

Vergaderjaar 2014–2015

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 273**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 september 2014

U heeft mij gevraagd om een reactie op de brief van Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) van 18 juni jl. over de bezwaren tegen de inzet van een generiek macrobeheersinstrument (mbi) bij mogelijke ontstane overschrijdingen wijkverpleging in 2015.

Het grootste bezwaar van BTN is dat bij de toerekening van het aandeel in een mogelijke overschrijding geen onderscheid wordt gemaakt tussen zorgaanbieders die zich ingespannen hebben om binnen de met de zorgverzekeraar gemaakte budgetafspraken te blijven en de zorgaanbieders die de budgetafspraken hebben overschreden.

Laat ik voorop stellen dat ik het belang van een gedifferentieerd mbi onderschrijf. Daartoe zijn reeds diverse onderzoeken uitgevoerd die tot op heden helaas niet hebben geleid tot een werkbare gedifferentieerde variant.

Het onderzoeksbureau Triple A heeft eind december 2013 een onderzoeksrapport over het gedifferentieerd mbi opgeleverd dat in het voorjaar met partijen in de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg is besproken.

Triple A heeft geconcludeerd dat een gedifferentieerde toepassing van het mbi (waarbij aanbieders met een contract met omzetbegrenzing worden ontzien en alleen de overige aanbieders een mbi-korting opgelegd kunnen krijgen):

- ertoe kan leiden dat een substantieel deel van de aanbieders met een zeer hoge mbi-korting wordt geconfronteerd en dat dit «voor met name kleinere en nieuwe zorgverleners tot zeer hoge risico's kan leiden», aangezien die vaak geen omzetcontract hebben.
- Doordat de onzekerheden in de macrozorguitgaven in dit mbi-model geconcentreerd worden bij een beperkt deel van de zorgaanbieders

worden aanbieders zonder omzetcontract geconfronteerd met hoog oplopende kortingen.

Uit een analyse van de landsadvocaat blijkt dat bovenstaande conclusies van Triple A, het model juridisch zeer kwetsbaar zou maken. Dat betekent dat het geen juridisch solide alternatief vormt voor het generiek mbi.

De conclusies die naar aanleiding van dit onderzoek zijn getrokken, gelden ook in relatie tot de wijkverpleging.

Partijen hebben geconcludeerd dat er per 2015 geen gedifferentieerd mbi kan worden ingevoerd dat juridisch solide is en voldoet aan de wensen van veldpartijen.

BTN stelt in de brief voor om aparte deekaders te maken voor gecontracteerde en ongecontracteerde zorg waarbij voor ieder deekader apart een mbi geldt. Voor de inzet van een mbi geldt dat ik voorafgaand aan het jaar het bedrag moet vaststellen waarvoor het mbi zal gelden. Het vooraf vaststellen van de omvang van de deekaders kent veel onzekerheden waardoor het juridisch zeer kwetsbaar zal zijn. Het apart vaststellen van de kaders betekent tevens dat er geen flexibiliteit is om tussen het kader voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg te schuiven en dat zal verstarrend werken. Ik zie mij dan ook gehouden aan het vaststellen van één totaal kader wijkverpleging.

De commissie Baarsma heeft in 2012 de vormgeving van een gedifferentieerde variant van het mbi al «uiterst complex» genoemd (Bijlage bij Kamerstuk 29 248, nr. 232). Het onderzoek van Triple A heeft dat bevestigd. Momenteel bekijk ik met veldpartijen wat dit alles betekent voor het vervolgtraject. In het algemeen overleg van 24 april 2014 (Kamerstuk 32 620, nr. 126) heb ik toegezegd uw Kamer hierover na de zomer nader zal informeren. Bij mogelijke verdere stappen zal ik zeker ook de partijen van het bestuurlijk overleg wijkverpleging betrekken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers