

**Rapport**

# **Verdieping bekostigingsmodellen modulair pakket thuis**



## Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>1. Het modulair pakket thuis</b>	<b>6</b>
1.1 Achtergrond Wlz en mpt	6
1.2 Uitgangspunten	7
1.3 Aanspraak, bekostiging en doelmatigheid	8
<b>2. Modulebekostiging</b>	<b>10</b>
2.1 Een vrij model	11
2.2 Twee varianten	12
2.3 Prestatiebeschrijving en tarief	13
2.4 Zorginkoop	13
2.5 Declaratie en verantwoording	14
2.6 Voor- en nadelen	14
2.7 Conclusie	15
<b>3. Arrangementbekostiging</b>	<b>16</b>
3.1 Een gereguleerd model	17
3.2 Klassenmodel	17
3.2.1 Prestatiebeschrijving en tarief	17
3.2.2 Administratie en declaratievoorschriften	17
3.2.3 Zorginkoop	18
3.2.4 Voor- en nadelen	18
3.3 Zorgvormen model	19
3.3.1 Prestatiebeschrijving en tarief	19
3.3.2 Administratie en declaratievoorschriften	20
3.3.3 Zorginkoop	20
3.3.4 Voor- en nadelen	20
3.4 Conclusie	20
<b>4. Hybride model</b>	<b>22</b>
<b>5. Conclusie</b>	<b>23</b>
<b>Bijlage I: Inhoud verzekerd pakket Wlz</b>	<b>24</b>
<b>Bijlage II Knelpunten uit het rapport Verkenning van bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis</b>	<b>25</b>



## 1. Inleiding

Cliënten die hun zorg ontvangen op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen deze ook thuis organiseren. Naast het volledig pakket thuis (vpt) en het persoonsgebonden budget (pgb) bestaat sinds 1 januari 2015 hiervoor ook het modulair pakket thuis (mpt). Het mpt gaat uit van bekostiging van delen van de zorg (modulaire bekostiging) en geeft daarmee meer flexibiliteit en keuzevrijheid dan het vpt.

In het najaar 2015 hebben we laten onderzoeken<sup>1</sup> of er bekostigingsmodellen bestaan die beter dan de huidige aansluiten bij de doelstellingen van de Wlz. De uitkomsten van dit onderzoek zijn in maart 2016 voorgelegd aan de adviescommissie Care. De leden hebben ons gevraagd om twee modellen uit de verkenning verder uit te werken, de arrangementsbekostiging en de modulebekostiging. Beide modellen zijn gestoeld op meer vertrouwen: het loslaten van de gedetailleerde prestaties en de daarmee samenhangende urenregistratie, het bieden van meer vrijheid en een eenvoudige declaratie.

Dit document concretiseert de modellen arrangementsbekostiging en modulebekostiging en beschrijft de consequenties. We tonen aan dat geen van beide modellen volledig aansluit bij de uitgangspunten van de wetgever en dat ze nadelige prikkels en administratieve lasten kunnen introduceren. Daarom introduceren we ook een hybride model dat mogelijk beter kan aansluiten bij de vormgeving van de Wlz. Dit kan echter niet zonder het loslaten van enige flexibiliteit en keuzevrijheid.

Deze uitwerking bestaat uit een beleidsmatige beschouwing en is nog niet op juridische haalbaarheid getoetst.

### *Leeswijzer*

Hoofdstuk 2 beschrijft eerst de doelen en achtergronden van het mpt. In dit deel worden ook belangrijke uitgangspunten en tegenstrijdigheden benoemd. In hoofdstuk 3 en 4 volgen respectievelijk de uitwerking van modulebekostiging en arrangementsbekostiging. In hoofdstuk 5 introduceren we een mengvariant, de hybridebekostiging. Hoofdstuk 6 sluit af met een conclusie.

---

<sup>1</sup> Zie het rapport Verkenning bekostigingsmodellen modulair pakket thuis (Gupta Strategists, i.o.v. NZa, 2016) hierna: de verkenning

# 1. Het modulair pakket thuis

## 1.1 Achtergrond Wlz en mpt

De introductie van de Wlz heeft geleid tot wijzigingen in het recht op zorg. Een belangrijk verschil tussen de AWBZ en de Wlz is dat de doelgroep van de Wlz beperkter is. Alleen de zorg voor cliënten waarbij sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid valt onder de Wlz. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt op basis van deze criteria of iemand toegang krijgt tot de Wlz en bepaalt het best passende zorgprofiel. Wanneer een cliënt toegelaten is tot de Wlz maakt hij, voor zover nodig, aanspraak op een integraal pakket van zorg<sup>2</sup>. De Wlz kent daarbij de volgende leveringsvormen: zorg in een instelling (intramurale zorg), het volledig pakket thuis (vpt), het persoonsgebonden budget (pgb) en het modulair pakket thuis (mpt).

Bij de introductie van de Wlz in 2015 zijn de extramurale functies uit de AWBZ komen te vervallen en vervangen door het mpt. Naast de mogelijkheid om overbruggingszorg te bekostigen geeft het mpt cliënten ook meer flexibiliteit om zorg in de individuele thuissituatie te organiseren. Met een mpt kan een cliënt uit meerdere zorgaanbieders kiezen maar omdat de zorgkantoren de zorginkoop voor hun rekening nemen wordt hij niet belast met de administratieve lasten van een pgb. Ook geeft het mpt de mogelijkheid om zorg in natura te combineren met een pgb. Bovendien kan de cliënt ervoor kiezen af te zien van zorg waaraan hij geen behoefte heeft. Deze mogelijkheden geven een cliënt meer vrijheid dan dat hij bij het vpt heeft (zie ook figuur 1).

**Figuur 1 overzicht van leveringsvormen binnen de Wlz**



Bron: verkenning bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis (Gupta Strategists i.o.v. NZa, 2016)

<sup>2</sup> Zie de bijlage I voor de aanspraken in de Wlz

## 1.2 Uitgangspunten

Mensen met een Wlz-indicatie zijn meestal aangewezen op integrale zorg. Dat betekent dat alle zorgverleners hun handelen intensief met elkaar afstemmen. Ook kent de Wlz een indicatiestelling waarbij cliënten in een gemiddeld profiel worden geplaatst. Dit betekent dat het beschikbare budget voor individuele cliënten ook gebaseerd is op een gemiddelde zorgvraag binnen het profiel. Het mpt kent uitgangspunten die moeten bijdragen aan extra flexibiliteit: zorglevering in de individuele thuissituatie; de mogelijkheid om naturazorg te combineren met pgb; de mogelijkheid om af te zien van zorg en keuzevrijheid in zorgaanbieders. Deze uitgangspunten zijn echter niet altijd goed met elkaar te combineren.

### **Integrale zorg combineert niet goed met keuzevrijheid in zorgaanbieders**

De keuzevrijheid in zorgaanbieders geeft een spanningsveld met de mogelijkheden om integrale zorg te verlenen. Bij naturazorg is meestal één zorgaanbieder verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van deze zorg. Hierdoor is het relatief eenvoudig om in integrale zorg te voorzien. Wanneer meerdere zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor de zorg is afstemming en aansprakelijkheid moeilijker te realiseren. Een pgb-houder kiest zelf zijn zorgaanbieders en moet dus ook zelf de coördinatie tussen zorgaanbieders regelen om het integrale karakter van de zorg te borgen. Het risico op afstemmingsproblemen tussen deze zorgaanbieders ligt bij de cliënt. Bij het mpt is de keuzevrijheid van de cliënt groter dan bij het vpt of zzp maar lijkt het onduidelijk wie (eind)verantwoordelijk is voor de afstemming en borging van integraliteit. Uit de verkenning komt naar voren dat vaak niet duidelijk is wie de aansprakelijkheid draagt<sup>3</sup>. Zowel de rol van de zorgaanbieder t.o.v. de cliënt als de zorgaanbieders onderling is onduidelijk.

### **Indicatiestelling in zorgprofielen combineert niet goed met zorglevering en verantwoording in de individuele thuissituatie**

Bij een geclusterde woonvoorziening is het de bedoeling dat budget van cliënten met een relatief lichte zorgvraag wordt ingezet voor cliënten met een relatief hoge zorgvraag (het 'middelen'). Bij een individuele thuissituatie kan alleen bij een keuze voor vpt gemiddeld worden. Het eerste alternatief, pgb, kent immers een individueel trekkingsrecht en kan daarom alleen ingezet worden voor de cliënt aan wie het is toegewezen.

Bij het andere alternatief, het mpt, wordt de zorg ook vaak in de individuele thuissituatie geleverd, maar kan het budget gedeeltelijk in pgb en gedeeltelijk in natura worden verzilverd. Samen met de huidige verantwoording op uren en dagdelen heeft dit de consequentie dat het mpt-budget ook individueel wordt ingezet. Het resultaat is dat cliënten met een relatief hoge zorgvraag niet snel hun zorg met een mpt kunnen regelen en aangewezen zijn op een intramurale setting, terwijl cliënten met een relatief lage zorgvraag meer zorg kunnen organiseren dan strikt noodzakelijk<sup>4</sup>. In de verkenning wordt dit knelpunt ook gesignaleerd en komt naar voren dat de huidige financiering niet altijd toereikend is om het mpt in de oorspronkelijke thuissituatie rendabel aan te bieden<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Zie bijlage II

<sup>4</sup> Zij kunnen dan ook afzien van zorg maar de individuele verantwoording blokkeert de mogelijkheden om dit geld vervolgens in te zetten voor cliënten met een grote zorgvraag.

<sup>5</sup> Zie bijlage II

### 1.3 Aanspraak, bekostiging en doelmatigheid

#### Aanspraak

Het mpt bevat één of meer losse zorgvormen als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wlz<sup>6</sup>. De specifieke aanspraak is als volgt:

1. persoonlijke verzorging;
2. begeleiding;
3. verpleging;
4. behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt;
5. vervoer naar een plaats waar de cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;
6. logeeropvang.
7. het schoonhouden van de woonruimte van de cliënt;

Verblijf, maaltijden en geneeskundige zorg van algemene aard vallen daarmee buiten de aanspraak van het mpt.

#### Prestaties en tarieven

De huidige bekostiging is vormgegeven door prestaties<sup>7</sup> in de vorm van functies per uur, per dagdeel of per contactmoment<sup>8</sup>. Hieronder is als voorbeeld de prestatiegroep persoonlijke verzorging weergegeven.

**Tabel 1: prestatiegroep persoonlijke verzorging**

Prestatie	Prestatie-code	Br. waarde per uur
Persoonlijke verzorging	H126	€ 52,35
PV incl. beschikbaarheid	H127	€ 56,07
PV zorg op afstand aanvullend	H136	€ 52,35
PV farmaceutische telezorg	H137	€ 52,35
PV Speciaal	H120	€ 78,22

#### Verantwoord en doelmatig thuis wonen

Het zorgkantoor verstrekt alleen een mpt wanneer de zorg verantwoord en doelmatig thuis geleverd kan worden. Het professioneel advies van de zorgaanbieder aan het zorgkantoor is vaak bepalend bij de vraag of de zorg thuis verantwoord is. De wetgever heeft bepaald dat de zorg doelmatig is wanneer de kosten voor de zorg thuis niet hoger zijn dan wanneer de zorg in een instelling zou zijn geleverd. Dit betekent dat de totale kosten van het mpt (tezamen met het eventuele pgb-budget) niet hoger mogen zijn dan bij een pgb<sup>9</sup>. De kosten voor (dag)behandeling blijven hierbij buiten beschouwing<sup>10</sup>.

#### Speciale doelgroepen

Er mag bij specifieke doelgroepen maximaal 25% extra budget voor zorg thuis worden ingezet om een verantwoorde thuissituatie te creëren.

<sup>6</sup> Artikel 3.3.2 wet langdurige zorg

<sup>7</sup> Deze prestaties worden ook gebruikt voor de uitvoering van de subsidieregeling extramurale behandeling.

<sup>8</sup> Zie beleidsregel BR/REG-17135a: 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2017'

<sup>9</sup> Artikel 3.3.2 paragraaf 4.b wet langdurige zorg

<sup>10</sup> Artikel 5.1.1 Regeling langdurige zorg



Daarnaast is het ook mogelijk om extra verhoging te krijgen bij palliatief terminale zorg of bij overbruggingszorg<sup>11</sup>.

#### *Toetsingskader en rekenmodule*

De concretisering van de doelmatigheidsbepaling ligt bij de zorgkantoren. Het zorgkantoor bepaalt aan de hand van het 'Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis' of de cliënt het mpt kan ontvangen. De berekening vindt plaats met behulp van een zogenaamde rekenmodule. Dit is een excelbestand waar op basis van het zorgplan de verwachte productie wordt ingevuld. Het totaal bedrag dat daar uit volgt wordt afgezet tegen het beschikbare mpt-budget.

#### *Macrobeheersing*

De macrobeheersing van de zorgkosten die samenhangen met de Wlz is vormgegeven door middel van het budgettair kader zorg (bkz). Zorgaanbieders en zorgkantoren maken elk jaar productieafspraken voor het opvolgende jaar. Deze afspraken toetst de NZa aan de ruimte binnen het bkz. Alleen indien de afspraken binnen deze ruimte blijven geeft de NZa een tariefbeschikking af waarmee de zorg gedeclareerd kan worden. Gedurende het jaar monitort de NZa de declaratiestromen van zorg in natura en pgb om het beslag op het kader te kunnen inschatten.

#### *Eigen bijdrage*

Met het mpt betaalt een cliënt in 2016 altijd de lage eigen bijdrage. De hoogte van deze bijdrage wordt bepaald aan de hand van cliëntkenmerken zoals leeftijd, inkomen en vermogen en gezinssamenstelling. Deze is dus niet gekoppeld aan de hoeveelheid zorg die een cliënt afneemt en geeft dus ook geen prikkel tot doelmatig gebruik<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> artikel 5.3 en 5.3a Regeling langdurige zorg

<sup>12</sup> Zie ook bijlage II

## 2. Modulebekostiging

In een bekostigingsmodel op basis van modules bepaalt de cliënt samen met zijn zorgaanbieders welke zorg hij in natura wenst te ontvangen. Deze afspraken worden bekostigd door middel van modules. Een module (of: 'voucher') vertegenwoordigt een gedeelte van het mpt-budget. (bijvoorbeeld: tien modules van elk 10%). De cliënt heeft dus als het ware een stapel 'vouchers' waarmee hij kan betalen voor de gemaakte afspraken. Een belangrijk aspect is dat de cliënt zijn modules kan onderbrengen bij verschillende aanbieders. Ook kan de cliënt modules inruilen voor een pgb of helemaal afzien van één of meerdere modules.

**Figuur 2: modulebekostiging**



Bron: verkenning bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis (Gupta Strategists i.o.v. NZa, 2016)

De bekostiging kan vrij of gereguleerd worden vormgegeven. Voor de modulebekostiging werken we een vrij model uit, bij de arrangementenbekostiging komt een meer gereguleerd model aan de orde. Het vrije model kan echter ook ingezet worden met een arrangementsbekostiging en vice versa.

### **Casus Floor van Dijk**

Floor van Dijk is 19 jaar oud en heeft een ernstige spierziekte waardoor ze in een rolstoel zit en niet kan praten. Ze is geïndiceerd in zorgprofiel 'Wonen met begeleiding en intensieve verzorging' (voormalig zzp 5 LG). Uit het zorgprofiel van Floor volgt een mpt - budget van € 1088 per week. Van dit bedrag hoeven ze geen behandeling in te kopen.

De ouders van Floor willen graag thuis voor hun dochter (blijven) zorgen. Meneer en mevrouw Van Dijk overleggen met elkaar, met Floor en met verschillende aanbieders wat de wensen, behoeften en mogelijkheden zijn. De familie Van Dijk kiest ervoor om de zorg 's ochtends (opstaan, douchen) en 's avonds (uitkleden, bedritueel) van Floor onder te brengen bij één aanbieder. Bij een tweede aanbieder willen ze een maandelijks logeerweekend onderbrengen, zodat de ouders van Floor af en toe rust hebben. Floor gaat 9 dagdelen naar de dagbesteding en 1 keer per week een ochtend met individuele begeleiding op pad.

## 2.1 Een vrij model

Een vrij model impliceert een beperkte rol van de overheid en meer ruimte voor invulling door het veld. Zorgaanbieders, zorgkantoren en cliënten worden samen meer verantwoordelijk voor de totstandkoming van passende prestaties en tarieven. Een vrij model werkt het beste in een markt met veel aanbieders van vergelijkbare producten met veel inzicht in de kwaliteit van zorg. In de langdurige zorg is er op regionaal niveau echter beperkt aanbod, weinig inzicht in kwaliteit en willen we steeds meer maatwerk (dus af van one-size-fits-all producten). Daar komt bovenop dat alleen zeer kwetsbare doelgroepen deze zorg nodig hebben. De onderhandelingspositie van cliënten is dus beperkt en de marktomstandigheden niet ideaal. Waarom dan toch een vrij model?

Sinds de introductie van het pgb wordt steeds meer gebruik gemaakt van deze leveringsvorm. Bij het pgb is er weinig overheidssturing op prestaties en tarieven, maar de populariteit geeft aan dat voor gebruikers de nadelen die daar aan zitten niet opwegen tegen de voordelen. Ook klinkt er een roep om meer maatwerk en vermindering van administratieve lasten. De huidige vrij vormgegeven zzp-prestaties voor intramurale zorg voorzien in een grote mate aan deze behoefte. De discussie over kwaliteit staat in de schijnwerpers en door de komst van websites zoals zorgkaartnederland.nl is er steeds meer potentie om zorgaanbieders te vergelijken, zowel op prijs als op kwaliteit. Tot slot is in 2017 een experiment gestart met persoonsvolgende bekostiging, waar de cliënt ook bij naturazorg meer regie krijgt bij de zorginkoop. Dit samengenomen gaf ons de onderbouwing om toch te verkennen hoe een vrij model vormgegeven zou kunnen worden. Hierbij krijgt het gesprek tussen de zorgaanbieder en cliënt een permanente rol, en zal het zorgkantoor zich veel meer moeten gedragen als een cliëntondersteuner. Om daarnaast voldoende bescherming voor de cliënt te bieden introduceren we de volgende waarborgen:

### *Openbare tarieven mpt-zorg*

Modulebekostiging bouwt op het idee dat cliënten zelf modules gaan inzetten bij diverse zorgaanbieders. Dit kunnen zij beter doen wanneer duidelijk is wat zij voor iedere module kunnen krijgen. Om hen hierbij te ondersteunen worden zorgaanbieders verplicht om hun producten en tarieven openbaar te maken. Een zorgaanbieder moet dus aangeven welke zorg hij tegen welke prijs of hoeveel modules kan leveren. Hij mag alleen mpt declareren wanneer hij aan de transparantie-eisen voldoet.

### *Verplicht uniforme leveringsovereenkomst met duidelijke afspraken*

Bij het starten van de zorg wordt een zorgplan én een leveringsovereenkomst opgesteld. Het zorgplan bevat de zorgvraag en beperkingen en de wensen, doelen van de zorglevering. De leveringsovereenkomst bevat de concrete afspraken over de zorglevering, gebaseerd op het zorgplan. Zorg mag alleen gedeclareerd worden wanneer er een up-to-date, tweezijdig-getekende, leveringsovereenkomst aanwezig is. In de leveringsovereenkomst staat een specificatie van de kosten, die gebaseerd is op de gepubliceerde tarieven.

### *Optioneel: NZa publiceert handreiking tarieven*

Indien er extra sturing nodig is kan de NZa op basis van de voormalige maximumtarieven/beleidsregelwaarden een richtlijn/handreiking publiceren voor uurtarieven.

Met deze waarborgen in het achterhoofd zijn vervolgens twee varianten in bekostiging mogelijk.

## 2.2 Twee varianten

### Modules in percentages

Floor maakt afspraken met haar zorgaanbieders en legt in de leveringsovereenkomst vast welke zorg geleverd moet worden en hoeveel modules dit gaat kosten. Ze heeft een budget van 1088,30 euro per week, verdeeld over 10 modules van elk 10% (dus 108,83 euro per module). In onderstaand voorbeeld is te zien hoe de modules voor Floor verdeeld worden over de diverse zorgaanbieders en mantelzorger (pgb).

**Tabel 2: leveringsovereenkomst met modules in percentages**

wie	wat	aantal modules	tarief	kosten per week
Aanbieder 1	bedritueel	2	€ 108,83	€ 217,66
Aanbieder 2	logeren	0,5	€ 108,83	€ 54,41
Aanbieder 3	begeleiding indiv.	1,5	€ 108,83	€ 163,24
Aanbieder 4	dagbesteding + vervoer	3	€ 108,83	€ 326,48
Mantelzorger	ochtendritueel + toezicht	1	€ 108,83	€ 108,83
Totaal ten laste mpt		8		€ 870,62

### Voordelen

Doordat het model uitgaat van vaste tarieven biedt het de zorgaanbieder mogelijkheden om te middelen tussen cliënten: zorgaanbieders kunnen op producten bij de ene cliënt wat overhouden waardoor ze de mogelijkheid hebben voor andere cliënten boven de kostprijs te leveren.

### Nadelen

Floor kan haar modules in dit model niet volledig flexibel inzetten, ze zit vast aan de waarde die vooraf vastgesteld is. Er worden schotten geïntroduceerd. Ook is het voor de zorgaanbieders waarschijnlijk moeilijk om te bepalen hoeveel zorg voor iedere module kan worden ingezet. In de praktijk zal hij de kosten voor de zorg moeten berekenen en afleiden hoeveel modules nodig zijn om deze kosten te dekken. Dit kan echter tot bijzondere situaties leiden, bijvoorbeeld wanneer iemand slechts 1 uur persoonlijke verzorging nodig heeft. Met een modulebekostiging kost dit automatisch 108,83 per week (tenzij ook halve modules geïntroduceerd worden, zoals in het voorbeeld hierboven).

### Maatwerkmodule

Een tweede optie is een model dat meer maatwerk op individueel niveau mogelijk maakt. We noemen dit de maatwerkmodule. Floor heeft wederom 1088,30 euro per week te besteden en kan dit bedrag verdelen in maatwerkmodules. Ze bepaalt zelf hoeveel de modules waard zijn. De aanbieder geeft aan voor welk bedrag hij de afgesproken zorg kan leveren. Omdat Floor zelf de waarde van de voucher kan bepalen is het niet nodig om meerdere modules bij één zorgaanbieder onder te brengen.

**Tabel 3: leveringsovereenkomst met maatwerkmodules**

wie	wat	volume per week	tarief	kosten per week
Aanbieder 1	bedritueel (per dag)	5	€ 50	€ 250
Aanbieder 2	logeren (per etmaal)	0,5	€ 103	€ 52
Aanbieder 3	begeleiding indiv. (per uur)	3	€ 55	€ 165
Aanbieder 4	dagbesteding + vervoer (per dagdeel)	9	€ 35	€ 315
Mantelzorger	ochtendritueel + toezicht (per dag)	7	€ 20	€ 140
totaal ten laste mpt				€ 922

In bovenstaand voorbeeld worden er 5 maatwerkmodules gedeclareerd van samen 922 euro.

#### *Voordelen*

Dit model geeft maximale individuele vrijheid maar beperkt de mogelijkheden om te middelen tussen cliënten.

#### *Nadelen*

Er kan niet gemiddeld worden tussen cliënten en het is de vraag of een dergelijke leveringsvorm voldoende meerwaarde biedt ten opzichte van reeds bestaande leveringsvormen. Het verschil met pgb is immers niet zo groot omdat de cliënt alsnog gedetailleerde prijsafspraken moet maken met de zorgaanbieder.

## 2.3 Prestatiebeschrijving en tarief

De prestatiebeschrijving die de NZa bij beide varianten vaststelt is een algemene beschrijving zoals:

#### *Prestatieomschrijving modulebekostiging*

*"tussen de cliënt en/of diens mantelzorger en zorgaanbieder overeengekomen hoeveelheid Wlz-zorg"*

Dit betekent dat Floor en haar zorgaanbieders vrij zijn om alles af te spreken binnen de aanspraak van het mpt<sup>13</sup>. Met Floor worden in de leveringsovereenkomst afspraken gemaakt over wat er precies geleverd wordt, wanneer en hoeveel. Zodra hier aan is voldaan, kan de zorgaanbieder de module(s) in rekening brengen bij het zorgkantoor. Hij hoeft nadrukkelijk niet alle producten los in rekening te brengen of te verantwoorden.

#### *Tarifering*

Bij de modules in percentages zijn er vaste tarieven, namelijk 10% van het maximale mpt-budget. Bij de maatwerkmodule ligt een vrij tarief het meest voor de hand. Er is geen goede manier om maximumtarief of een vast tarief te ontwikkelen zonder de vrijheid en maatwerk van deze prestatie te beperken. Het vrije tarief geldt dus voor de geleverde zorg in de module(s) maar mag uiteraard het beschikbare mpt-budget niet overschrijden.

## 2.4 Zorginkoop

Het zorgkantoor contracteert alleen zorgaanbieders die goede en doelmatige zorg verlenen. Wanneer het zorgkantoor niet overtuigd is van de kwaliteit of de doelmatigheid kan hij besluiten de zorgaanbieder (voor een deel van de zorg) niet te contracteren. Deze zorg kan de zorgaanbieder dan alleen in pgb aanbieden. De zorg die wel gecontracteerd is, kan de zorgaanbieder in natura leveren. Het gesprek bij de zorginkoop moet gaan over:

- De individuele product- en prijslijsten
- De mate waarin er signalen zijn van cliënten dat een aanbieder niet het met de cliënt afgesproken zorgplan nakomt.
- De totale mpt-omzet

#### *Inkoop (dag)behandeling*

Op de (dag)behandeling prestaties worden volume- en tariefafspraken gemaakt. Op deze prestaties kan het zorgkantoor dus ook doelmatig inkopen en de macrobeheersing borgen.

<sup>13</sup> Zie voor de aanspraken Wlz bijlage I

### *Macrobeheersing*

Zorgkantoren spreken max-budgetten af voor het totaal aan naturazorg.

## **2.5 Declaratie en verantwoording**

Zorgaanbieders declareren voor iedere mpt-cliënt één of meerdere modules bij het zorgkantoor. Het declareren gebeurt dus nog steeds cliëntgebonden maar wordt niet meer per uur of dagdeel gedaan. Ook de verantwoording wijzigt. De prestatieomschrijving bevat geen uren dus de urenverantwoording komt te vervallen. De prestatie wordt daarmee vergelijkbaar met een zzp.

### *Controleprotocol*

In het controleprotocol voor de accountant zou het volgende aan bod kunnen komen voor de accountant om te controleren:

- Aanwezigheid van zorgplan en leveringsovereenkomst (steekproef)
- Aanwezigheid: is er in de kalenderweek van declaratie daadwerkelijk zorg geleverd<sup>14</sup>? ja/nee

### *Zorgkantoor*

Het zorgkantoor krijgt de verantwoordelijkheid om een klachtensysteem op te zetten zodat de cliënt kan melden wanneer de zorg niet volgens afspraak geleverd is. Het toezicht wordt hiermee naar een algemener niveau gebracht en gaat niet meer over geleverde uren maar over de uitkomsten van de zorg.

## **2.6 Voor- en nadelen**

Naast de eerder beschreven specifieke-, zijn er ook voor beide varianten gemeenschappelijke voor- en nadelen.

### *Minder urenregistraties, meer maatwerk,*

Zorgaanbieders hoeven geen verantwoording per uur af te leggen en geen aanvragen/registraties per zorgvorm te doen. Hierdoor worden de administratieve lasten voor zowel de cliënt als de zorgaanbieder beperkt en kan de cliënt een op maat gemaakt pakket aan zorg ontvangen, gelijk aan hoe dit in een zzp gebeurt.

### *Geen prikkel tot doelmatig gebruik*

In dit model kan Floor makkelijk afzien van zorg. Floor en haar zorgaanbieders hebben beide echter een prikkel om zoveel mogelijk van het budget in te zetten. Zorgaanbieders hebben de prikkel om inkomsten te maximaliseren en Floor om via het pgb een vergoeding aan haar mantelzorgers te betalen. Omdat de eigen bijdrage nauwelijks afhangt van het daadwerkelijk zorggebruik is er ook vanuit die hoek geen prikkel tot doelmatig gebruik. Het budget speelt een centrale rol omdat de inkoop naar de individuele cliënt gestuurd wordt.

### *(mogelijk) meer inzicht en benchmarking van de kosten, bescherming van de cliënt*

Door de verplichting van de leveringsovereenkomst en de publicatie van individuele product- en prijslijsten moeten zorgaanbieders duidelijk maken wat zij leveren en tegen welke tarieven. Op het gebied van product- en prijsbepaling ligt de bal dus meer bij de zorgaanbieder. Dit vraagt wat van de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Zij moeten immers goed weten wat ze per individu leveren en voor welke prijs. Door deze tarieven openbaar te maken kan er meer inzicht komen in

---

<sup>14</sup> Volgens de Wmg mag alleen zorg die geleverd is ook gedeclareerd worden. Deze controle moet daarom plaatsvinden.

prijverschillen. Dit biedt meer bescherming van de cliënt maar er bestaat ook een risico op schijntransparantie. Bijvoorbeeld wanneer producten zodanig van elkaar verschillen dat onderlinge vergelijking niet goed mogelijk is. Ook is er een risico dat de focus ligt op prijzen in plaats van op kwaliteit of dat zorgaanbieders de prijs kunstmatig laag houden door te substitueren met andere vormen van zorg. Wanneer de lasten voor de zorgaanbieder te hoog zijn kan het zijn dat zij volledig afzien van het leveren van mpt

*Alternatief:*

Als alternatief kan ervoor gekozen worden dat zorgaanbieders maatwerk leveren aan de individuele cliënt zonder dat zij product- en prijslijsten hoeven te publiceren. Deze variant leunt meer op vertrouwen maar daardoor is de positie van de cliënt ook minder beschermd.

## 2.7 Conclusie

Modulebekostiging gaat uit van meerdere zorgaanbieder en kan daarom alleen geïntroduceerd worden wanneer de vrijheid van keuze in zorgaanbieders zwaarder wordt gewogen dan integrale zorg. De twee varianten die hierboven beschreven zijn bieden echter waarschijnlijk weinig toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige leveringsvormen.

*Modulebekostiging stelt vrijheid in keuze zorgaanbieders boven integrale zorg.*

Zowel de modules in percentages als de maatwerkmodules bieden de cliënt maximale vrijheid in het kiezen van de eigen zorgaanbieders. Deze vrijheid kan ten koste gaan van de afstemming tussen zorgaanbieders en daarmee van het uitgangspunt integrale zorg.

*Modules in percentages past bij een indicatiestelling in zorgprofielen maar leidt tot administratieve lasten en schotten.*

De variant modules in percentages creëert de mogelijkheid om budget van de ene cliënt te middelen met het budget van andere cliënten. De schotten die hiervoor geïntroduceerd worden leiden echter tot administratieve lasten voor de zorgaanbieder en beperken de mogelijkheden van de individuele cliënt.

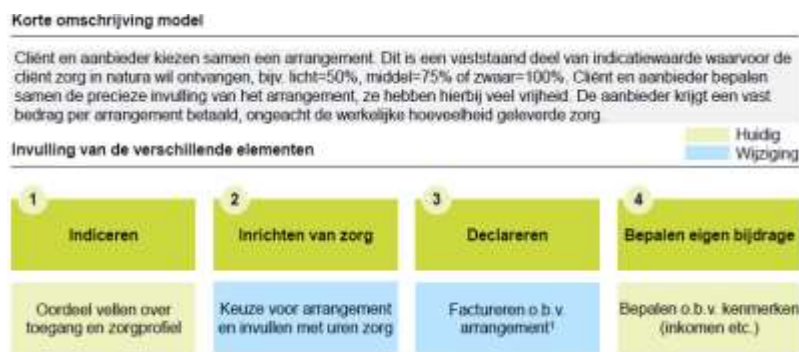
*Maatwerkmodule is mogelijk onvoldoende onderscheidend ten opzichte van pgb.*

De maatwerkmodule maakt de vrijheid in keuze van zorgaanbieders mogelijk zonder schotten te introduceren. In de uitwerking blijkt deze variant erg te leunen op de onderhandelingspositie van de cliënt met de zorgaanbieder en is daardoor mogelijk onvoldoende onderscheidend ten opzichte van het pgb.

### 3. Arrangementbekostiging

In een bekostigingsmodel op basis van arrangementen bepaalt de cliënt samen met zijn zorgaanbiders welke zorg hij in natura wenst te ontvangen. Op basis van de omstandigheden en behoeften van de cliënt wordt een keuze gemaakt voor een arrangement. Het arrangement beslaat een vaststaand deel van het mpt-budget, bijvoorbeeld 50%, 75% of 100%. Een belangrijk verschil met de modulebekostiging is dat er maar één zorgaanbieder is die zorg declareert bij de Wlz uitvoerder. Deze hoofdaanbieder kan in overleg met de cliënt uiteraard wel afspraken maken met onderaannemers.

**Figuur 3: arrangementbekostiging**



Bron: verkenning bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis (Gupta Strategists i.o.v. NZa, 2016)

De bekostiging kan vrij of gereguleerd worden vormgegeven. Voor de modulebekostiging werken we een vrij model uit, bij de arrangementenbekostiging komt een meer gereguleerd model aan de orde. Het gereguleerde model kan echter ook ingezet worden met een modulebekostiging en vice versa.

**Casus Geert Jansen**

Geert Jansen is 91 jaar oud. Geert is dementerend en heeft daarom het zorgprofiel: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg (voormalig ZP 5 VV). Uit het zorgprofiel van Geert volgt een maximaal mpt-budget van € 908 per week.

Samen met de familie kiezen meneer en mevrouw Jansen ervoor om met de organisatie van de wijkverpleegkundige ook de rest van de zorg te regelen (deze wordt de hoofdaanbieder). Ze komen het volgende overeen: 's ochtends (opstaan, douchen) en 's avonds (uitkleden, bedrueel) met de vertrouwde verpleegkundige. Van een zorgorganisatie die past bij hun geloof willen ze graag twee dagdelen begeleiding en een maandelijks logeerweekend, zodat mevrouw Jansen af en toe rust heeft.

Tot slot wil de familie Jansen ook graag extra zorg van een andere zorgaanbieder die gespecialiseerd is in begeleiding thuis overdag. Omdat de hoofdaanbieder hier geen afspraken mee gemaakt heeft willen ze dit via het pgb regelen.



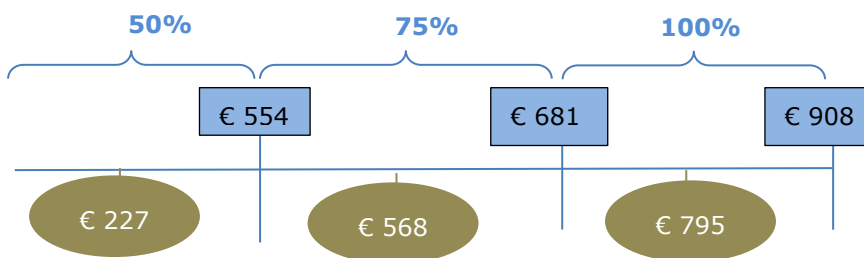
### 3.1 Een gereguleerd model

Een gereguleerd model wordt toegepast in een omgeving waarbij sprake is van marktmacht door de aanbieder of waarbij Wlz-uitvoerders over onvoldoende prikkels bezitten om doelmatige zorg in te kopen. Zoals eerder aangegeven heeft een zorgmarkt nooit ideale marktomstandigheden en is een gereguleerd model daarom vaak wenselijk.

### 3.2 Klassenmodel

In het klassenmodel wordt vastgesteld of de zorg in natura voor Geert in arrangement 100%, 75% of 50% van het mpt-budget valt. De grootte van deze klassen is hier nog illustratief maar moet te zijner tijd worden onderbouwd. Bij de huidige bekostiging bepalen zorgaanbieders al via de rekenmodule of de aan Geert geleverde naturazorg in het mpt-budget past. Uit de rekenmodule volgt één bedrag voor de geplande zorg per week. In het klassenmodel zullen de zorgaanbieders op basis dit bedrag uit de rekenmodule hun cliënten indelen in klassen 50%, 75% en 100%.

**Figuur 4: het klassenmodel**



Alleen bij de introductie worden de klassen afgeleid via een rekenmodule, maar de invulling van de klassen zou over tijd meer invulling moeten krijgen tussen zorgaanbieder en zorginkoper.

#### 3.2.1 Prestatiebeschrijving en tarief

De prestatieomschrijving is gelijk aan de modulebekostiging:

##### *Prestatieomschrijving arrangementsbekostiging*

"tussen de cliënt en/of diens mantelzorger en zorgaanbieder overeengekomen hoeveelheid Wlz-zorg"

Het tarief is een vast tarief, gebaseerd op de gemiddelde uitgaven per klasse.

#### 3.2.2 Administratie en declaratievoorschriften

Er wordt per week gedeclareerd ongeacht de daadwerkelijk, minuten face tot face, geleverde zorg. Hierbij is de afspraak dat in alle redelijkheid altijd de planning, de zorg uit het arrangement, wordt geleverd<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Kortstondige wijziging in de planning, bijvoorbeeld omdat een familielid wordt opgenomen in het ziekenhuis leiden niet tot een aanpassing. Wel zal een grens worden gesteld, bijvoorbeeld indien gedurende een kalenderweek geheel geen zorg is geleverd.

#### *controleprotocol*

Zolang er geen sprake is van betekenisvolle omschrijving van het arrangement moet de zorgaanbieder in zijn administratie kunnen onderbouwen hoe hij via de rekenmodule tot een klasse is gekomen.

De Wlz-uitvoerder of de accountant toetst of de rekenmodule correct is toegepast. De Wlz-uitvoerder zou dit vooraf kunnen doen hetgeen een aanbieder meer zekerheid geeft op een vergoeding. De accountant kan dit eventueel ook achteraf doen. De accountant stelt bij de nacalculatie dan vast:

- Voldoet de rekenmodule aan de door de NZa voorgeschreven specificaties (sjabloon);
- Is de rekenmodule toegepast op alle gedeclareerde arrangementen.

### **3.2.3 Zorginkoop**

Uiteindelijk zullen zorgaanbieders hier de arrangementen moeten ontwikkelen in een ook voor cliënten verstaanbare taal die ze voor het gestelde klassentarief declareren. Tot die tijd zal de inkoop van zorg met name gaan over:

- Welke profielen worden ingekocht (bijvoorbeeld alle VV profielen of alleen VV 4 t/m 8). Dit zal ook afhankelijk zijn van de mate waarin de aanbieder kan garanderen dat hij in alle zorgvormen kan voorzien al dan niet via onderaanbesteding.
- De mate waarin er signalen zijn van cliënten dat een aanbieder niet het met de cliënt afgesproken zorgplan nakomt.
- De totale omzet omdat nog sprake is van een ex ante vorm van macrobeheersing.

#### *Macrobeheersing*

Het zorgkantoor en de aanbieder maken een omzetafsprake bijvoorbeeld € 1 mln. Dit bedrag wordt getoetst aan de contracteerruimte. Indien het totaal aan gedeclareerde prestaties (klassen) groter is dan de afgesproken omzet stelt de NZa een vereffenbedrag vast waarmee de overschrijding wordt gecorrigeerd.

### **3.2.4 Voor- en nadelen**

#### *Geen prikkel tot gepaste behandeling*

Doordat een zorgaanbieder een vast bedrag krijgt voor een bandbreedte aan zorg, heeft hij de prikkel om zoveel zorg in te plannen dat de declaratie net in een hogere klasse valt. De huidige ggz bekostiging is op een dergelijke manier vormgegeven en laat zien dat deze prikkel in de praktijk zeer sterk terugkomt. Wanneer cliënt in de hoogste klasse valt heeft een zorgaanbieder de prikkel om zo doelmatig mogelijk zorg te leveren (wat mogelijk tot onderbehandeling kan leiden).

#### *De schotten maken het model ingewikkeld (circa 40 zzp's X 3 klassen) + prijsreguleringsmodel oude bekostiging in rekenmodule)*

Er komen 3 schotten in de prestaties waardoor het totaal aan prestatiecodes flink zal toenemen. Omdat bij de introductie de rekenmodule ook blijft bestaan, zullen ook de huidige prestaties en tarieven in tact moeten blijven.

#### *Abstractieniveau doet tekort aan de werkelijkheid*

De toewijzing naar een prijsklasse is noodzakelijk omdat alle arrangementen, naar verwachting, tot heel veel verschillende prestaties met verschillende tarieven gaat leiden. Om dit uitvoerbaar en

beheersbaar te maken zijn ze gecategoriseerd in drie klassen. Het gevaar bestaat dat dergelijk abstract niveau van afspraken maken in klassen tekort doet aan de werkelijkheid waardoor de zorgverlening in gevaar komt.

### 3.3 Zorgvormen model

In het zorgvormen model hangt het arrangement niet af van de *percentages* maar van de *zorgvormen* die een zorgaanbieder voor zijn rekening neemt. We creëren hiermee meer betekenisvolle klassen. De zorgaanbieder en de cliënt inventariseren de zorgvormen die op grond van naturazorg worden geleverd. Dit zou kunnen zijn op het volgende niveau:

- 1) schoonmaak
- 2) persoonlijke verzorging en verpleging (PV/VP)
- 3) begeleiding individueel (BG-ind)
- 4) begeleiding groep (BG-grp) inclusief vervoer

De zorgaanbieder neemt het zorgprofiel van de cliënt en kruist vervolgens de behoefte aan zorgvormen aan in een ICT applicatie. Hieruit volgt automatisch een weektarief dat mag worden gedeclareerd.

Bij Geert zou het model als volgt worden ingevuld:

**Figuur 5: het zorgvormenmodel**

VV 5				
<b>Zorgvorm</b>	Schoonmaak	PV/VP	Bg-ind/BG-grp (incl. vervoer)	Totaal Mpt-budget
<b>Waarde</b>	€ 65	€ 518	€ 325	€ 908
<b>Leverancier</b>	Familie	Regievoerder	PGB	
<b>Totaal</b>	€ 0	€518	€ 325	€ 843

\* Bij een VV profiel wordt de individuele begeleiding en dagbesteding niet gesplitst.

De zorgaanbieder declareert 518 euro per week en Geert gebruikt zelf 325 euro om zijn dagbesteding bij een andere pgb-aanbieder te regelen.

#### 3.3.1 Prestatiebeschrijving en tarief

De prestatiebeschrijving is op het niveau van de gekozen zorgvormen. De prestatieomschrijving zal voorschrijven dat de zorgaanbieder alle zorg die valt onder de Wlz-zorgvormen conform de leveringsovereenkomst met de cliënt moet leveren.

Per profiel zal de NZa voor iedere zorgvorm maximum tarieven voorschrijven.

**Figuur 6: prestaties en tarieven zorgvormenmodel VV 5**

Prestatie	Weektarief
Schoonmaak	€ 65
Persoonlijke verzorging/verpleging	€ 518
Begeleiding (ind./grp. + vervoer)	€ 325

### 3.3.2 Administratie en declaratievoorschriften

Er wordt per week gedeclareerd ongeacht de daadwerkelijk, minuten face tot face, geleverde zorg. We gaan er vanuit dat in alle redelijkheid altijd de planning, de zorg uit het arrangement, wordt geleverd<sup>16</sup>.

#### *Controleprotocol*

In het controleprotocol voor de accountant zou het volgende aan bod kunnen komen voor de accountant om te controleren:

- Aanwezigheid van zorgplan en leveringsovereenkomst (steekproef)
- Aanwezigheid: is er in de kalenderweek van declaratie daadwerkelijk zorg die voldoet aan de prestatieomschrijving geleverd<sup>17</sup>? ja/nee

### 3.3.3 Zorginkoop

Bij dit model zal de inkoop van zorg met name gaan over:

- Welke profielen worden ingekocht (bijvoorbeeld alle VV profielen of alleen VV 4 t/m 8). Dit zal ook afhankelijk zijn van de mate waarin de aanbieder kan garanderen dat hij in alle zorgvormen kan voorzien al dan niet via onderaannesteding.
- De mate waarin er signalen zijn van cliënten dat een aanbieder niet het met de cliënt afgesproken zorgplan nakomt.
- De totale omzet omdat nog sprake is van een ex ante vorm van macrobeheersing.
- Het tarief voor de zorgvormen per profiel of per profiel.

#### *Macrobeheersing*

Het zorgkantoor en de aanbieder maken een omzetafsprake bijvoorbeeld € 1 mln. Dit bedrag wordt getoetst aan de contracteerruimte. Indien het totaal aan gedeclareerde prestaties (klassen) groter is dan de afgesproken omzet stelt de NZa een vereffenbedrag vast waarmee de overschrijding wordt gecorrigeerd.

### 3.3.4 Voor- en nadelen

#### *Minder flexibiliteit omdat zorgvormen gescheiden blijven*

Dit model brengt met zich mee dat we van een aantal zorgvormen het weekbudget vooraf definiëren. De zorgaanbieder en de cliënt moeten deze keuzes volgen en kunnen dus niet substitueren tussen zorgvormen.

#### *Minder urenregistraties, meer maatwerk,*

Zorgaanbieders hoeven geen verantwoording per uur af te leggen en geen aanvragen/registraties per zorgvorm te doen. Hierdoor worden de administratieve lasten voor zowel de cliënt als de zorgaanbieder beperkt.

## 3.4 Conclusie

#### *Arrangementsbekostiging past bij een globale indicatiestelling*

De werkwijze waarbij al dan niet een keuze wordt gemaakt voor bijvoorbeeld pv&vp brengt de toekenning van een absolute waarde met zich mee. Bij Geert € 518. De toekenning hoeft niet overeen te komen met de zorgbehoefte van Geert. Deze kan groter en kleiner zijn. Indien deze toekenning kleiner is dan is er in zekere zin winst voor de aanbieder. Indien deze toekenning groter is dan is er verlies voor de

<sup>16</sup> Kortstondige wijziging in de planning, bijvoorbeeld omdat een familielid wordt opgenomen in het ziekenhuis leiden niet tot een aanpassing. Wel zal een grens worden gesteld, bijvoorbeeld indien gedurende een kalenderweek geheel geen zorg is geleverd.

<sup>17</sup> Volgens de Wmg mag alleen zorg die geleverd is ook gedeclareerd worden. Deze controle moet daarom plaatsvinden.

aanbieder. Daarom moet gesteld worden dat de aanbieder altijd in de behoefte van de cliënt voorziet ongeacht het toegekende bedrag. Alle bedragen voor pv&vp tezamen zou in alle redelijkheid voldoende moeten zijn voor alle cliënten in zorg bij de regievoerder. Met andere woorden: de regievoerder moet substitueren tussen cliënten.

*Arrangementsbekostiging past bij integrale zorg*

Doordat de arrangementsbekostiging uitgaat van één zorgaanbieder is het makkelijker om integrale zorg te organiseren.

*Door het plaatsen van schotten in de bekostiging wordt uitvoering complex en worden ongewenste prikkels geïntroduceerd. Daarnaast werken deze belemmerend in flexibiliteit.*

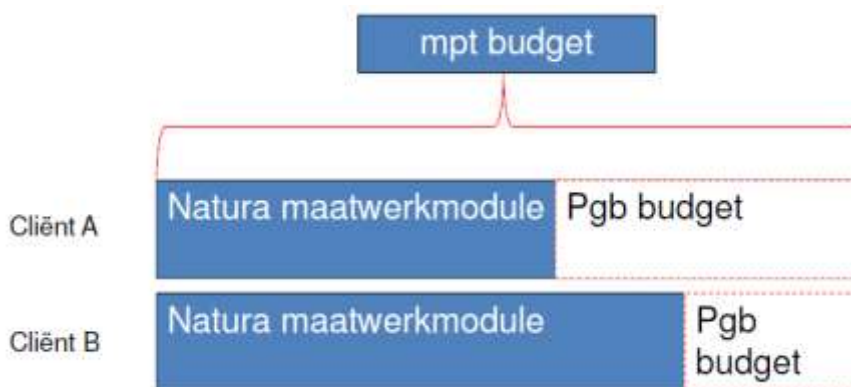
Zowel het zorgvormen model als het arrangementenmodel werken met schotten in de bekostiging en daarbij toename aan de administratieve lasten en negatieve prikkels.

## 4. Hybride model

De arrangementsbekostiging laat de meeste elementen zien die passen bij de uitgangspunten van de Wlz, namelijk integrale zorg en een indicatie in zorgprofielen. Door het plaatsen van schotten in de bekostiging kent het model echter nog onwenselijke lasten en prikkels. In het onderstaande hybride model schetsen we een nieuwe variant die meer tegemoet komt aan de uitgangspunten globale indicatiestelling en integrale zorg.

Eén hoofdaanbieder krijgt, na aftrek pgb uitgaven, het gehele mpt-budget in de vorm van een maatwerkmodule. De maatwerkmodule is daarmee vergelijkbaar met een vpt, maar dan mét de mogelijkheid om te combineren met een pgb.

**Figuur 7: het hybride model**



De zorgaanbieder zal vanuit bedrijfseconomisch oogpunt proberen via de naturamodule alléén de zorg te leveren die hij op een kostendekkende manier kan bieden. Voor de zorg die hij niet kostendekkend kan leveren zal hij met de cliënt een andere oplossing proberen te vinden (al dan niet door deze zorg via de mantelzorg of met pgb te regelen).

*Voordelen:*

De hybride variant past bij een indicatiestelling in zorgprofielen omdat zorggeld gemiddeld kan worden. De bekostiging geeft maximale ruimte om te middelen tussen zorgvormen en pgb (geen schotten).

*Nadelen:*

Cliënten kunnen afzien van zorg, maar dit zal op korte termijn geen besparing opleveren omdat overblijvende geld wordt ingezet voor andere cliënten. Cliënten zijn meer afhankelijk van één zorgaanbieder voor de inrichting van hun zorg en keuzes ten aanzien van inzet pgb. Dit past bij de gedachte van integrale zorg maar beperkt de cliënt op het gebied van keuze tussen zorgaanbieders.

## 5. Conclusie

Noch de modulebekostiging, noch de arrangementenbeposting sluit volledig aan bij de uitgangspunten van de wetgever. Daarnaast zien we dat beide modellen nadelige prikkels en administratieve lasten kunnen introduceren. De conclusies temperen de oorspronkelijke verwachtingen omtrent verbeterruimte. Daarom hebben wij een nieuw hybridemodel toegevoegd.

Een belangrijke constatering in dit rapport is dat de huidige indicatiestelling, en het daaraan gekoppeld het maximale mpt-budget, niet aansluit bij de individuele zorglevering en verantwoording. De bekostiging zou dit probleem voor een deel kunnen oplossen middels het hybride model maar dan moet de wetgever andere uitgangspunten, waaronder keuzevrijheid tussen door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders, loslaten. In onderstaande tabel worden per model de belangrijkste uitgangspunten beoordeeld.

**Tabel 4: beoordeling uitgangspunten per model**

Uitgangspunt	Modulebeposting		Arrangementbeposting		Hybride	Huidig
	Modules in %	Maatwerk module	Klassenmodel	Zorgvormen model		
Indicatiestelling in zorgprofielen	Green	Red	Green	Green	Green	Red
Integrale zorg	Red	Red	Green	Green	Green	Red
Keuzevrijheid zorgaanbieders	Green	Green	Red	Red	Red	Green
Administratieve lasten	Red	Green	Red	Red	Green	Red

### Tot slot

Het is van belang dat de indicatiestelling, aanspraak en bekostiging van zorg in samenhang worden gezien en elkaar versterken. We voorzien op basis van bovenstaande analyses twee hoofdrichtingen voor het mpt. De eerste richting is gestoeld op keuzevrijheid en maatwerk in de indicatiestelling. Hierbij past een meer individuele bekostiging en verantwoording, gelijk aan de maatwerkmodule of de huidige bekostiging. De tweede richting is gestoeld op integraliteit en een indicatie in zorgprofielen. Hierbij past een meer globale bekostiging en verantwoording, gelijk aan de hybride bekostiging. Beide richtingen kennen specifieke voor- en nadelen.

## Bijlage I: Inhoud verzekerd pakket Wlz

### Art. 3.1.1. Wet langdurige zorg

Het op grond van deze wet verzekerde pakket omvat de volgende vormen van zorg:

a. verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:

1°. het verstrekken van eten en drinken,

2°. het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde, en

3°. voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte;

b. persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;

c. behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde;

d. door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijf alsmede behandeling als bedoeld in onderdeel c ontvangt te verlenen:

1°. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg,

2°. behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 genoemde aandoeningen of beperkingen;

3°. farmaceutische zorg;

4°. het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;

5°. tandheelkundige zorg;

6°. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;

e. het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen;

f. vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;

g. logeeropvang in een instelling, met inbegrip van de voorzieningen, bedoeld in onderdeel a, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.



## **Bijlage II Knelpunten uit het rapport Verkenning van bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis**

In het rapport Verkenning van bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis (Gupta Strategists i.o.v. NZa, 2016) worden aanvullende mogelijkheden genoemd om het modulair pakket thuis te verbeteren. Hierna volgt een samenvatting van deze mogelijkheden en knelpunten, voor de volledige beschrijving verwijzen we naar het rapport.

*De systematiek van het mpt bevat een discrepantie tussen indicatiestelling in groepen en financiële verantwoording per individuele cliënt.*

In de huidige wetgeving bestaat een discrepantie tussen indicatiestelling in groepen enerzijds en financiële verantwoording per cliënt anderzijds.

*Een zorgafhankelijke bijdrage kan de cliënt stimuleren af te zien van zorg waar hij geen behoefte aan heeft*

Een eigen bijdrage die afhangt van de hoeveelheid zorg die de cliënt ontvangt kan de mpt-client stimuleren om af te zien van zorg waar hij geen behoefte aan heeft.

*Betere cliëntondersteuning en meer bekendheid van het mpt kunnen de toegankelijkheid van het mpt vergroten*

Verschillende cliëntenorganisaties en andere partijen geven aan dat onafhankelijke cliëntondersteuning kan bijdragen aan het beter functioneren van het mpt in de praktijk. Bovendien is uit de gesprekken naar voren gekomen dat er nog veel onbekendheid met het mpt is, zowel bij cliënten als bij aanbieders. Als de mogelijkheden van het mpt breder bekend zijn, kunnen meer cliënten het mpt inzetten om zorg op maat te realiseren.

*De afbakening tussen de Wlz en de wijkverpleging is niet helder*

Aanbieders en uitvoerders geven aan dat de afbakening tussen de Wlz en de wijkverpleging vanuit de Zvw niet altijd helder is, waardoor vergelijkbare cliënten zorg thuis ontvangen uit verschillende budgetten en tegen verschillende voorwaarden. Omdat de afbakening tussen Wlz en Zvw niet altijd helder is, ontstaat ruimte om op grond van oneigenlijke afwegingen keuzes te maken voor de vorm van langdurige zorg. Zorgverzekeraars hebben een prikkel om erop te sturen dat cliënten een Wlz-indicatie krijgen; zo ontlasten zij hun eigen budget. Aan de andere kant maakt de eigen bijdrage het voor de cliënt juist onaantrekkelijk om zorg en ondersteuning thuis vanuit de Wlz te krijgen.

*Er is onduidelijkheid over aansprakelijkheid bij het mpt*

Aanbieders en uitvoerders benoemen dat het 'Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis' en gerelateerde procedures onvoldoende helderheid bieden over de aansprakelijkheid als er iets mis gaat bij een cliënt die zorg ontvangt vanuit het mpt. Zowel de rol van de zorgaanbieder t.o.v. de cliënt als de zorgaanbieders onderling is onduidelijk.

*Het toetsingskader geeft veel administratieve last*

Aanbieders geven aan dat het huidige toetsingskader veel administratieve last veroorzaakt.

*Er zijn ongewenste prikkels in de keuze voor de leveringsvorm van de Wlz*

Aanbieders beschrijven een spanningsveld van het mpt ten opzichte van andere leveringsvormen in de Wlz, voornamelijk het vpt. Voor het vpt ontvangt een zorgaanbieder meer dan voor het mpt

*Er is behoefte aan een aantal specifieke prestaties*

Aanbieders suggereren nog een aantal specifieke prestaties die zij wenselijk achten, onder andere om de administratieve last te verlichten. Integraal tarief logeren, coördinatie zorg, specialist ouderengeneeskunde, gz-psycholoog.

*De huidige vergoeding is niet altijd toereikend om mpt thuis te kunnen leveren*

Aanbieders geven aan dat de huidige financiering niet altijd toereikend is om het mpt in de oorspronkelijke thuissituatie rendabel aan te bieden. De kosten voor zorg in de oorspronkelijke thuissituatie zijn over het algemeen hoger dan de kosten voor zorg in een geclusterde woonvorm, voornamelijk door de reistijd van zorgverleners naar individuele cliënten en het feit dat zorg altijd één op één is. De huidige meerzorgregelingen volstaan in hun optiek niet om hierin tegemoet te komen. Ook zien aanbieders dat bij financiële verantwoording per cliënt, zoals dat bij het mpt gebeurt, er onvoldoende ruimte is om overkoepelende faciliteiten zoals specialistische verpleegkundigen voor niet-planbare zorg te kunnen blijven aanbieden.