DBC/DOT in rekening wordt gebracht is zonder verdere informatie (die zonder kennis op dit terrein te hebben niet gemakkelijk is te verkrijgen) in de meeste gevallen voor de patiënt niet controleerbaar.

Lastig is dat uit de DBC/DOT voor de verzekeraar valt af te leiden aan welke aandoening de patiënt leidt en dus de privacy van de patiënt in het geding komt.

Verder zal de patiënt op moeten letten of zijn verzekeraar een contract heeft afgesloten met het ziekenhuis waar hij onderzocht en behandeld wordt als het gaat om een diagnose die onder het Bsegment valt. Is er nl. geen contract dan loopt hij het risico zelf een deel te moeten betalen.