Gupta Strategists

Verkenning van bekostigingsmodellen voor het modulair pakket thuis

Eindrapport

Utrecht, 18 januari 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1. Introductie 6
   - Opdracht 6
   - Leeswijzer 6

2. Het mpt 8
   - Meer keuzevrijheid en flexibiliteit in de Wlz door introductie pgb, vpt en mpt 8
   - In 2015 maken 23.000 cliënten gebruik van het mpt 9
   - Huidige invulling en bekostiging van het mpt 10
   - Ervaringen met het mpt in de praktijk 12

3. Inventarisatie van bekostigingsmodellen voor het mpt 13
   - Raamwerk met vier elementen 13
   - Model A: Inspanningsbekostiging 16
   - Model B: Activiteitenbekostiging 16
   - Model C: Arrangementsbekostiging 17
   - Model D: Modulebekostiging 18
   - Model E: Uitkomstbekostiging 19
   - Model F: Populatiebekostiging 20
   - Model G: Abonnementsbekostiging 21
   - Model H: Lumpsumbekostiging 22
   - Hybride bekostigingsmodellen 22

4. Vergelijking bekostigingsmodellen a.d.h.v. wettelijk kader 25
   - Samenvatting toetsing bekostigingsmodellen aan het wettelijk kader 25
   - Criterium 1: Combineren met een pgb 25
   - Criterium 2: Kiezen tussen verschillende aanbieders 27
   - Criterium 3: Kosten per cliënt zijn niet hoger dan de kosten voor pgb 28
   - Criterium 4: Betaling en controle op basis van een prestatiebeschrijving 29
   - Criterium 5: Vooraf toetsing van gecontracteerde zorg aan macrokader mogelijk 30
   - Criterium 6: Verhouding ten opzichte van andere leveringsvormen in de Wlz 31

Conclusie: populatie-, abonnements- en lumpsumbekostiging voor het mpt passen niet binnen het wettelijk kader en de systematiek van de Wlz 32

5. Vergelijking bekostigingsmodellen a.d.h.v. theoretisch kader 33

Samenvatting toetsing bekostigingsmodellen aan het theoretisch kader .. 33

Criterium 7: Keuzevrijheid bij inrichting van de zorg 33

Criterium 8: Vraaggericht werken 34

Criterium 9: Resultaatgericht werken 35

Criterium 10: Indicatiewaarde niet volledig benutten 36

Criterium 11: Toetreding van nieuwe aanbieders 36

Criterium 12: Samenwerking tussen aanbieders 37

Criterium 13: Productieprikkel 38

Criterium 14: Vergoeding van niet-geleverde zorg 39

Criterium 15: Misbruik en fraude 39

Criterium 16: Invoerings- en onderhoudslasten 40

Criterium 17: Administratieve lasten voor de aanbieder 41

Criterium 18: Belasting voor de cliënt 42

Conclusie: de bekostigingsmodellen voldoen in verschillende mate aan de criteria van het theoretisch kader 43

6. Aanvullende mogelijkheden om mpt-bekostiging te verbeteren 44

Mogelijkheden en knelpunten gesignaleerd door Gupta Strategists 44

Mogelijkheden en knelpunten gesignaleerd door betrokken partijen 46

Bijlage 1: Projectaanpak en betrokken partijen i

Bijlage 2: Verslagen bijeenkomsten klankbordgroep ii

Verslag 1e bijeenkomst klankbordgroep ii

Verslag 2e bijeenkomst klankbordgroep viii

Samenvatting

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa) heeft het initiatief genomen de bekostiging van het modulair pakket thuis (mpt) te onderzoeken. Het doel van dit onderzoek was om te verkennen of er ruimte is voor verbetering van de bekostigingsstructuur van het mpt. In opdracht van de NZa heeft Gupta Strategists dit verkennende onderzoek uitgevoerd. Bij deze verkenning zijn (vertegenwoordigers van) cliënten, aanbieders en uitvoerders van het mpt betrokken.

Het mpt is een leveringsvorm in de Wet langdurige zorg (Wlz) die bijdraagt aan meer flexibiliteit en keuzevrijheid voor cliënten. Het mpt is per 1 januari 2015 geïntroduceerd en biedt cliënten de mogelijkheid om zorg in natura thuis te ontvangen. Het mpt is in de praktijk vooral geschikt voor cliënten die veel mantelzorg tot hun beschikking hebben. De cliënt kan de zorg in natura afnemen bij verschillende aanbieders. Ook kan de cliënt het mpt combineren met een persoonsgebonden budget (pgb). De cliënt bespreekt met de aanbieder welke zorg hij in welke omvang wil ontvangen. De uitvoerder bepaalt of het beoogde zorgplan past binnen de indicatiewaarde, het maximale bedrag dat beschikbaar is voor het mpt dat volgt uit het zorgprofiel. De aanbieder declareert de zorg op dit moment in uren per prestatie.

In dit rapport beschrijven we acht mogelijke bekostigingsmodellen voor het mpt, die zijn gebaseerd op inbreng van (vertegenwoordigers van) cliënten, aanbieders en uitvoerders en andere partijen, literatuur en onze ervaring. Deze modellen vormen een afspiegeling van de breedte van oplossingsrichtingen en verschillen onderling voldoende om onderscheidend te zijn. Het betreft:

A. Inspanningsbekostiging, waarbij de aanbieder geleverde uren vergoed krijgt
B. Activiteitenbekostiging, waarbij de aanbieder per zorgactiviteit een vergoeding ontvangt
C. Arrangementsbekostiging, waarbij cliënt en aanbieder afspreken welk deel van de indicatiewaarde de cliënt in natura wil ontvangen; dit is het arrangement (bijvoorbeeld: licht, middel of zwaar)
D. Modulebekostiging, waarbij de indicatiewaarde in meerdere modules is opgedeeld en de cliënt per module een aanbieder kan kiezen
E. Uitkomstbekostiging, waarbij de vergoeding voor de geleverde zorg afhangt van de kwaliteit die de aanbieder levert
F. Populatiebekostiging, waarbij de aanbieder een budget krijgt afhankelijk van het aantal inwoners in de regio, ongeacht of deze mensen gebruik maken van het mpt
G. Abonnementsbekostiging, waarbij de aanbieder een budget krijgt afhankelijk van het aantal personen dat zich bij deze aanbieder heeft ingeschreven, ongeacht of deze personen gebruik maken van het mpt
H. Lumpsumbekostiging, waarbij de aanbieder een vast budget krijgt voor het mpt, ongeacht het aantal cliënten dat gebruik maakt van het mpt

In dit onderzoek toetsen we de bekostigingsmodellen in twee stappen. In de eerste stap beoordelen we de modellen aan de criteria van het wettelijk kader. Hieruit volgt dat populatie-, abonnements- en lumpsumbekostiging niet passen binnen het huidige kader en de systematiek van de Wlz. Daarom werken we deze modellen niet verder uit in stap twee. In de tweede stap beoordelen we de modellen van inspannings-, activiteiten-, arrangements-, module- en uitkomstbekostiging aan de hand van het theoretisch kader. Dit kader omvat beoordelingscriteria voor gewenste prikkels, ongewenste prikkels en uitvoerbaarheid. Figuur 1 vat de uitkomsten van de toetsing aan de beoordelingscriteria samen.

In dit verkennende onderzoek trekken we geen conclusies uit de toetsing van de bekostigingsmodellen aan de criteria van het theoretisch kader. Duidelijk is wel dat ieder model voor- en nadelen heeft en dat een aantal criteria niet goed met elkaar te verenigen is. Modellen met een beperkte productieprikkel hebben bijvoorbeeld een groter risico op het vergoeden van niet-geleverde zorg. Ook geldt dat modellen met grote keuzevrijheid voor de cliënt administratieve last met zich meebrengen. Welk bekostigingsmodel de uiteindelijke voorkeur heeft, hangt af van het belang (gewicht) dat partijen toekennen aan de verschillende criteria.

			Huidig	Inspanning	Activiteiten	Arrangementen	Modules	Uitkomsten	Populatie	Abonnement	Lumpsum
		Criteria		A	B	C	D	E	F	G	H
Wettelijk kader	1	Combineren pgb	+/-	-	+/-	++	++	-	- -	- -	- -
	2	Kiezen tussen aanbieders	++	++	++	-	+	++	- -	-	- -
	3	Kosten per cliënt	+/-	+/-	+/-	++	++	+/-	- -	- -	- -
	4	Prestatiebeschrijving	++	++	++	+	++	++	-	+/-	- -
	5	Macrokader	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	++	+	++
	6	T.o.v. andere leveringsvormen Wlz	+/-	+/-	-	+	+	-	- -	- -	- -
Theoretisch kader	7	Keuzevrijheid	++	++	+	+	+	++			
Gewenste prikkels	8	Vraaggericht	+	+	-	+	+	++			
	9	Resultaatgericht	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	++			
	10	Indicatiewaarde niet volledig benutten	-	-	-	-	-	-			
	11	Toetreding nieuwe aanbieders	+/-	+/-	+/-	-	+	-			
	12	Samenwerking aanbieders	+/-	+/-	+/-	+	+/-	+			
Ongewenste prikkels	13	Productieprikkel	- -	- -	-	++	++	- -			
	14	Niet-geleverde zorg	+	++	+	-	+/-	++			
	15	Misbruik en fraude	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-			
Uitvoerbaarheid	16	Invoerings- en onderhoudslasten	-	-	- -	+	+	- -			
	17	Administratieve lasten aanbieder	-	-	- -	+/-	+	- -			
	18	Belasting voor de cliënt	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	-			

++ zeer positief + positief +/- neutraal - negatief - - zeer negatief

Figuur 1 – Overzicht toetsing bekostigingsmodellen aan wettelijk en theoretisch kader.

We hebben tot slot een aantal aanvullende mogelijkheden tot verbetering van de bekostiging van het mpt geïdentificeerd, onafhankelijk van het gekozen bekostigingsmodel. Ten eerste signaleert Gupta Strategists een knelpunt met betrekking tot indicatiestelling in groepen en financiële afrekening per individuele cliënt in de huidige systematiek van het mpt. Binnen de groep cliënten met hetzelfde zorgprofiel is er immers verschil in zorgbehoefte tussen individuele cliënten; er zijn relatief lichte en relatief zware cliënten. De indicatiewaarde per cliënt is gebaseerd op het gemiddelde van het zorgprofiel. Bij het mpt geldt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld zorg in een instelling, dat de kosten per individuele cliënt niet hoger mogen zijn dan de indicatiewaarde. Dit bedrag volstaat echter niet voor de relatief zware cliënten. Ten tweede ziet Gupta Strategists een mogelijkheid om door middel van een financiële prikkel de cliënt te belonen voor het af zien van zorg waaraan hij geen behoefte heeft.

In onze gesprekken met betrokken partijen kwam een aantal knelpunten en mogelijkheden tot verbetering naar voren. Cliënten, aanbieders en uitvoerders benoemen dat betere toegang tot cliëntondersteuning bij het inrichten van het mpt en meer bekendheid van het mpt de toegankelijkheid van het mpt kunnen vergroten. Aanbieders en uitvoerders benoemen dat de afbakening tussen de Wlz en de wijkverpleging niet altijd helder is en dat er onduidelijkheid bestaat over aansprakelijkheid bij het mpt. Bovendien geven aanbieders aan dat het 'Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis' veel administratieve last veroorzaakt. Ook beschrijven aanbieders ongewenste prikkels in de keuze tussen leveringsvormen in de Wlz. Bovendien hebben aanbieders behoefte aan specifieke prestaties en zijn zij van mening dat de huidige vergoeding voor het mpt ontoereikend is om het mpt thuis te kunnen leveren.

1. Introductie

Opdracht

De introductie van de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015 heeft geleid tot wijzigingen in het recht op zorg. Deze wijzigingen zijn voor de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) aanleiding om na te gaan of de huidige prestatiestructuur nog passend is en om te verkennen of er ruimte is voor verbetering. Als onderdeel van deze verkenning heeft de NZa het initiatief genomen om de bekostiging van het modulair pakket thuis (mpt) te onderzoeken.

In opdracht van de NZa heeft Gupta Strategists een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de verschillende mogelijkheden voor bekostiging van het mpt. Dit onderzoek had als doel: "Het realiseren van een gestructureerde beschrijving van de voor- en nadelen van bekostigingsmodellen voor zorg die:

- aanbieders thuis leveren op grond van het mpt, al dan niet ter overbrugging van de periode tot de opname in de instelling;
- passen binnen het kader en de systematiek van de Wlz."

De NZa heeft ervoor gekozen dit verkennende onderzoek korte tijd na de introductie van het mpt uit te voeren. Door nu in gesprek te gaan met de verschillende betrokken partijen, onder wie cliëntenorganisaties en (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders[1], krijgen zij de kans om al in een vroeg stadium te participeren in het proces van vorming en verbetering van beleid. Zo geeft de NZa invulling aan haar streven naar een zorgvuldig proces. Mogelijk ziet de NZa in de uitkomsten van dit onderzoek aanleiding om vervolgstappen te zetten naar besluitvorming gericht op de aanpassing van het beleid. In dat geval zal dat NZa de verschillende partijen consulteren. Het huidige, verkennende onderzoek is kwalitatief van aard. In latere fases kan de NZa er voor kiezen kwantitatief onderzoek uit te voeren.

Leeswijzer

Dit rapport beschrijft de verkenning van mogelijkheden voor alternatieve bekostiging van het mpt[2]. In hoofdstuk 2 lichten we het mpt toe en beschrijven we de huidige invulling en bekostiging van het mpt. In hoofdstuk 3 beschrijven we acht mogelijke bekostigingsmodellen voor het mpt, aan de hand van een raamwerk bestaande uit vier elementen. In dit hoofdstuk gaan we ook in op de mogelijkheid om kenmerken van verschillende modellen te combineren tot hybride bekostigingsmodellen. We hebben verschillende beoordelingscriteria geformuleerd en deze als basis gebruikt om de voor- en nadelen van de bekostigingsmodellen in kaart te brengen. In hoofdstuk 4 toetsen we de

[1] Een overzicht van de bij dit onderzoek betrokken partijen is opgenomen in bijlage 1. Verslagen van de bijeenkomsten van de klankborgroep zijn opgenomen in bijlage 2.

[2] De aanpak van dit onderzoek staat beschreven in bijlage 1.

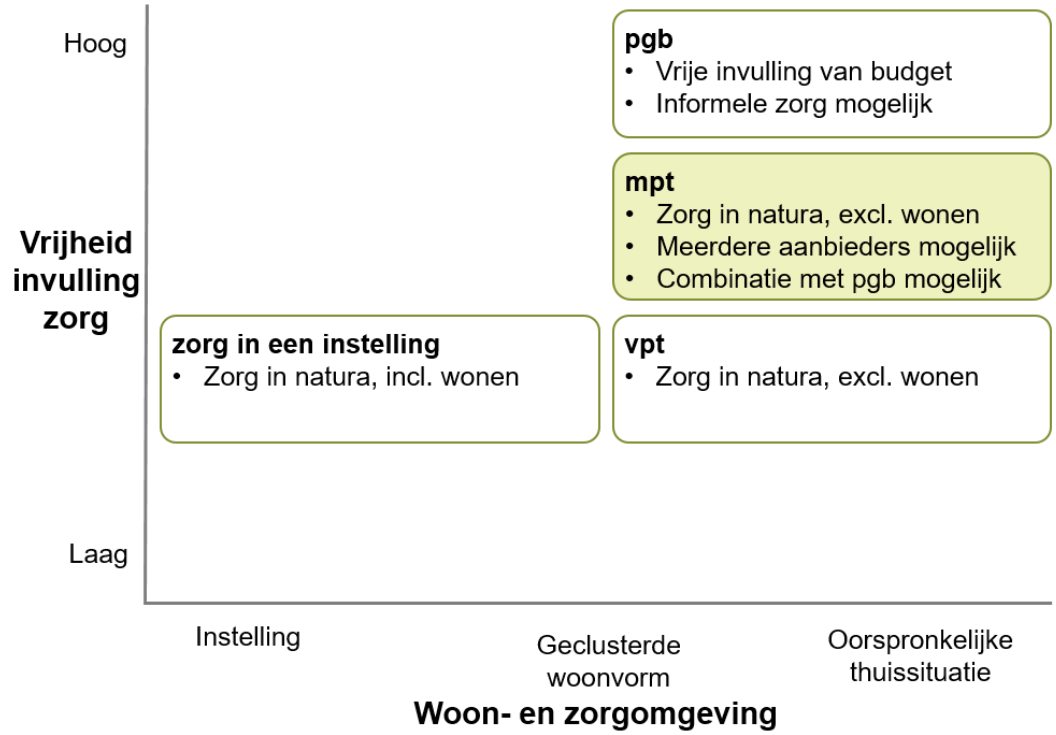
modellen aan de beoordelingscriteria die betrekking hebben op het kader en de systematiek van de Wlz. De modellen die hier niet binnen passen vallen in dit hoofdstuk af. In hoofdstuk 5 toetsen we de overgebleven modellen aan de resterende beoordelingscriteria, die onderdeel zijn van het theoretisch kader. Tot slot staan we in hoofdstuk 6 stil bij aanvullende, model-overstijgende mogelijkheden om de bekostiging van het mpt te verbeteren.

2. Het mpt

In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling van keuzevrijheid en flexibiliteit binnen de langdurige zorg en de positie van het mpt ten opzichte van andere leveringsvormen in de Wlz. Daarna beschrijven we de huidige invulling en bekostiging van het mpt. Tot slot vatten we de ervaringen met het mpt in de praktijk samen.

Meer keuzevrijheid en flexibiliteit in de Wlz door introductie pgb, vpt en mpt

Cliënten die 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben, kunnen een beroep doen op de Wlz. De Wlz kent een aantal leveringsvormen: zorg in een instelling (intramurale zorg), het volledig pakket thuis (vpt), met mpt en het persoonsgebonden budget (pgb). Deze leveringsvormen verschillen in de mate van vrijheid van invulling van zorg en in de omgeving waarin de cliënt de zorg ontvangt (zie figuur 2).



Figuur 2 – Typering van leveringsvormen in de langdurige zorg.

Met de introductie van nieuwe leveringsvormen zijn de afgelopen jaren stappen gezet richting een cliëntgerichtere invulling van langdurige zorg en persoonsvolgende bekostiging. Het pgb werd in 1998 geïntroduceerd als leveringsvorm van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ; de voorloper van de Wlz). Het pgb biedt cliënten een budget waarmee zij de benodigde zorg zelfstandig kunnen inkopen, in plaats van de zorg in natura in een instelling te ontvangen. Het pgb vergrootte de keuzevrijheid van cliënten.

Zo kregen cliënten meer inspraak in de eigen zorg, zodat zij deze beter konden afstemmen op hun persoonlijke behoeftes. Dat bleek populair: in de tien jaar na de introductie groeide het pgb met een factor tien[3].

Met de groei van het pgb kwam er ook meer aandacht voor de nadelen van dit systeem. De belangrijkste systeemrisico's zijn de toegenomen mogelijkheden voor fraude en de aanzuigende werking, doordat cliënten aanspraak maken op een pgb, terwijl zij mogelijk afgezien zouden hebben van intramurale zorg. Er zijn maatregelen getroffen om deze risico's te beperken; zo krijgen cliënten niet langer een geldbedrag gestort, maar is het pgb een trekkingsrecht geworden. Gebleken is dat niet alle cliënten in staat zijn om de regeling te gebruiken, onder andere vanwege de administratieve last die ermee samenhangt.

Om meer cliënten in de gelegenheid te stellen om zorg thuis te ontvangen, volgde een decennium na de introductie van het pgb de introductie van het vpt. Met het vpt krijgen cliënten het volledige pakket aan zorg in natura dat zij anders in een instelling zouden ontvangen thuis geleverd. Cliënten met een zware zorgbehoefte kunnen zo thuis blijven wonen, zonder dat zij de zorg zelf hoeven te organiseren met een pgb. Zo is zorg thuis, in een geclusterde woonvorm of in de oorspronkelijke thuissituatie, voor meer cliënten binnen bereik gekomen. Ook het vpt is sterk gegroeid: van 2010 tot 2015 met een factor 10, terwijl de intramurale zorg ongeveer in omvang gelijk bleef[4]. Dit illustreert dat het vpt voorziet in een behoefte om zelfs met een zware zorgvraag thuis te blijven wonen of in een woonomgeving buiten de muren van de traditionele instelling.

Bij de introductie van de Wlz in 2015 zijn de extramurale functies uit de AWBZ komen te vervallen. Om de flexibiliteit en keuzevrijheid voor de cliënt verder te vergroten, is toen het mpt toegevoegd aan de leveringsvormen in de Wlz. Het mpt maakt het mogelijk zorg in natura te combineren met een pgb. Ook kan de cliënt met het mpt gebruik maken van meerdere aanbieders voor zorg in natura. Bovendien kan de cliënt ervoor kiezen af te zien van zorg waaraan hij geen behoefte heeft.

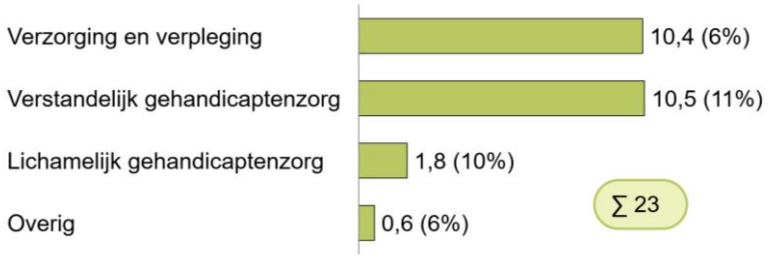
In 2015 maken 23.000 cliënten gebruik van het mpt

In juni 2015 maakten ongeveer 23.000 cliënten gebruik van het mpt[5]. Dat is ongeveer 8% van het totaal aantal Wlz-cliënten op dat moment (zie figuur 3).

[3] Pgb Monitor (2012), Sociaal Cultureel Planbureau.
[4] Rijksbegroting VWS (2016).
[5] Zorginstituut Nederland, peildatum 1 juni 2015.

Figuur 3 – Aantal Wlz-cliënten per leveringsvorm (peildatum 1 juni 2015, x1000, % van totaal). Bron: Zorginstituut Nederland.

Dit zijn voornamelijk ouderen (sector verpleging en verzorging) en verstandelijk gehandicapten (zie figuur 4). Uit onze gesprekken met verschillende partijen is gebleken dat zij het mpt vooral gebruiken als leveringsvorm voor overbruggingszorg. Dit is zorg aan cliënten met een Wlz-indicatie, voor wie nog geen plaats is in de instelling van voorkeur. In dat geval kan een aanbieder de zorg tijdelijk thuis bieden, gebruikmakend van het mpt. Het aantal cliënten dat sinds 1 januari 2015 nieuw is ingestroomd in de Wlz en bewust gekozen heeft voor de leveringsvorm mpt is waarschijnlijk beperkt. Daarover zijn nog echter geen cijfers beschikbaar.



Figuur 4 – Aantal Wlz-cliënten per sector dat gebruik maakt van mpt (peildatum 1 juni 2015, x1000, % van totaal cliënten in de sector). Bron: Zorginstituut Nederland.

Huidige invulling en bekostiging van het mpt

Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) bepaalt of cliënten in aanmerking komen voor de Wlz en stelt vast welk zorgprofiel (voormalig zorgzwaartepakket) passend is. Als de cliënt bij het CIZ een voorkeursaanbieder aangeeft, wijst het CIZ het indicatiebesluit toe aan deze aanbieder. Als de cliënt geen voorkeur uitspreekt, dan ondersteunt de uitvoerder (het zorgkantoor) de cliënt bij het kiezen van een aanbieder. Vervolgens kiest de cliënt in overleg met de aanbieder de leveringsvorm (in een instelling, vpt, mpt of pgb). Uit het zorgprofiel en de leveringsvorm volgt een maximumbedrag dat beschikbaar is voor de zorg (de indicatiewaarde).

Als een cliënt kiest voor het mpt, gaat hij in gesprek met één of meerdere aanbieders. In een zogenaamd 'keukentafelgesprek' inventariseren cliënt en aanbieder(s) welke wensen en behoeften de cliënt heeft en hoe zij de inrichting van het mpt hierop kunnen laten aansluiten. Cliënt en aanbieder leggen hun afspraken over de omvang en de invulling van de zorg vast in een zorgplan[6].

[6] Een zorgplan is niet verplicht bij mpt-cliënten.

Het mpt omvat de zorgvormen (voormalige functies) verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, Wlz-behandeling, vervoer naar behandeling en/of begeleiding en logeeropvang ter ontlasting van mantelzorg. Maaltijden, algemene medische zorg en het schoonhouden van de woonruimte[7] vallen buiten het mpt. De huisarts is verantwoordelijk voor de algemene medische zorg. Aanbieders hebben een WTZi-toelating[8], al dan niet met verblijf, nodig om het mpt te kunnen leveren.

De cliënt kan besluiten om een deel van de zorg niet in natura te ontvangen, maar zelf te organiseren met een pgb. De verhouding tussen zorg in natura en pgb is flexibel. De cliënt kan daardoor zelf kiezen hoe groot het deel van de indicatiewaarde is dat hij in natura wil ontvangen. Het is ook mogelijk om af te zien van een deel van de zorg en de indicatiewaarde niet volledig te benutten. De aanbieder krijgt dan geen vergoeding voor het deel van de zorg waaraan de cliënt geen behoefte heeft.

De uitvoerder bepaalt aan de hand van het 'Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis' of de cliënt het mpt kan ontvangen. Hiertoe geven aanbieders een zwaarwegend professioneel advies aan de uitvoerder over de vraag of de zorg thuis verantwoord is. De uitvoerder bepaalt of het mpt doelmatig is met behulp van een rekenmodule. Deze rekenmodule toetst of het voorgestelde zorgplan past binnen de indicatiewaarde. Deze berekening vindt op dit moment plaats aan de hand van klassen voor de verschillende functies[9]. De rekenmodule voor 2016 laat de functies en klassen los en rekent met tijd per prestatie.

Nadat de aanbieder zorg geleverd heeft aan de cliënt, declareert hij de zorg aan de hand van de door de NZa vastgestelde prestaties[10]. Deze prestaties zijn uitgedrukt in een bedrag per uur of dagdeel. De aanbieder kan declareren op basis van daadwerkelijk geleverde zorg of op basis van de geplande zorg ('zorgplan is realisatie').

Voor cliënten die gebruik maken van het mpt geldt in 2015 de extramurale eigen bijdrage en vanaf 2016 de lage intramurale eigen bijdrage[11]. Kenmerken zoals leeftijd, gezinssamenstelling, inkomen en vermogen bepalen de hoogte van de eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage is niet gekoppeld aan

[7] Voor het schoonhouden van de woonruimte kan de cliënt een beroep doen op de gemeente (Wmo).
[8] Toelating op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)
[9] De functies en klassen zoals die gehanteerd werden in de AWBZ.
[10] Zie NZa beleidsregel CA-BR-1510b 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2015'.
[11] Vanaf 2016 geldt de lage intramurale eigen bijdrage (zoals voor het vpt), met een korting van €136.

het zorgprofiel. Als de cliënt afziet van een gedeelte van de zorg waarop hij recht heeft (de indicatiewaarde), heeft dit geen effect op de eigen bijdrage[12].

Ervaringen met het mpt in de praktijk

In het kader van dit onderzoek hebben we gesproken met (vertegenwoordigers van) cliënten, aanbieders en uitvoerders. Uit deze gesprekken kwam een algemeen positief beeld over de doelstellingen van het mpt naar voren. De meerderheid is positief over de flexibiliteit en keuzevrijheid die het mpt kan bieden.

Partijen willen de cliënt centraal stellen bij de invulling van Wlz-zorg. Zij hechten er belang aan dat de regie over de inrichting van zorg en leven bij de cliënt ligt. De meerderheid van de geconsulteerde partijen streeft naar maatwerk voor de cliënt. Hierbij is veel aandacht voor goede en passende zorg 'achter de voordeur', die tegemoet komt aan de behoeften van de cliënt. Vooral de cliëntenorganisaties vinden het minder relevant welk bekostigingsmodel hier precies achter zit. Aan de andere kant is een passend bekostigingsmodel een randvoorwaarde voor goede uitvoerbaarheid van het mpt.

Tot slot kwam in de verschillende gesprekken naar voren dat het mpt voor niet alle Wlz-cliënten een geschikte leveringsvorm is. De groep Wlz-cliënten is namelijk heterogeen. Zo maken ouderen meestal alleen in hun laatste levensfase gebruik van de Wlz, terwijl mensen met een handicap of chronische ziekte langdurig gebruik maken van de Wlz. Of het mpt een geschikte leveringsvorm is, hangt af van de beperking, de behoeften en wensen van de cliënt, de woonomgeving en de beschikbaarheid van mantelzorg. Zowel cliëntorganisaties als aanbieders geven aan dat het mpt alleen te realiseren is voor cliënten die intensieve ondersteuning vanuit mantelzorgers kunnen ontvangen.

[12] In 2015 geldt de beperking dat het absolute bedrag van de eigen bijdrage niet hoger mag zijn dan de absolute zorgkosten. Omdat het maximale bedrag van de eigen bijdrage fors (minstens een factor drie) lager is dan de minimale indicatiewaarde binnen de Wlz, is er in de praktijk geen effect van het afzien van een gedeelte van de zorg. Deze beperking vervalt in 2016, waardoor de eigen bijdrage dan ook formeel volledig onafhankelijk is van de omvang van de zorg.

3. Inventarisatie van bekostigingsmodellen voor het mpt

In dit hoofdstuk beschrijven we acht verschillende bekostigingsmodellen voor het mpt[13,14]. Deze bekostigingsmodellen zijn gebaseerd op inbreng van (vertegenwoordigers van) cliënten, aanbieders en uitvoerders en andere partijen, literatuur en onze ervaring met bekostigingsmodellen voor andere vormen van zorg. Deze modellen bestrijken samen het spectrum van mogelijkheden voor bekostiging van het mpt en verschillen onderling voldoende om onderscheidend te zijn. Het is ook mogelijk om kenmerken van de verschillende modellen te combineren tot nieuwe, hybride modellen. De eerste vijf modellen (inspannings-, activiteiten-, arrangements-, module- en uitkomstbekostiging) gaan uit van de indicatiewaarde per cliënt (persoonsvolgende bekostiging). De overige drie modellen (populatie-, abonnements- en lumpsumbekostiging) gaan uit van een budget per aanbieder, ongeacht het aantal mpt-cliënten.

Raamwerk met vier elementen

Om de bekostigingsmodellen te beschrijven hebben we een raamwerk opgesteld, dat bestaat uit de vier elementen die van belang zijn bij de inrichting van de bekostiging van zorg: indiceren, inrichten van zorg, declareren en bepalen eigen bijdrage. Dit raamwerk stelt ons in staat om de verschillende bekostigingsmodellen op een gestructureerde manier te beschrijven. Het raamwerk geeft inzicht in de verschillen en overeenkomsten tussen de bekostigingsmodellen en dit stelt ons in staat de modellen op een overzichtelijke manier te vergelijken (in hoofdstuk 4 en 5).

1. Het element, '**indiceren**', omvat het vaststellen of een individu toegang krijgt tot de Wlz. Dit element kan ook een tweede onderdeel bevatten, namelijk het bepalen van de zwaarte van de zorg die iemand nodig heeft, bijvoorbeeld uitgedrukt in een zorgprofiel en een daar aan gekoppelde indicatiewaarde. De inrichting van dit element valt buiten de bevoegdheid van de NZa.
2. Onder het '**inrichten van zorg**' valt het vaststellen hoeveel en wat voor soort zorg de cliënt gaat ontvangen. Dit element omvat ook het vaststellen of een cliënt zelf zorg regelt met een pgb en zo ja hoeveel zorg dit is. In een keukentafelgesprek stellen cliënt en aanbieder vast welke behoeften en wensen de cliënt heeft. Om te bepalen of de afgesproken zorg in natura past

[13] Deze hebben betrekking op de bekostiging van zorg in natura; voor het pgb zijn geen alternatieven uitgewerkt.

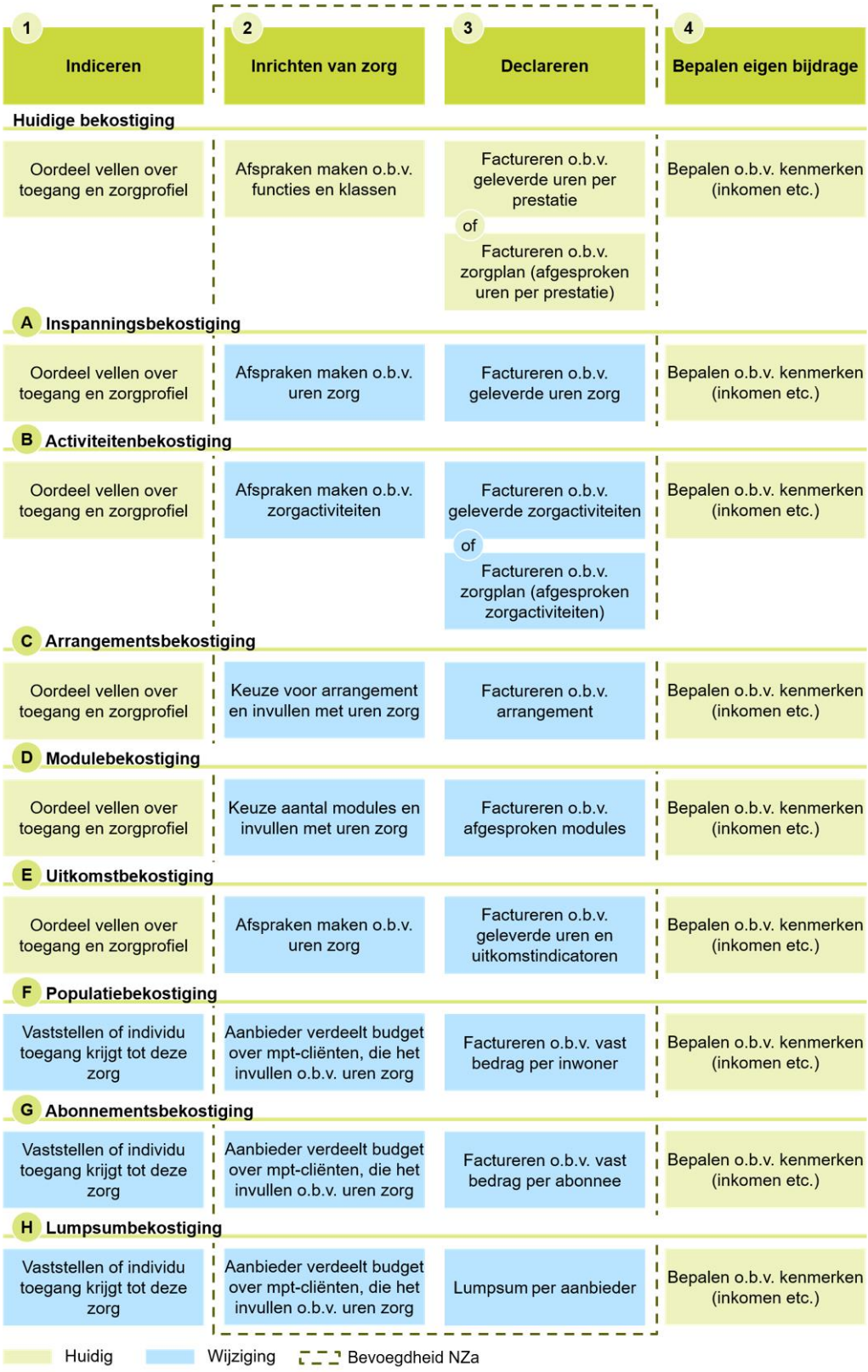
[14] Regelingen voor meerzorg en ondoelmatigheidscompensatie zijn in dit onderzoek en in de beschrijving van de bekostigingsmodellen buiten beschouwing gelaten. Bij de uiteindelijke keuze voor en invulling van een bekostigingsmodel moeten deze regelingen wel in ogenschouw genomen worden, om tegenstrijdigheden in bekostiging te voorkomen.

binnen de gestelde indicatiewaarde hebben aanbieder en uitvoerder een rekenmethode nodig (zoals uren zorg of zorgactiviteiten).

3. Onder het element '**declareren**' verstaan we het vaststellen wat de basis voor declaratie is voor zorg in natura. Hiervoor zijn twee opties: declaratie van daadwerkelijk geleverde zorg of declaratie van vooraf afgesproken zorg. Daarnaast omvat dit element een beschrijving van de mate van detail waarin de aanbieder de zorg declareert.
4. Het laatste element, '**bepalen van de eigen bijdrage**', omvat de keuze voor de basis van de hoogte van de eigen bijdrage. De eigen bijdrage kan gebaseerd zijn op kenmerken van de cliënt zoals inkomen en leeftijd. De hoeveelheid zorg die is geïndiceerd, afgesproken (zorgplan) of werkelijk geleverd, kan ook meewegen bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage. De inrichting van dit element valt buiten de bevoegdheid van de NZa.

De acht bekostigingsmodellen zijn beschreven aan de hand van dit raamwerk en staan weergegeven in figuur 5. Door de invulling van individuele elementen te wijzigen, kunnen nieuwe varianten van een bekostigingsmodel ontstaan.

In figuur 5 en de daaropvolgende figuren is in blauw aangegeven welke elementen per model een wijziging zijn ten opzichte van de huidige bekostiging van het mpt. Hieruit blijkt dat in de beschreven modellen het element 'indiceren' (in model A t/m E) en het element 'bepalen eigen bijdrage' (in alle modellen) ongewijzigd zijn. De NZa is niet bevoegd om de inrichting van deze elementen te wijzigen en stelt de invulling van deze elementen daarom ook niet ter discussie. We hebben deze elementen wel opgenomen in dit rapport, omdat bekostigingsmodellen voor het mpt niet los te zien zijn van de wijze van indiceren en bepalen eigen bijdrage. Wijziging van de wijze van indiceren en/of de manier van het bepalen van de eigen bijdrage heeft effect op de werking van (en prikkels in) bekostigingsmodellen.



Figuur 5 – Overzicht van de verschillende bekostigingsmodellen voor het mpt.

Model A: Inspanningsbekostiging

In een model van inspanningsbekostiging (zie figuur 6) staat het aantal uren zorg centraal, zowel voor het inrichten als voor het declareren. In dit model is de wijze van indiceren gelijk aan die in het huidige bekostigingsmodel: het CIZ oordeelt over toegang tot de Wlz en over het zorgprofiel. Vervolgens maken cliënt, aanbieder(s) en uitvoerder afspraken over het inrichten van het mpt op basis van het aantal uren zorg. Dit is net anders dan het huidige model, waar de aanbieder en de uitvoerder in de rekenmodule klassen per functie hanteren voor het inrichten van zorg.

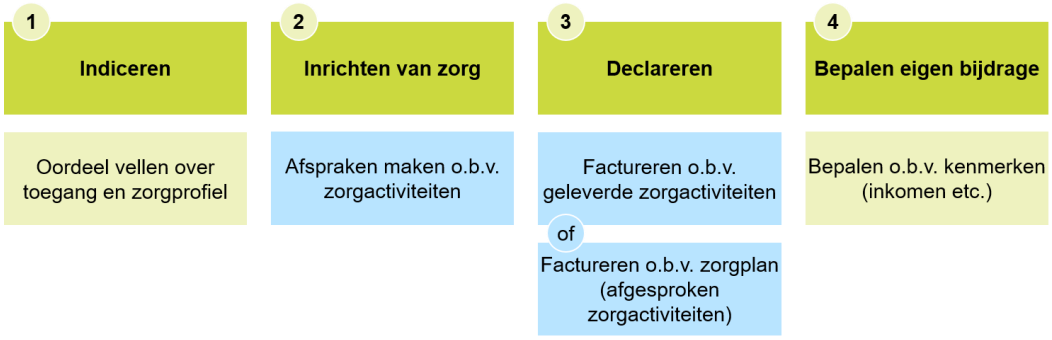
De invulling van de zorg is in dit bekostigingsmodel in grote mate vrij: cliënt en aanbieder kunnen op gedetailleerd niveau afspreken hoeveel zorg van welke soort de cliënt gaat krijgen. In een inspanningsbekostigingsmodel declareert de aanbieder de daadwerkelijk geleverde zorg in uren. De uitvoerder vergoedt de geleverde zorg tot aan de indicatiewaarde, die volgt uit het zorgprofiel. De huidige mogelijkheid om te declareren op basis van zorgplan vervalt in het inspanningsbekostigingsmodel. In dit model bepalen kenmerken als inkomen de hoogte van de eigen bijdrage, net als in het huidige model.

Figuur 6 – Schematische samenvatting van model A: Inspanningsbekostiging.

Model B: Activiteitenbekostiging

Een alternatief voor bekostiging op basis van uren, is een bekostigingsmodel op basis van activiteiten (zie figuur 7). Hierbij richten cliënt en aanbieder(s) het mpt in met gewenste zorgactiviteiten (bijvoorbeeld: douchen). De aanbieder declareert bij de uitvoerder op basis van deze zorgactiviteiten. Hierbij kan de aanbieder uitgaan van de daadwerkelijk geleverde zorgactiviteiten of van de afgesproken zorgactiviteiten.

Om bekostiging op basis van activiteiten mogelijk te maken voor het mpt is het noodzakelijk om relevante zorgactiviteiten te definiëren. Elke zorgactiviteit krijgt een bedrag toegewezen op basis van bijvoorbeeld de genormeerde duur. Zo kan de aanbieder vaststellen of de afgesproken activiteiten binnen de indicatiewaarde van het zorgprofiel blijven. De wijze van indiceren en het bepalen van de eigen bijdrage zijn in dit model gelijk aan die in het huidige bekostigingsmodel.



Figuur 7 – Schematische samenvatting van model B: bekostiging op basis van activiteiten.

Model C: Arrangementsbekostiging

Bij een bekostigingsmodel op basis van arrangementen (zie figuur 8) kiest een cliënt een arrangement dat past bij zijn behoefte. Een arrangement is een vaststaand deel van de indicatiewaarde van het zorgprofiel, bijvoorbeeld licht (50%), middel (75%) en zwaar (100%). De cliënt zet zijn arrangement in voor zorg in natura. De cliënt en de aanbieder bepalen samen de precieze invulling van het arrangement. De aanbieder declareert vervolgens het betreffende arrangement als één prestatie. Dit is dus een bedrag dat afhangt van de hoogte van de indicatiewaarde en de grootte van het gekozen arrangement. Een 100%-arrangement lijkt hiermee sterk op de bekostiging van vpt, waarbij de aanbieder de volledige indicatiewaarde declareert[15]. Als de cliënt van meerdere zorgaanbieders zorg wil ontvangen, dan dient één van de aanbieders als 'hoofdaannemer' op te treden. Deze aanbieder declareert het arrangement. De elementen 'indiceren' en 'bepalen eigen bijdrage' veranderen niet in dit bekostigingsmodel. Een voorbeeld van arrangementsbekostiging is uitgewerkt in box 1.

Figuur 8 – Schematische samenvatting van model C: bekostiging op basis van arrangementen.

[15] De hoogte van de indicatiewaarde hangt af van de leveringsvorm; het bedrag beschikbaar voor mpt is lager dan dat voor vpt, omdat het mpt minder onderdelen bevat (o.a. maaltijden).

Box 1 – Voorbeeld arrangementsbekostiging

Meneer Jansen is 82 jaar oud. Door zijn zware reuma is hij niet meer mobiel en heeft hij veel zorg en ondersteuning nodig. Meneer Jansen is geïndiceerd in zorgprofiel 'Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging' (voormalig zzp 4 VV).

Meneer Jansen woont samen met zijn echtgenote van 73, die in goede gezondheid verkeert. Hun drie volwassen kinderen wonen in de buurt en dragen bij aan de zorg en ondersteuning van hun vader. Elke woensdagmiddag, als zijn vrouw gaat bridgen, heeft meneer Jansen gezelschap van zijn dochter.

De familie Jansen gaat om tafel met een aanbieder, die ze al kennen van de wijkverpleging. Ze bespreken de wensen en behoeften van meneer Jansen en de mogelijkheden die de mantelzorgers hebben om zorg en ondersteuning te leveren. Op basis van dit keukentafelgesprek kiest meneer Jansen voor het arrangement 'middel'. Dit arrangement omvat 75% van de indicatiewaarde, wat neerkomt op €450 per week (bedragen 2015).

Meneer Jansen en de aanbieder overleggen over de zorg die meneer Jansen wil ontvangen binnen zijn arrangement. Ze leggen deze afspraken vast in een zorgplan. Meneer Jansen kiest ervoor het arrangement voornamelijk te vullen met verpleging en persoonlijke verzorging. Zijn echtgenote en kinderen nemen ook een deel van de persoonlijke verzorging op zich. In het kader van begeleiding wil meneer Jansen graag naar een zorgboerderij. De aanbieder schakelt een andere aanbieder, die een zorgboerderij beheert, in als onderaannemer.

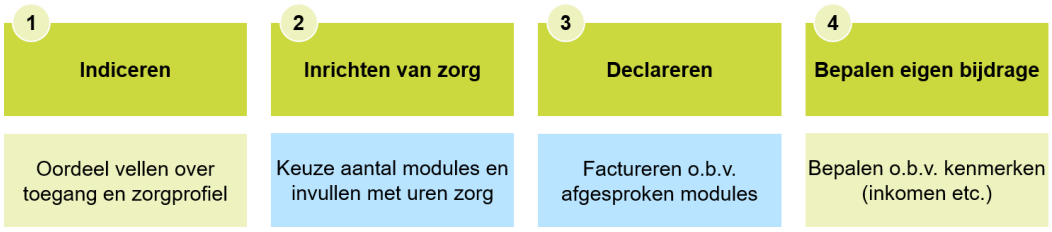
De aanbieder die als hoofdaannemer optreedt, declareert wekelijks één prestatie bij de uitvoerder met de waarde van het arrangement (€450 in dit voorbeeld). Een deel van dit bedrag betaalt hij aan de onderaannemer. Als meneer Jansen griep heeft en daardoor meer verpleging en persoonlijke verzorging nodig heeft, maar minder begeleiding, past de aanbieder de zorg hierop aan. Dit gaat in overleg en heeft geen invloed op de declaratie. Als er een structurele verandering in de zorgvraag optreedt, herzien de familie Jansen en de aanbieder het zorgplan.

Meneer Jansen benut de overige 25% van zijn indicatiewaarde in de vorm van een pgb. Hiermee gaat hij elke twee weken onder begeleiding naar de biljartvereniging. Ook kan hij zijn dochter nu tegemoet komen met een onkostenvergoeding.

Model D: Modulebekostiging

In een bekostigingsmodel op basis van modules (zie figuur 9) kiest een cliënt in samenspraak met de aanbieder(s) welke modules de cliënt als zorg in natura wenst te ontvangen. Een module (of: 'voucher') is een vooraf vastgesteld gedeelte van de indicatiewaarde (bijvoorbeeld: tien modules van elk 10% van de indicatiewaarde). In overleg met aanbieders vult de cliënt de modules in met zorg in natura. De cliënt kan modules onderbrengen bij verschillende aanbieders. Ook kan de cliënt modules inruilen voor een pgb of helemaal afzien van één of meerdere modules. De aanbieder declareert per module. Dit is dus

een bedrag dat afhangt van de hoogte van de indicatiewaarde en de omvang van de module, zoals landelijk vastgesteld. In dit model zijn de manier van indiceren en het bepalen van de eigen bijdrage gelijk aan die in het huidige bekostigingsmodel. Een voorbeeld van modulebekostiging is uitgewerkt in box 2.



Figuur 9 – Schematische samenvatting van model D: bekostiging op basis van modules.

Box 2 – Voorbeeld modulebekostiging

Floor van Dijk is 19 jaar oud. Floor heeft een ernstige spierziekte, waardoor ze in een rolstoel zit en niet kan praten. Floor is geïndiceerd in zorgprofiel 'Wonen met begeleiding en intensieve verzorging' (voormalig zzp 5 LG). Uit het zorgprofiel van Floor volgt een indicatiewaarde van €727 per week. Dit komt neer op tien modules ('vouchers') à €72,70 per week.

De ouders van Floor willen graag thuis voor hun dochter (blijven) zorgen. In hun huis zijn hiervoor al de nodige aanpassingen getroffen. 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. In overleg met de aanbieder stellen ze vast dat dit dagelijkse pakket vijf modules kost. De familie van Dijk gaat in gesprek met een tweede aanbieder over twee dagdelen begeleiding in een instelling en een maandelijks logeerweekend, zodat de ouders van Floor af en toe rust hebben. Dit vergt de inzet van drie modules. De laatste twee modules zet de familie van Dijk in bij een derde aanbieder die gespecialiseerd is in begeleiding thuis overdag.

Elke aanbieder declareert het aantal afgesproken modules bij de uitvoerder. Het is hiervoor niet van belang welke zorg zij precies hebben afgesproken of geleverd als onderdeel van deze modules.

Model E: Uitkomstbekostiging

Bij uitkomstbekostiging (zie figuur 10) ligt de nadruk op de kwaliteit van de geleverde zorg. Aanbieders die goede kwaliteit leveren, ontvangen daarvoor een beloning. Dit stimuleert aanbieders tot continue verbetering en innovatie, om de best mogelijke zorg te blijven leveren. De cliënt en de aanbieder(s) richten het mpt in op basis van de behoefte van de cliënt. De aanbieder registreert de geleverde uren en declareert deze. Uitkomstbekostiging is hier uitgewerkt in combinatie met declaratie op basis van uren, waarbij het tarief

per uur variabel is en afhangt van de kwaliteitsscores. Het is ook mogelijk uitkomstbekostiging in te vullen met andere eenheden, zoals de huidige prestaties of zorgactiviteiten. Het bedrag dat de aanbieder ontvangt is afhankelijk van de score van de aanbieder op één of meerdere uitkomstindicatoren. Dit kunnen indicatoren zijn die de aanbieder registreert en/of indicatoren die de cliënt registreert, zoals de *patient reported outcome measures* (PROM's). Bij een bekostigingsmodel op basis van uitkomsten wijzigen de elementen 'indiceren' en 'bepalen eigen bijdrage' niet.

Om dit bekostigingsmodel te kunnen invoeren is het noodzakelijk om vast te stellen welke uitkomstindicatoren geschikt zijn voor gebruik in deze context. Uitkomsten zijn niet altijd volledig te beïnvloeden door de aanbieder, omdat ze ook samenhangen met het gedrag en de kenmerken van de cliënt en zijn mantelzorger(s) en eventuele overige aanbieders. Bij de inrichting van dit bekostigingsmodel is het van belang om de aanbieder maximaal aan te sporen tot verbetering, zonder hem te straffen voor zaken die buiten zijn invloedssfeer liggen.

Figuur 10 – Schematische samenvatting van model E: uitkomstbekostiging.

Model F: Populatiebekostiging

Populatiebekostiging (zie figuur 11) biedt één aanbieder een bedrag om alle inwoners uit een gebied (de populatie) van zorg te voorzien. Een aanbieder ontvangt daarvoor een bedrag per inwoner in zijn verzorgingsgebied, ongeacht of deze persoon gebruik maakt van het mpt. Een vaste vergoeding per inwoner stimuleert de aanbieder om in te zetten op preventie en zelfredzaamheid. Hoe meer de inwoners van een regio onderling opvangen en hoe zelfredzamer de cliënten in zorg zijn, hoe minder ze een beroep zullen doen op de aanbieder.

Invoering van dit bekostigingsmodel vergt de ontwikkeling van een methode om de vergoeding per inwoner te bepalen, enigszins te vergelijken met het risicovereveningsmodel voor zorgverzekeraars. Kenmerken van inwoners, zoals leeftijd en geslacht, kunnen meewegen in het vaststellen van de hoogte van het bedrag dat een aanbieder per inwoner ontvangt. In dit model valt onder indicatie alleen het vaststellen of iemand toegang krijgt tot de Wlz, maar vervalt het zorgprofiel. Een onafhankelijke partij bepaalt of een cliënt deze toegang krijgt. De aanbieder verdeelt zijn budget, gebaseerd op de bedragen per inwoner, vervolgens naar eigen inzicht over de cliënten die het mpt kiezen. Cliënt en aanbieder geven in overleg invulling aan het mpt. Als de cliënt van meerdere zorgaanbieders zorg wil ontvangen, dan dient de aanbieder die de

vergoeding per inwoner ontvangt als hoofdaannemer op te treden. De aanbieder declareert bij de uitvoerder het afgesproken vaste bedrag per inwoner. De eigen bijdrage geldt alleen voor inwoners die daadwerkelijk het mpt hebben gebruikt, op dezelfde wijze als in het huidige model.

Figuur 11 – Schematische samenvatting van model F: populatiebekostiging.

Model G: Abonnementsbekostiging

Bekostiging op basis van een abonnement (zie figuur 12) is gebaseerd op het idee dat mensen zich inschrijven bij een aanbieder, ongeacht of zij (op moment van inschrijving) Wlz-zorg nodig hebben. De aanbieder ontvangt per abonnee een bedrag, gebaseerd op kenmerken zoals leeftijd en geslacht. Invoering van dit bekostigingsmodel vergt de ontwikkeling van een methode om de vergoeding per abonnee te bepalen. In dit model valt onder indicatie alleen het vaststellen of iemand toegang krijgt tot de Wlz, maar vervalt het zorgprofiel. Een onafhankelijke partij bepaalt of een cliënt deze toegang krijgt. Zodra een abonnee met een Wlz-indicatie kiest voor het mpt als leveringsvorm, spreken aanbieder en abonnee af hoe zij het mpt invullen. De aanbieder declareert het afgesproken vaste bedrag per abonnee en verdeelt zijn totale budget over de abonnees die zorg nodig hebben. De eigen bijdrage geldt alleen voor abonnees die daadwerkelijk mpt hebben gebruikt, op dezelfde wijze als in het huidige model.

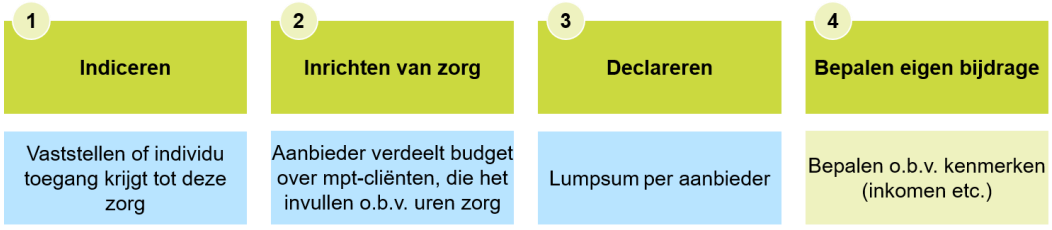
Abonnementsbekostiging lijkt op populatiebekostiging. Het voornaamste verschil is dat bij bekostiging op basis van abonnement mensen kunnen kiezen tussen aanbieders, doordat ze kiezen bij welke aanbieder ze zich inschrijven. Dit model werkt alleen als het gros van de inwoners zich inschrijft bij een aanbieder. Het is niet mogelijk om binnen het mpt te kiezen voor meerdere aanbieders, tenzij de aanbieder bij wie de abonnee is ingeschreven als hoofdaannemer optreedt. Abonnementsbekostiging is in Nederland in gebruik in de huisartsenzorg: in segment 1 ontvangt de huisarts een vast bedrag per kwartaal per ingeschreven patiënt[16].

[16] NZa beleidsregel BR/CU-7119 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Figuur 12 – Schematische samenvatting van model G: bekostiging op basis van abonnement.

Model H: Lumpsumbekostiging

Lumpsumbekostiging (zie figuur 13) gaat uit van een vast bedrag voor mpt. De uitvoerder verdeelt dit bedrag over de aanbieders die mpt mogen leveren. Dit model is vergelijkbaar met de academische component in de ziekenhuisbekostiging. Het element 'indiceren' beslaat het vaststellen of een individu toegang krijgt tot de Wlz. Het zorgprofiel vervalt. Een onafhankelijke partij bepaalt of een cliënt deze toegang krijgt. De aanbieder verdeelt het beschikbare budget over de cliënten de kiezen voor het mpt. Cliënt en aanbieder bepalen in overleg de invulling van de zorg. De aanbieder declareert het lumpsumbedrag[17]. De vaststelling van de eigen bijdrage verandert niet ten opzichte van het huidige model.



Figuur 13 – Schematische samenvatting van model H: lumpsumbekostiging

Hybride bekostigingsmodellen

Naast de acht modellen die we in dit hoofdstuk beschreven, zijn er allerlei tussenvormen mogelijk. Zulke hybride modellen combineren kenmerken van verschillende bekostigingsmodellen, om zo voordelen van verschillende modellen samen te brengen in één model. We schetsen in box 3 t/m 6 kort de meest voor de hand liggende hybride modellen.

[17] Als uitvoerder en aanbieder gebruik blijven maken van de bestaande prestaties, is de optelsom van de declaraties gelijk aan de vooraf vastgestelde lumpsum.

Box 3 – Combinatie van uitkomst- met inspannings- of activiteitenbekostiging

Door uitkomstbekostiging (model E) te combineren met inspannings- of activiteitenbekostiging (model A of B) ontstaat een lichte variant van uitkomstbekostiging. Bij deze combinatie geldt uitkomstbekostiging voor een afgebakend deel van de zorg, bijvoorbeeld bepaalde zorgactiviteiten waarvoor de kwaliteit goed meetbaar is. Voor deze zorg geldt een flexibele vergoeding, afhankelijk van de kwaliteit. Voor de resterende zorg ontvangen aanbieders een vooraf vastgestelde vergoeding voor hun inspanning (aantal uren zorg) of de geleverde zorgactiviteiten.

Dit hybride bekostigingsmodel kan een werkbaar tussenmodel zijn dat recht doet aan de kosten die aanbieders maken (vandaar beloning voor inspanning of activiteiten) en tegelijkertijd kwaliteit beloont. Ook kan het een tussenstap zijn naar mogelijke volledige uitkomstbekostiging in de toekomst. Het deel van de zorg waarvoor de vergoeding afhankelijk is van de kwaliteit, kan dan steeds verder worden uitgebreid.

Box 4 – Combinatie van uitkomst- met arrangements- of modulebekostiging

De combinatie van uitkomstbekostiging (model E) met arrangements- of modulebekostiging (model C of D) kan aanbieders stimuleren tot kwaliteitsverbetering. Bij een dergelijke combinatie is de hoogte van het bedrag van het arrangement of de module niet alleen afhankelijk van de indicatiewaarde en het gekozen arrangement of het aantal modules, maar ook van de kwaliteit van de zorg die de aanbieder aantoont. Aanbieders krijgen dan een beloning voor het leveren van kwalitatief goede zorg.

De beheersbaarheid van de kosten per cliënt komt hiermee echter in het geding, omdat door de beloning van goede zorg de kosten voor het mpt voor individuele cliënten hoger kunnen uitvallen dan de indicatiewaarde. In die gevallen overschrijden de kosten van het mpt voor een individuele cliënt de pgb-grens; dat is binnen de Wlz niet toegestaan (zie ook blz. 28).

Box 5 – Combinaties met abonnementsbekostiging

Door de combinatie van abonnements- (model G) met activiteitenbekostiging (model B) ontstaat een lichte variant van abonnementsbekostiging. De hoogte van de vergoeding die aanbieders ontvangen is met deze combinatie niet volledig afhankelijk van het aantal ingeschreven personen, maar slechts gedeeltelijk. In aanvulling op het 'vaste inkomen' uit de abonnementstarieven ontvangt de aanbieder een vergoeding voor de geleverde zorg op basis van activiteiten. Als er bijvoorbeeld complexe activiteiten zijn die niet alle aanbieders leveren, kan het wenselijk zijn om aanbieders die deze activiteiten leveren hier een aparte vergoeding voor te bieden. Deze combinatie is in de bekostiging van huisartsenzorg al gebruikelijk; de vergoeding die aanbieders ontvangen is deels op basis van inschrijftarief (bedrag per abonnee), deels op basis van verrichtingen en deels op basis van uitkomsten.

Het is ook mogelijk om abonnementsbekostiging te combineren met arrangementsbekostiging (model C). In dat geval zal de hoogte van het bedrag dat de aanbieder ontvangt per arrangement lager zijn dan bij volledige arrangementsbekostiging, omdat een deel van het beschikbare budget al is verdeeld op basis van inschrijvingen.

Het is onwaarschijnlijk om abonnementsbekostiging te combineren met modulebekostiging (model D). Abonnementsbekostiging gaat ervanuit dat cliënten een vaste aanbieder kiezen, van wie ze zorg willen ontvangen als zij dat nodig (gaan) hebben, en zich daar inschrijven. Modulebekostiging heeft juist als belangrijk kenmerken dat de cliënt niet hoeft te kiezen, maar eenvoudig zorg bij verschillende aanbieders kan afnemen, door bij elke aanbieder een aantal modules ('vouchers') in te zetten.

Box 6 – Combinaties met lumpsumbekostiging

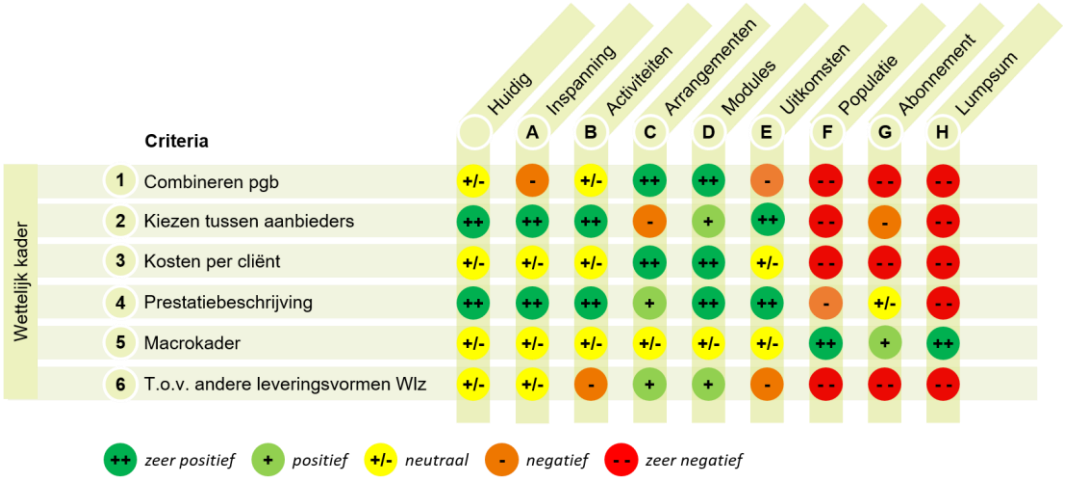
Het is bij alle varianten van persoonsvolgende bekostiging (model A t/m E) denkbaar om een deel van het beschikbare macrobudget via lumpsumbekostiging (model H) te verdelen over aanbieders. Vanuit deze vaste vergoeding kan de aanbieder bijvoorbeeld niet-persoonsgebonden infrastructuur, zoals niet-planbare zorg en oproepfuncties, financieren. Het bedrag dat beschikbaar is voor de persoonsvolgende bekostiging (o.b.v. de indicatie) is bij een dergelijk hybride model lager, omdat een deel van het macrobudget al benut is.

4. Vergelijking bekostigingsmodellen a.d.h.v. wettelijk kader

Om van de verschillende bekostigingsmodellen op gestructureerde wijze de voor- en nadelen in kaart te kunnen brengen, hebben we beoordelingscriteria geformuleerd. In dit hoofdstuk toetsen we, aan de hand van zes criteria die voortkomen uit de huidige wet- en regelgeving, in hoeverre de bekostigingsmodellen passen binnen het kader en de systematiek van de Wlz. We vergelijken de modellen op hoofdlijnen en uitgangspunten; eventuele administratieve oplossingen, zoals afspraken over contracteerruimte per aanbieder of een plafond op de kosten per cliënt, laten we buiten beschouwing.

Samenvatting toetsing bekostigingsmodellen aan het wettelijk kader

In onderstaande tabel (figuur 14) staat samengevat hoe we de verschillende bekostigingsmodellen beoordelen op het wettelijk kader. We gebruiken hierbij een vijfpuntschaal.



Figuur 14 – Overzicht toetsing bekostigingsmodellen aan wettelijk kader.

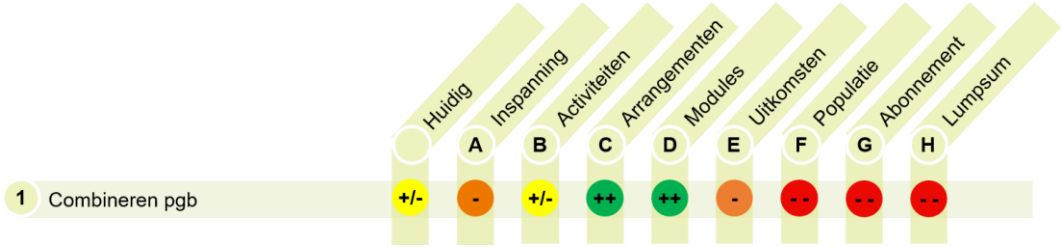
Criterium 1: Combineren met een pgb

'**Kan de cliënt het mpt in dit bekostigingsmodel combineren met een pgb?**' Dit criterium volgt uit onderstaand wetsartikel, dat vastlegt dat deze combinatie mogelijk moet zijn.

> *Wlz artikel 3.3.1 lid 1: De verzekerde die recht heeft op zorg, kan ervoor kiezen om zijn recht tot gelding te brengen met zorg in natura, bestaande uit zorg met verblijf in een instelling, een volledig pakket thuis of een modulair pakket thuis dan wel met een persoonsgebonden budget. De verzekerde kan tevens kiezen om zijn recht tot gelding te brengen met een modulair pakket thuis in combinatie met een persoonsgebonden budget.*

Om combinatie van het mpt met het pgb mogelijk te maken, moet vooraf duidelijk zijn welk gedeelte van de indicatiewaarde de cliënt inzet voor zorg in

natura. Hieruit volgt welk budget overblijft voor het pgb. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 15.



Figuur 15 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 1.

Bij bekostiging op basis van arrangementen of modules is het mpt goed te combineren met het pgb. Bij deze modellen spreken cliënt en aanbieder vooraf af welk arrangement of hoeveel modules de cliënt wil ontvangen voor zorg in natura. Hierdoor is duidelijk wat het beschikbare budget voor pgb is.

Bij activiteitenbekostiging is combinatie met het pgb lastiger. In dit model maken cliënt en aanbieder afspraken over de uit te voeren zorgactiviteiten. Hieruit volgt in principe een bedrag dat de cliënt besteedt aan zorg in natura. Als de aanbieder ervoor kiest de afgesproken zorg te declareren ('zorgplan is realisatie'), is hiermee ook het budget voor het pgb duidelijk. De aanbieder kan er echter ook voor kiezen niet de afgesproken, maar de geleverde zorg te declareren. In dat geval is pas achteraf duidelijk hoeveel van de indicatiewaarde daadwerkelijk is besteed aan zorg in natura en hoeveel er dus beschikbaar was voor het pgb. Dit geldt ook voor het huidige model.

Om dezelfde reden is combinatie met pgb niet goed mogelijk bij inspanningsbekostiging en uitkomstbekostiging; de aanbieder declareert pas achteraf de geleverde zorg. Bij uitkomstbekostiging geldt bovendien dat het bedrag per prestatie pas achteraf bekend is, nadat de kwaliteitsscores zijn vastgesteld. Voor inspannings-, activiteiten- en uitkomstbekostiging geldt net als voor de huidige bekostiging, dat er administratieve maatregelen zijn waardoor het bedrag voor het pgb wel vooraf vaststaat en de cliënt geen risico loopt dat er achteraf minder budget voor pgb beschikbaar blijkt te zijn.

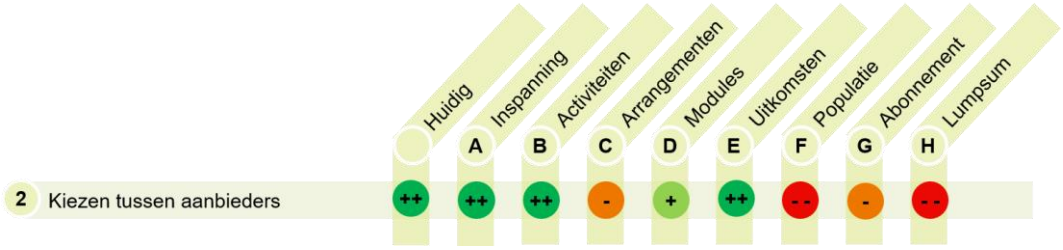
Bij bekostiging op basis van populatie, abonnement of lumpsum is combinatie met een pgb vrijwel onmogelijk. Bij deze modellen is er geen budget per cliënt, maar alleen een budget voor zorg in natura op het niveau van de aanbieder. Als gevolg hiervan is er op het niveau van de individuele cliënt niet vast te stellen hoeveel budget beschikbaar is voor het pgb. Eventueel zou de aanbieder in deze bekostigingsmodellen een bedrag per cliënt beschikbaar kunnen stellen waarmee de cliënt aanvullende zorg kan inkopen bij andere aanbieders. Dit is echter een wezenlijk andere invulling van het pgb dan in de huidige wetgeving is vastgelegd.

Criterium 2: Kiezen tussen verschillende aanbieders

'**Kan de cliënt in dit bekostigingsmodel kiezen tussen aanbieders, indien er meerdere geschikte gecontracteerde zorgaanbieders zijn?**' Dit criterium volgt uit onderstaand wetsartikel.

> *Wlz artikel 3.3.1 lid 2: De verzekerde die zijn recht op zorg tot gelding wil brengen met zorg in natura, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder met wie de Wlz-uitvoerder waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten. Indien er meerdere gecontracteerde zorginstellingen zijn die de verzekerde binnen redelijke termijn de zorg kunnen verlenen waaraan hij behoefte heeft, stelt de Wlz-uitvoerder hem in de gelegenheid uit deze instellingen te kiezen.*

Een bekostigingsmodel moet zo zijn ingericht, dat het de keuze tussen aanbieders niet belemmert[18]. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 16.



Figuur 16 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 2.

Bij inspannings-, activiteiten- of uitkomstbekostiging heeft de cliënt alle mogelijkheid om de zorg in natura onder te brengen bij de aanbieder van keuze, en ook om binnen het mpt zorg te ontvangen van meerdere aanbieders. In deze bekostigingsmodellen maakt de cliënt afspraken met de aanbieder(s) op het niveau van uren zorg of zorgactiviteiten. Elke aanbieder krijgt betaald voor de zorg die hij levert. Hierdoor is het mpt op vrijwel elke manier in te vullen, met iedere gecontracteerde aanbieder van keuze.

Bij bekostiging op basis van modules is het ook mogelijk te kiezen tussen aanbieders. De cliënt is wel gebonden aan de vooraf vastgestelde omvang van de modules; de cliënt moet bij elke aanbieder voor wie hij kiest een module of een veelvoud daarvan onderbrengen. Daardoor is de keuzevrijheid tussen aanbieders iets kleiner dan bij inspannings- of activiteitenbekostiging, waarbij de omvang van de zorg bij de verschillende aanbieders volledig vrij is.

Bij arrangementsbekostiging is er in principe één aanbieder die de zorg in natura levert. Aanbieders combineren kan alleen via een hoofdaannemer-onderaannemer-constructie. Wel kan de cliënt in dit geval kiezen tussen

[18] Keuzevrijheid in de zin van 'vrijheid voor de cliënt om te kiezen welke zorg hij wil ontvangen en op welke manier hij het mpt wil invullen' is onderdeel van criterium 7.

verschillende aanbieders om als hoofdaannemer van het arrangement op te treden.

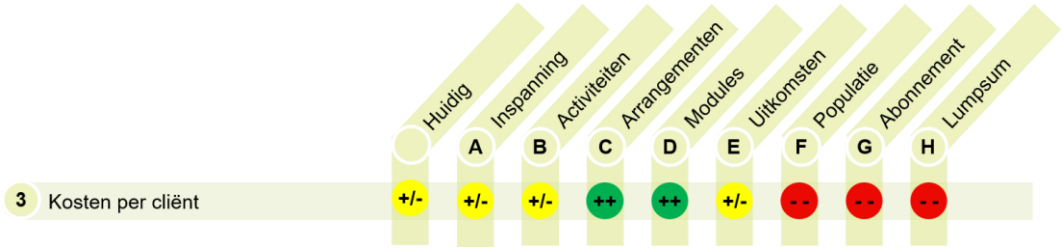
Populatie- en lumpsumbekostiging gaan uit van één aanbieder per regio, daardoor is in deze modellen vrijwel geen keuze tussen aanbieders mogelijk. Bij abonnementsbekostiging is er in principe één aanbieder die alle zorg per cliënt levert, maar de cliënt kan wel kiezen bij welke aanbieder hij zich inschrijft. Hierdoor scoort dit model beter dan populatie- en lumpsumbekostiging.

Criterium 3: Kosten per cliënt zijn niet hoger dan de kosten voor pgb

'**Zijn in dit bekostigingsmodel de kosten voor mpt niet hoger dan de kosten voor pgb zouden zijn, voor de individuele cliënt?**' Dit criterium volgt uit onderstaand wetsartikel.

> *Wlz artikel 3.3.2 lid 4: De Wlz-uitvoerder overlegt met de verzekerde of zijn vertegenwoordiger over de samenstelling van het modulair pakket thuis en verleent dat pakket tenzij:*
>
> *a. de verzekerde of zijn vertegenwoordiger een zodanige samenstelling van het modulair pakket thuis verlangt, dat de zorg waarop de verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen, volgens de Wlz-uitvoerder niet verantwoord of doelmatig zal kunnen worden verleend, of*
>
> *b. de totale kosten ervan of, indien de verzekerde naast het modulair pakket thuis ook een persoonsgebonden budget ontvangt of wenst te ontvangen, de totale kosten van dat pakket en het budget tezamen, meer zouden bedragen dan het bedrag dat de verzekerde als persoonsgebonden budget zou worden verleend indien hij geen modulair pakket thuis zou ontvangen.*

De wet legt dus vast dat de kosten voor het mpt op het niveau van het individu zijn gelimiteerd op het niveau van het pgb bij het betreffende zorgprofiel, oftewel de indicatiewaarde. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 17.



Figuur 17 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 3.

Arrangements- en modulebekostiging garanderen dat de kosten per cliënt niet hoger zijn dan de indicatiewaarde. Bij deze modellen spreekt de cliënt vooraf met de aanbieder af welk deel van de indicatiewaarde hij inzet voor zorg in natura, door keuze voor een arrangement of een aantal modules. Omdat

declaratie plaatsvindt op basis van de afgesproken arrangementen of modules, zijn de kosten per cliënt altijd begrensd.

Bij inspannings-, activiteiten-, of uitkomstbekostiging is niet volledig gegarandeerd dat de kosten per cliënt binnen de indicatiewaarde blijven. Bij deze modellen zijn de kosten afhankelijk van het aantal geleverde uren zorg of de geleverde dan wel afgesproken zorgactiviteiten. Bij uitkomstbekostiging hangen de kosten bovendien af van de kwaliteit. In deze modellen zijn de totale kosten pas achteraf volledig inzichtelijk en kunnen deze hoger zijn dan de vastgestelde indicatiewaarde. De uitvoerder kan dit risico afdekken door een plafond in te stellen op het bedrag van de indicatiewaarde en kosten hierboven niet te vergoeden. Een dergelijke maatregel legt het risico voor het leveren van te veel zorg bij de aanbieder.

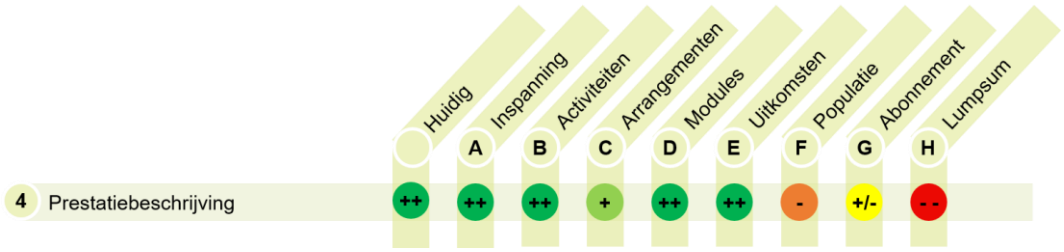
Bij bekostiging op basis van populatie, abonnement of lumpsum is er geen maximering van de kosten per individu. Bij deze modellen krijgt de aanbieder een budget voor een groep cliënten en kan de aanbieder dit budget naar eigen inschatting verdelen. De kosten per cliënt zijn hierdoor niet gekoppeld aan een indicatiewaarde.

Criterium 4: Betaling en controle op basis van een prestatiebeschrijving

'**Kan in dit bekostigingsmodel betaling en controle plaatsvinden op basis van een prestatiebeschrijving?**' Dit criterium volgt uit onderstaand wetsartikel.

> *Wlz artikel 9.1.2 lid 6: Voor het verrichten van de controle als bedoeld in het eerste lid, onder i [controle of fraudeonderzoek door Wlz-uitvoerders], zijn in ieder geval noodzakelijk:*
>
> *a. de beschrijving van de prestatie zoals die*
>
> *1°. op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor een zorgaanbieder is vastgesteld, of*
>
> *2°. tussen de verzekerde en de zorgaanbieder is overeengekomen indien voor die zorgaanbieder niet een prestatiebeschrijving op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg behoeft te worden vastgesteld, en*
>
> *b. diagnose-informatie indien deze onderdeel uitmaakt van de beschrijving van de prestatie of andere informatie die tot een diagnose kan leiden.*

De wet schrijft dus een prestatie als basis voor betaling voor, zodat controle op basis van deze prestatie kan plaatsvinden. De wet bepaalt niet hoe een prestatie is gedefinieerd. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 18.



Figuur 18 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 4.

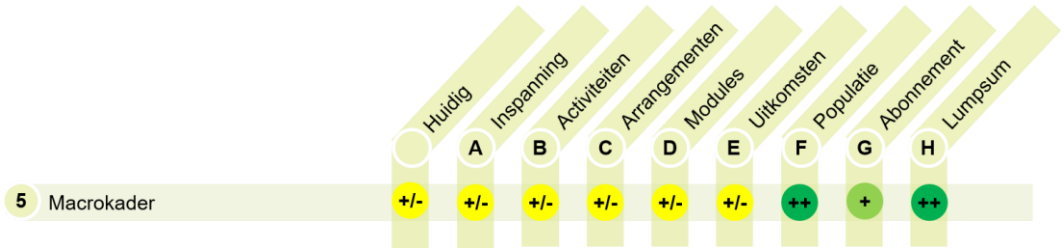
De eerste vijf bekostigingsmodellen staan betaling en controle op basis van een prestatiebeschrijving toe. Bij inspanningsbekostiging is de prestatie een uur zorg, al dan niet gespecificeerd naar type zorg. Bij activiteitenbekostiging is de prestatie een bepaalde zorgactiviteit. Bij modulebekostiging is elke module één prestatie. Bij arrangementsbekostiging is het gehele arrangement één prestatie. Bij zowel arrangements- als modulebekostiging hangt de hoogte van het bedrag per prestatie af van de indicatiewaarde horend bij het zorgprofiel. Arrangementen hebben de grootste prestatie en daarom scoort dit model lager dan bekostiging op basis van inspanning, activiteiten of modules.

Bij populatie- en abonnementsbekostiging krijgt de zorgaanbieder een budget ongeacht het aantal mpt-cliënten of de hoeveelheid geleverde zorg. Dit beperkt de mogelijkheden voor betaling en controle op basis van prestatiebeschrijving. De enige mogelijke prestatie is dan 'het leveren van mpt aan inwoner/abonnee als deze een Wlz-indicatie krijgt en voor mpt kiest'. Bij abonnementsbekostiging is de koppeling tussen individuen en een aanbieder sterker dan bij populatiebekostiging, als gevolg van de inschrijving op naam. Bij lumpsumbekostiging is er geen mogelijkheid tot betaling en controle op basis van een prestatiebeschrijving.

Criterium 5: Vooraf toetsing van gecontracteerde zorg aan macrokader mogelijk

'**In welke mate is het mogelijk om met dit bekostigingsmodel vooraf te toetsen of gecontracteerde zorg binnen het beschikbare macrokader past?**' Voor de Wlz is jaarlijks een macrokader beschikbaar. De hoogte van dit bedrag, oftewel de contracteerruimte, staat in een beleidsregel van de NZa[19]. Om volledig vooraf te kunnen toetsen of de gecontracteerde zorg binnen het beschikbare macrokader past, moeten zowel de kosten per cliënt als het aantal cliënten vooraf duidelijk zijn, óf moet het budget per aanbieder onafhankelijk zijn van deze twee variabelen. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 19.

[19] Zie NZa beleidsregel CA-BR-1502b 'Budgettair kader Wlz 2015'



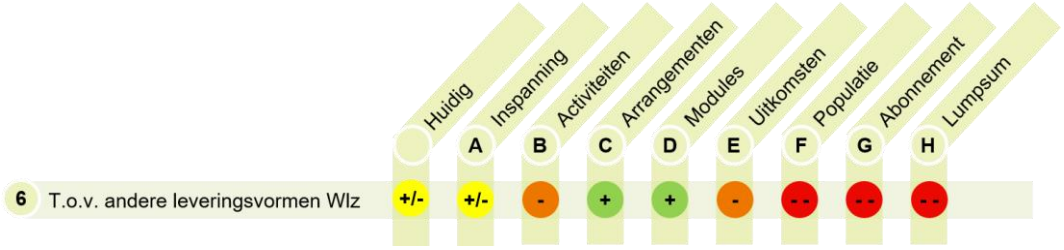
Figuur 19 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 5.

Bij populatie-, abonnements- en lumpsumbekostiging is goede macrokaderbeheersing mogelijk. Bij deze modellen hangt het budget per aanbieder namelijk niet af van het aantal cliënten of de geleverde zorg, maar krijgen de aanbieders een vooraf vastgesteld budget. Bij abonnementsbekostiging is het aantal abonnees variabel, waardoor de macrokaderbeheersing iets minder sterk is dan bij de andere twee modellen.

Bij de overige modellen is de totale hoeveelheid zorg afhankelijk van het aantal cliënten en de hoeveelheid afgesproken of geleverde zorg. In principe zijn hierdoor de totale kosten pas achteraf duidelijk. Door maatregelen toe te passen die ook in het huidige model gelden (contracteerruimte, nacalculatie, etc.), kan de uitvoerder er toch voor zorgen dat de totale kosten grotendeels binnen het macrokader passen. Uitvoerders kunnen op basis van extrapolatie van de hoeveelheid gedeclareerde zorg in de eerste maanden van het jaar voorspellen of zij binnen het macrokader blijven. Bij deze modellen kan de NZa de huidige systematiek toepassen, waarbij de NZa een eventuele overproductie kort met een verevenbedrag.

Criterium 6: Verhouding ten opzichte van andere leveringsvormen in de Wlz

‘**Hoe reëel is het om dit bekostigingsmodel voor mpt in te voeren aangenomen dat de bekostiging van de overige leveringsvormen binnen de Wlz niet wijzigt?**’ De in dit onderzoek beschreven modellen hebben alleen betrekking op het mpt. Criterium 6 toetst de samenhang van het mpt in het betreffende model met de andere leveringsvormen in de Wlz. Ook behelst dit criterium de vraag of het voorgestelde bekostigingsmodel geen onjuiste prikkels geeft voor aanbieders, om cliënten onder te brengen in andere leveringsvormen in de Wlz. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 20.



Figuur 20 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 6.

Het is reëel om arrangements- en modulebekostiging in te voeren, als de bekostiging van andere leveringsvormen niet wijzigt. De eenheden ‘arrangement’ en ‘module’ bestaan op dit moment nog niet, maar vertonen principiële overeenkomsten met de bekostiging van intramurale Wlz-zorg en het vpt, waarbij de aanbieder één bedrag per cliënt ontvangt, waarvan de hoogte afhankelijk is van het zorgprofiel.

Inspanningsbekostiging vertoont overeenkomsten met de huidige bekostiging van het mpt. Deze overeenkomst heeft vooral betrekking op de declaratie op basis van uren. Bekostiging op basis van uren is echter niet in gebruik bij de andere leveringsvormen voor zorg in natura in de Wlz. Daarom beoordelen wij dit model op dit criterium minder goed dan arrangements- en modulebekostiging.

Het is weinig reëel om activiteiten- en uitkomstbekostiging in te voeren voor het mpt alleen. Deze modellen bestaan nu immers niet in de Wlz. Doordat de aanbieder bij het mpt activiteiten en/of uitkomstindicatoren moet registreren, terwijl dat bij andere leveringsvormen niet hoeft, bestaat het risico dat zij het mpt relatief onaantrekkelijk vinden en cliënten stimuleren voor andere leveringsvormen te kiezen.

Voor populatie-, abonnements- en lumpsumbekostiging geldt dat het niet reëel is deze in te voeren zonder wijziging van de andere leveringsvormen. Als één van deze modellen geldt voor het mpt, terwijl de andere leveringsvormen op de huidige manier gefinancierd blijven, leidt dit tot een prikkel om cliënten te weren uit het mpt. Voor het mpt is in deze modellen immers een vast budget per aanbieder, ongeacht het daadwerkelijk aantal cliënten. Bij de andere leveringsvormen ontvangt de aanbieder een budget afhankelijk van het aantal cliënten. Als een aanbieder er op stuurt om minder cliënten in het mpt onder te brengen en meer cliënten in andere leveringsvormen, krijgt hij in totaal een groter budget.

Conclusie: populatie-, abonnements- en lumpsumbekostiging voor het mpt passen niet binnen het wettelijk kader en de systematiek van de Wlz

Uit toetsing van de acht verschillende bekostigingsmodellen aan het wettelijk kader en de systematiek van de Wlz blijkt dat bekostiging op basis van populatie, abonnement of lumpsum hier niet binnen past. Deze drie modellen scoren op ten minste vier van de zes beoordelingscriteria (zeer) negatief. Om deze reden werken we deze modellen niet verder uit in dit onderzoek.

5. Vergelijking bekostigingsmodellen a.d.h.v. theoretisch kader

In dit hoofdstuk toetsen we de vijf overgebleven bekostigingsmodellen aan de hand van het theoretisch kader. Dit omvat criteria die wenselijke en onwenselijke prikkels in bekostigingsmodellen beschrijven. Daarnaast hebben enkele criteria betrekking op de uitvoerbaarheid van de bekostigingsmodellen. In de keuze voor beoordelingscriteria hebben we de inbreng van de betrokken partijen zo goed mogelijk verwerkt, met een toets op overlap en beperking in aantal.

Samenvatting toetsing bekostigingsmodellen aan het theoretisch kader

In de onderstaande tabel (figuur 21) staat samengevat hoe we de bekostigingsmodellen beoordelen op het theoretisch kader. We gebruiken hierbij een vijfpuntschaal.

Theoretisch kader		Criteria	Huidig	A Inspanning	B Activiteiten	C Arrangementen	D Modules	E Uitkomsten
	Gewenste prikkels	7 Keuzevrijheid	++	++	+	+	+	++
		8 Vraaggericht	+	+	-	+	+	++
		9 Resultaatgericht	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	++
		10 Indicatiewaarde niet volledig benutten	-	-	-	-	-	-
		11 Toetreding nieuwe aanbieders	+/-	+/-	+/-	-	+	-
		12 Samenwerking aanbieders	+/-	+/-	+/-	+	+/-	+
	Ongewenste prikkels	13 Productieprikkel	- -	- -	-	++	++	- -
		14 Niet-geleverde zorg	+	++	+	-	+/-	++
		15 Misbruik en fraude	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
	Uitvoerbaarheid	16 Invoerings- en onderhoudslasten	-	-	- -	+	+	- -
		17 Administratieve lasten aanbieder	-	-	- -	+/-	+	- -
		18 Belasting voor de cliënt	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	-

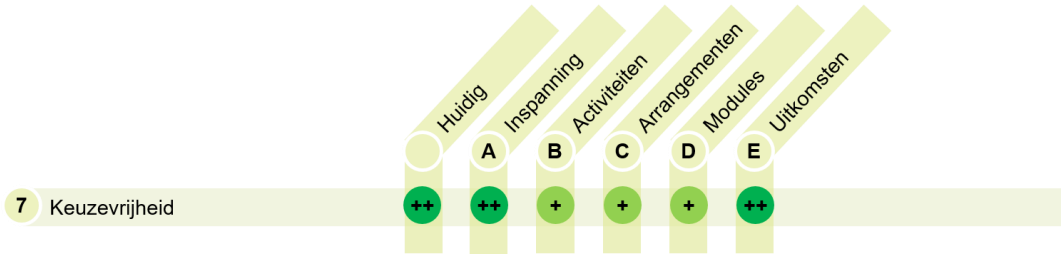
++ zeer positief + positief +/- neutraal - negatief - - zeer negatief

Figuur 21 – Overzicht toetsing bekostigingsmodellen aan theoretisch kader.

Criterium 7: Keuzevrijheid bij inrichting van de zorg

‘**In welke mate stimuleert dit bekostigingsmodel keuzevrijheid voor de cliënt?**’
Dit criterium omvat de vraag in hoeverre dit model het mogelijk maakt voor de cliënt om te kiezen welke zorg hij wil ontvangen en op welke manier hij het mpt

wil invullen[20]. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 22.



Figuur 22 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 7.

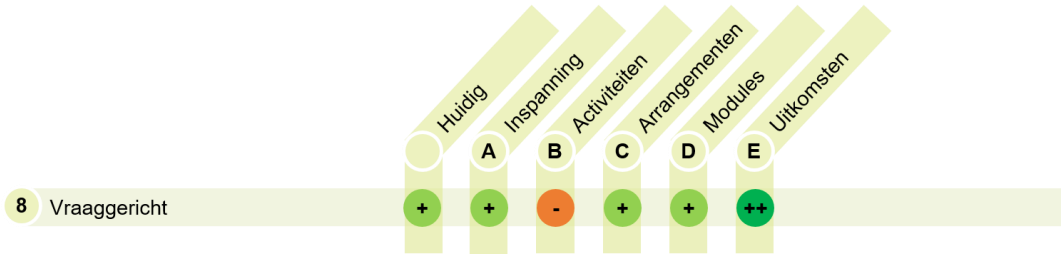
Alle bekostigingsmodellen bieden de cliënt keuzevrijheid. In alle modellen gaan de cliënt en de aanbieder in gesprek over de behoeften van de cliënt en de manier waarop de zorg hierbij kan aansluiten. De keuzevrijheid is het grootst bij inspanningsbekostiging en uitkomstbekostiging, vergelijkbaar met het huidige bekostigingsmodel. In deze modellen is de invulling van zorg nauwelijks begrensd en vergoedt de uitvoerder alle geleverde zorg, op basis van het aantal uren.

Bij bekostiging op basis van activiteiten, arrangementen of modules is de cliënt enigszins gebonden. Bij activiteitenbekostiging moet de cliënt het mpt vullen met vooraf geformuleerde zorgactiviteiten. Bij arrangements- of modulebekostiging is de cliënt gebonden aan de vooraf vastgestelde omvang van een arrangement of een module; de omvang van de zorg in natura bij een specifieke aanbieder is hierdoor niet volledig vrij. Bij de invulling van de zorg heeft de cliënt in deze bekostigingsmodellen wel grote keuzevrijheid.

Criterium 8: Vraaggericht werken

'**In welke mate stimuleert dit bekostigingsmodel de aanbieder om datgene te leveren waar de cliënt behoefte aan heeft?**' Dit criterium omvat de vraag in hoeverre een bekostigingsmodel de aanbieder stimuleert vraaggericht te werken. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 23.

[20] Keuzevrijheid in de zin van 'de mogelijkheid om te kiezen tussen verschillende aanbieders' is al uitgewerkt binnen het wettelijk kader (criterium 2) in het voorgaande hoofdstuk.



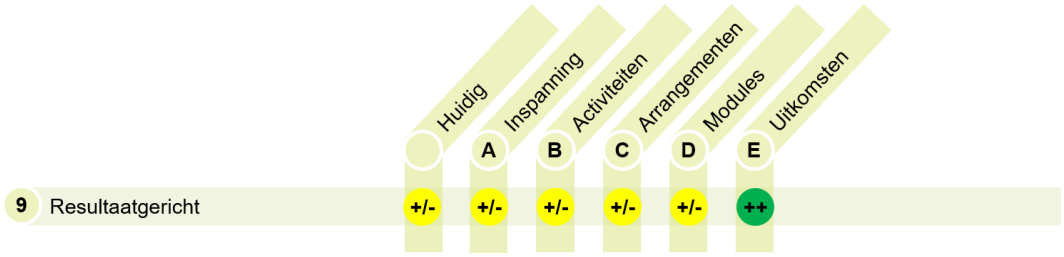
Figuur 23 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 8.

Alle bekostigingsmodellen stimuleren de aanbieder in zekere mate vraaggericht te werken. Uitkomstbekostiging doet dit het sterkst. Als de beoordeling van de cliënt, bijvoorbeeld door PROM's, onderdeel vormt van de uitkomstindicatoren, stimuleert dit model de aanbieder om de cliënt zoveel mogelijk tegemoet te komen in zijn wensen en behoeften. Positieve beoordelingen door de cliënt zorgen immers voor een hogere vergoeding voor de geleverde uren zorg.

Activiteitenbekostiging is minder vraaggericht. In dit model zijn cliënt en aanbieder namelijk gebonden aan de geformuleerde activiteiten, die waarschijnlijk een 'rekentijd' krijgen waarmee de aanbieder kan vaststellen of de gewenste activiteiten binnen de indicatiewaarde vallen. Het is denkbaar dat de aanbieder niet in alle behoeften van de cliënt kan voorzien, als hij de 'rekentijd' beschouwt als 'normtijd'. Dit kan ongunstig uitpakken voor de cliënt die bijvoorbeeld 30 minuten nodig heeft om gedoucht te worden, terwijl de 'rekentijd' van de zorgactiviteit douchen slechts 20 minuten bedraagt.

Criterium 9: Resultaatgericht werken

'**In welke mate stimuleert dit bekostigingsmodel de aanbieder om resultaatgericht te werken?**' Onder resultaat verstaan we bij dit criterium de kwaliteit van de zorg[21]. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 24.



Figuur 24 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 9.

Uitkomstbekostiging stimuleert extra dat de aanbieder aandacht besteedt aan de kwaliteit van zorg. Zijn vergoeding hangt immers samen met de uitkomsten

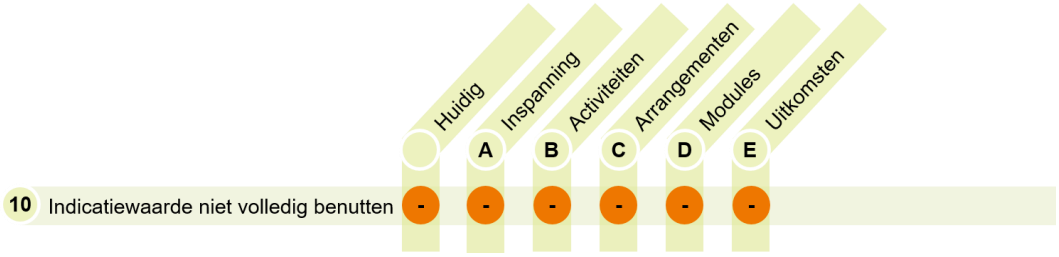
[21] De doelmatigheid van de zorg komt terug in criterium 13, productieprikkel.

van de geleverde zorg, waardoor investeren in kwaliteitsverbetering en innovatie loont.

De overige modellen, ook het huidige model, stimuleren aanbieders niet in het bijzonder om goede kwaliteit te leveren en zijn daarom als neutraal beoordeeld.

Criterium 10: Indicatiewaarde niet volledig benutten

'**In welke mate stimuleert dit bekostigingsmodel de cliënt om het maximale bedrag beschikbaar voor mpt (de indicatiewaarde) niet volledig te benutten?**' Het mpt geeft de mogelijkheid af te zien van een deel van de zorg. Criterium 10 omvat de vraag of er een prikkel is voor de cliënt om af te zien van zorg waaraan hij geen behoefte heeft. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 25.

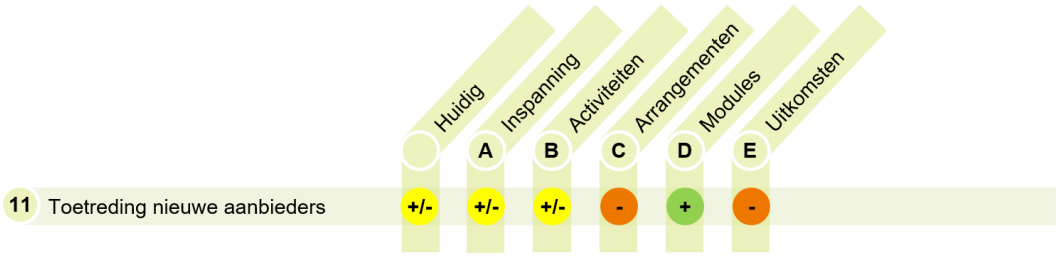


Figuur 25 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 10.

Geen van de bekostigingsmodellen bevat een financiële prikkel om cliënten te stimuleren het mpt niet volledig te doen benutten. Een dergelijke prikkel zou kunnen voortkomen uit eigen bijdrage, door deze afhankelijk te maken van de hoeveelheid zorg. Er is echter in geen van de modellen een afhankelijkheid tussen de benutting van het mpt en de hoogte van de eigen bijdrage. Omdat alle modellen in zekere mate uitgaan van de behoeften van de cliënt (zie criterium 8) geven de modellen wel een lichte stimulans niet de volledige indicatiewaarde te benutten. Om deze reden scoren de modellen niet zeer negatief op dit criterium.

Criterium 11: Toetreding van nieuwe aanbieders

'**In welke mate stimuleert dit bekostigingsmodel toetreding van nieuwe aanbieders?**' Dit criterium omvat de vraag hoe laagdrempelig het voor nieuwe aanbieders is om mpt aan te (gaan) bieden. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 26.



Figuur 26 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 11.

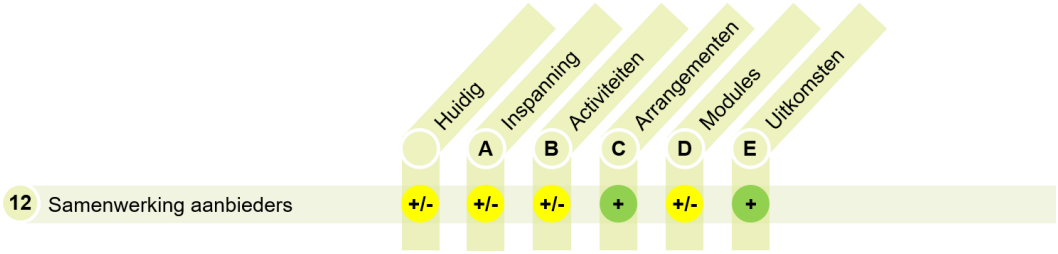
Van de verschillende bekostigingsmodellen stimuleert modulebekostiging toetreding van nieuwe aanbieders het meest. In een model van bekostiging op basis van modules kunnen aanbieders ook een klein gedeelte van de zorg (bijvoorbeeld één module van 10% van de indicatiewaarde) verzorgen. Hierdoor is mpt ook toegankelijk voor specialistische aanbieders. Bij inspannings- of activiteitenbekostiging is dit ook mogelijk, evenals bij de huidige bekostiging. De vaste waarde van een module biedt nieuwe aanbieders echter relatieve financiële zekerheid ten opzichte van deze modellen.

Arrangementsbekostiging stimuleert de toetreding van nieuwe aanbieders minder, omdat in principe één aanbieder het arrangement levert. Nieuw toetredende aanbieders moeten het volledige arrangement kunnen leveren of optreden als onderaannemer. Ze zijn in dat laatste geval wel aangewezen op de bereidheid van de hoofdaannemer om de nieuwe aanbieder toe te laten.

Uitkomstbekostiging stimuleert toetreding van nieuwe aanbieders minder en kan zelfs een belemmering vormen. Als de hoogte van de vergoeding voor de geleverde zorg gebaseerd is op kwaliteitsscores uit het verleden (het voorafgaande jaar), is dat nadelig voor nieuwe aanbieders die nog geen historie hebben. Dit nadeel kan de uitvoerder wegnemen door in het eerste jaar na toetreding een andere vorm van financiering in te zetten of het gemiddelde tarief te betalen dat hoort bij neutrale kwaliteitscores. Als de hoogte van de vergoeding gebaseerd is op structuurindicatoren, zoals het beschikken over specifieke infrastructuur of zorgprotocollen, is er geen sprake van een belemmering van nieuwe aanbieders.

Criterium 12: Samenwerking tussen aanbieders

‘**In welke mate stimuleert dit bekostigingsmodel samenwerking tussen aanbieders (in de regio)?**’ Dit criterium omvat afstemming over de invulling van zorg tussen verschillende aanbieders die gezamenlijk aan één cliënt mpt-zorg leveren. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 27.



Figuur 27 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 12.

Arrangementsbekostiging stimuleert samenwerking tussen verschillende aanbieders. Bij dit bekostigingsmodel is er namelijk één aanbieder verantwoordelijk voor het mpt van een cliënt. Voor de invulling van dit mpt kan hij samenwerken met andere aanbieders. Hierbij staat vast welke aanbieder

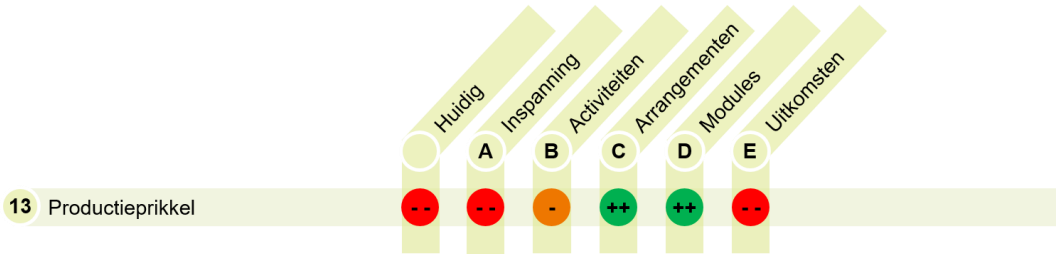
hoofdaannemer en daarmee hoofdverantwoordelijke is. Het is dan ook aan deze aanbieder om met de andere aanbieders te maken over invulling van het mpt en daaruit voortkomende (gedeelde) verantwoordelijkheid.

Uitkomstbekostiging kan aanbieders die zorg leveren aan dezelfde cliënt stimuleren tot samenwerking. Om goede uitkomsten te realiseren, moeten aanbieders samenwerken om de cliënt op alle fronten goede zorg te bieden. Zo kunnen aanbieders goede scores op uitkomstindicatoren voor zichzelf bewerkstelligen.

De andere bekostigingsmodellen geven aanbieders geen directe prikkel om samen te werken en de invulling van het mpt voor één cliënt als een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid te zien. Bij deze modellen zijn er weliswaar verschillende aanbieders die zorg (kunnen) leveren, maar zij leveren ieder een eigen gedeelte van de zorg en krijgen hun eigen vergoeding.

Criterium 13: Productieprikkel

'**In welke mate voorkomt dit bekostigingsmodel dat de aanbieder zoveel mogelijk zorg te levert?**' Dit criterium omvat de vraag of het bekostigingsmodel geen ongewenste productieprikkel geeft en of het model doelmatigheid stimuleert. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 28.



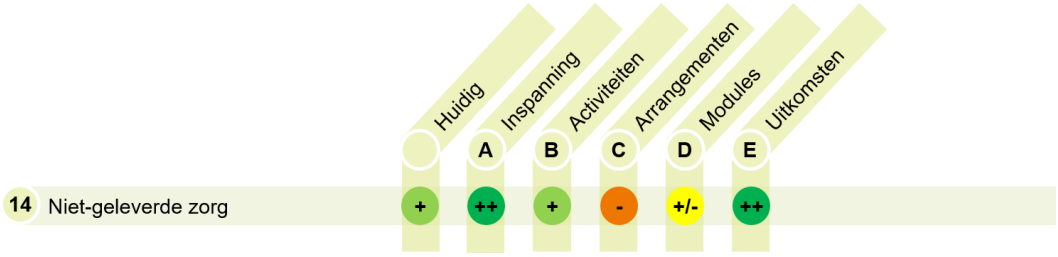
Figuur 28 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 13.

Inspannings- en uitkomstbekostiging geven een productieprikkel, evenals het huidige bekostigingsmodel. In deze modellen bepaalt het aantal uren geleverde zorg de hoogte van de vergoeding voor de aanbieder. Als de aanbieder door het vergroten van de doelmatigheid de aan zorg bestede tijd kan terugbrengen, ondervindt hij daarvan zelf nadeel doordat zijn vergoeding slinkt. De aanbieder is er dus bij gebaat om zoveel mogelijk zorg te leveren, ook als dat niet de behoefte van de cliënt is. Als bij uitkomstbekostiging declaratie niet op basis van uren plaatsvindt, kan de productieprikkel afnemen. Ook bij activiteitenbekostiging heeft de aanbieder een prikkel om zoveel mogelijk activiteiten te leveren. Deze productieprikkel is minder sterk dan bij inspanningsbekostiging, omdat de aanbieder niet de tijd maar de handeling vergoed krijgt. De aanbieder heeft er dus geen belang bij om onnodig veel tijd te besteden aan één zorgactiviteit.

Arrangements- en modulebekostiging hebben juist geen productieprikkel. In deze modellen krijgen aanbieders betaald voor een arrangement of module, ongeacht het daadwerkelijke aantal uren dat de aanbieder besteed heeft aan de zorg. Een dergelijk model stimuleert aanbieders te innoveren en te investeren in het verbeteren van de doelmatigheid, omdat het resultaat hiervan de aanbieder ten goede komt.

Criterium 14: Vergoeding van niet-geleverde zorg

'**In welke mate voorkomt dit bekostigingsmodel vergoeding van niet-geleverde zorg?**' Als declaratie plaatsvindt op basis van geleverde zorg, voorkomt dit vergoeding van niet-geleverde zorg. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 29.



Figuur 29 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 14.

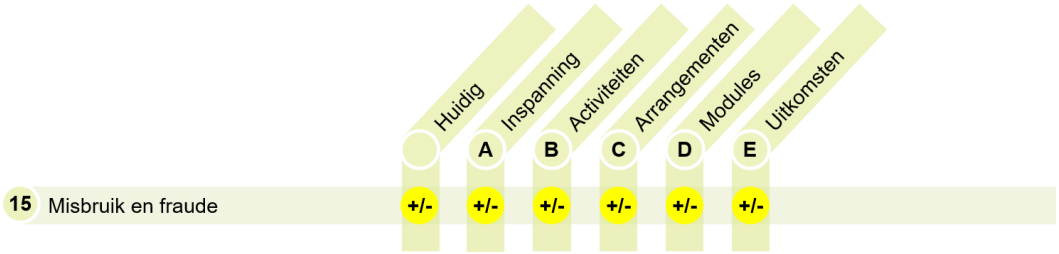
Inspannings- en uitkomstbekostiging voorkomen in sterke mate de vergoeding van niet-geleverde zorg. In deze modellen registreert de aanbieder namelijk het aantal uren geleverde zorg en declareert hij deze. Ook bij activiteitenbekostiging kan declaratie plaatsvinden op basis van geleverde zorgactiviteiten en is vergoeding van niet-geleverde zorg vrijwel uitgesloten. In het voorgestelde model van activiteitenbekostiging is het ook mogelijk afgesproken zorg te declareren, net als in het huidige bekostigingsmodel. In dit geval is vergoeding van niet-geleverde zorg niet uitgesloten.

Arrangements- en modulebekostiging sluiten vergoeding van niet-geleverde zorg niet uit. Bij deze modellen is immers het afgesproken arrangement of module(s) leiden voor de vergoeding. Bij modules is het risico op vergoeding van niet-geleverde zorg kleiner dan bij arrangementen, omdat de eenheid kleiner is.

Criterium 15: Misbruik en fraude

'**In welke mate is dit bekostigingsmodel bestand tegen misbruik en fraude?**' Hieronder vallen frauduleuze praktijken als het opvoeren van zorg voor niet-bestaande of overleden cliënten. Voor andere vormen van misbruik en fraude dan het bewust declareren van niet-geleverde zorg, hangt de mate waarin een bekostigingsmodel bestand is tegen misbruik en fraude niet samen met de elementen die wij hier beschrijven. In alle leveringsvormen in de Wlz geldt dat cliënten en aanbieders veel vrijheid hebben om de invulling van de zorg samen te bepalen. Het kan dan gebeuren dat de aanbieder zorg levert die de uitvoerder

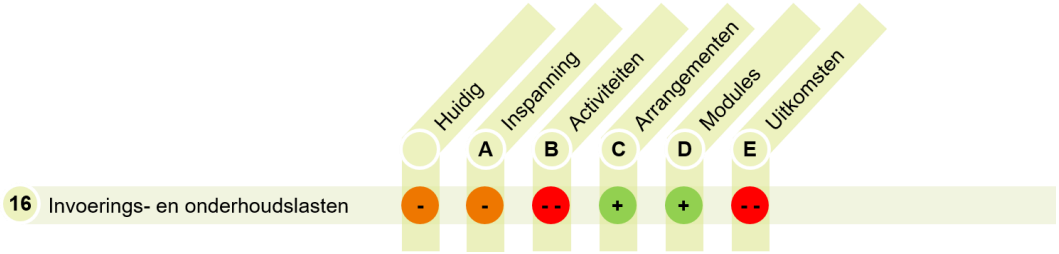
als ‘niet passend binnen de Wlz’ beschouwt. Het voorkomen van misbruik en fraude ligt dan eerder in handhaving. We beoordelen daarom alle modellen neutraal (zie figuur 30).



Figuur 30 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 15.

Criterium 16: Invoerings- en onderhoudslasten

‘**In welke mate zijn de invoerings- en onderhoudslasten van dit bekostigingsmodel beperkt?**’ Het gaat hierbij om investeringen en terugkerende kosten die voortkomen uit het betreffende bekostigingsmodel. Wij doen de aanname dat deze kosten sterk samen hangen met de mate van overeenkomst van het model met bekostigingsmethoden die al in gebruik zijn binnen de Wlz, Zvw of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In dit geval zijn de invoeringslasten immers lager. Ook het onderhoud aan het bekostigingssysteem (bijvoorbeeld ICT) is dan relatief doelmatig, door de brede toepassing voor het systeem. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 31.



Figuur 31 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 16.

Voor activiteiten- en uitkomstbekostiging zijn de invoeringslasten hoog. Beide bekostigingsmethoden zijn niet in gebruik voor andere vormen van langdurige zorg. Voor activiteitenbekostiging moeten uitvoerders en aanbieders zorgactiviteiten definiëren. Dit systeem van zorgactiviteiten en daaraan gekoppelde vergoedingen moeten ze blijven evalueren en actualiseren. Bovendien moeten ze het administratief systeem geschikt maken voor registratie van zorgactiviteiten. Dit geldt ook voor uitkomstbekostiging. Uitvoerders en aanbieders moeten dan uitkomstindicatoren ontwikkelen, evalueren en actualiseren. Vervolgens moeten zij de ICT-systemen zo inrichten dat ze deze kunnen registeren en verwerken. Bij zowel activiteiten- als uitkomstbekostiging moeten aanbieders die ook wijkverpleging leveren twee

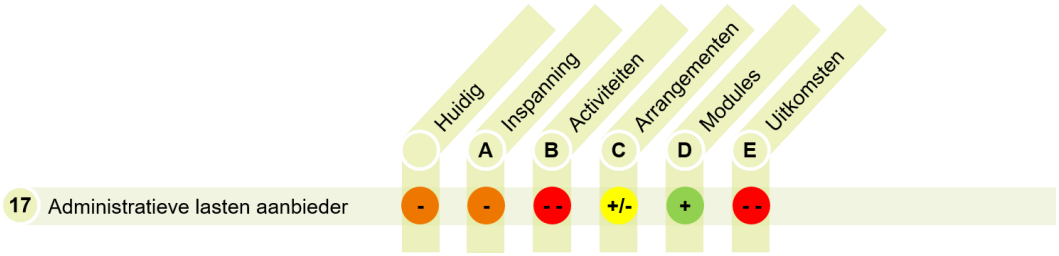
systemen naast elkaar in de lucht houden; één voor extramurale zorg aan Zvw-cliënten en één voor extramurale zorg aan mpt-cliënten.

Het inspanningsbekostigingsmodel brengt weinig invoeringslasten met zich mee, omdat registratie en declaratie van langdurige zorg nu al deels plaatsvindt op basis van uren. Het onderhoud van een dergelijk gedetailleerd registratiesysteem brengt wel aanzienlijke kosten met zich mee. In de huidige situatie maakt de wijkverpleging (Zvw) ook gebruik van urenregistratie. Wanneer die bekostiging verandert[22], moeten aanbieders die ook wijkverpleging leveren twee systemen naast elkaar in de lucht gaan houden. Dat geldt ook als het huidige bekostigingsmodel voor mpt blijft bestaan.

De bekostigingsmodellen op basis van arrangementen of modules zijn op dit moment nog niet in gebruik binnen de langdurige zorg. Deze modellen brengen dus invoeringslasten met zich mee. Deze lasten zijn naar onze verwachting relatief beperkt, doordat de systemen administratief vrij eenvoudig zijn en overeenkomsten vertonen met bekostiging van intramurale zorg en vpt.

Criterium 17: Administratieve lasten voor de aanbieder

'**In welke mate beperkt dit bekostigingsmodel administratieve lasten voor de aanbieder?**' Hieronder valt de inspanning die de aanbieder moet doen om de zorg te registreren en te declareren. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 32.



Figuur 32 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 17.

De administratieve lasten voor de aanbieder zijn hoog bij inspannings-, activiteiten- en uitkomstbekostiging, net als bij de huidige bekostiging. In deze modellen moet de aanbieder namelijk bijhouden hoeveel zorg is geleverd (met uitzondering van de situaties waarin de uitvoerder declareert op basis van afgesproken zorg). De registratiedruk is het hoogst bij activiteitenbekostiging, omdat de zorgaanbieder in detail moet gaan vastleggen welke activiteiten zijn verricht. In veel gevallen zal sprake zijn van meerdere geleverde activiteiten per bezoek aan de cliënt. Ook uitkomstbekostiging brengt extra administratieve

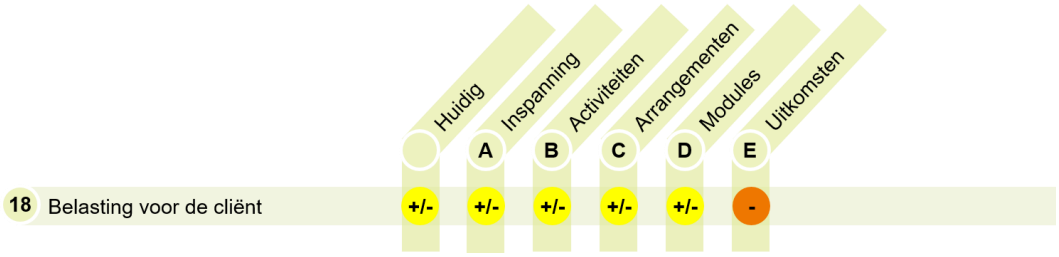
[22] Zie: Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging, Kamerstukken II 2014/15, 765400-136437-CZ.

lasten met zich mee, omdat de aanbieder de uitkomstindicatoren moet gaan registreren.

Bekostiging op basis van arrangementen of modules beperkt de administratieve last voor de aanbieder. Bij deze modellen declareert de aanbieder relatief grote prestaties, namelijk een arrangement of module. Registratie van uren of activiteiten is in dat geval niet nodig, vergelijkbaar met de declaratie van de indicatiewaarde van een zorgprofiel zoals dat bij zorg in een instelling plaatsvindt. Wel is het zo dat arrangementsbekostiging extra administratieve lasten kan brengen voor de aanbieder, als andere aanbieders als onderaannemer optreden. De hoofdaannemer moet dan een vergoedingenstroom naar de onderaannemer(s) in gang zetten. Bij modulebekostiging speelt dit niet, omdat elke aanbieder de eigen module(s) vergoed krijgt.

Criterium 18: Belasting voor de cliënt

'**In welke mate beperkt dit bekostigingsmodel de belasting voor de cliënt?**' Onder dit criterium valt de moeite die de cliënt moet doen om zorg vanuit het mpt te begrijpen en te organiseren in geval van het betreffende bekostigingsmodel, oftewel de administratieve last. De uitlegbaarheid van een bekostigingsmodel valt hier ook onder. Een samenvatting van de beoordelingen op dit criterium staat in figuur 31.



Figuur 33 – Toetsing van de bekostigingsmodellen aan beoordelingscriterium 18.

Wij zijn van mening dat alle modellen in principe uitlegbaar zijn aan cliënten en beoordelen ze daarom als neutraal. Dat laat onverlet dat goede informatiematerialen essentieel zijn om cliënten te informeren over de mogelijkheden van het mpt. In het huidige model en bij inspannings- en uitkomstbekostiging is het belangrijk om de cliënt te helpen begrijpen hoeveel uren waarschijnlijk nodig zijn om de zorg te geven waaraan hij behoefte heeft. De mate waarin activiteitenbekostiging aansluit bij de belevingswereld van de cliënt hangt sterk af van de definitie van de activiteiten in dit model.

We beoordelen de administratieve last voor de cliënt bij zowel inspannings-, activiteiten-, arrangements- en modulebekostiging als neutraal, vergelijkbaar met het huidige model. In al deze modellen gaan cliënt en aanbieder een gesprek aan over de invulling van de zorg. Hierbij zal de cliënt te maken krijgen met de administratieve eenheid van het betreffende model (uren, activiteiten,

arrangementen of modules). Vergeleken met het pgb zal de administratieve last voor de mpt-cliënt beperkt zijn, omdat het zorg in natura betreft en de daadwerkelijke administratie bij de aanbieder ligt. Uitkomstbekostiging kan enige administratieve last voor de cliënt veroorzaken. Bij dit model heeft de cliënt waarschijnlijk een rol in het beoordelen van de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld door het invullen van PROM's.

Conclusie: de bekostigingsmodellen voldoen in verschillende mate aan de criteria van het theoretisch kader

Uit de bovenstaande inventarisatie blijkt dat een ultiem bekostigingsmodel voor het mpt, dat positief scoort op alle criteria, niet lijkt te bestaan. In dit verkennende onderzoek concluderen we niet op basis van de geschetste beoordeling van de verschillende modellen welk model 'het beste' is. We kennen ook geen relatief gewicht toe aan de verschillende criteria. De afweging welke criteria het belangrijkst zijn, hangt af van het perspectief van de beoordelaar. Uiteindelijk moeten de betrokken partijen op zoek naar een balans tussen de verschillende criteria, waarbij de partijen accepteren dat ieder model nadelen heeft.

Wel blijkt uit de toetsing van de modellen aan het theoretisch kader dat er een duidelijke samenhang is tussen verschillende criteria. Zo gaan keuzevrijheid en vraaggericht werken grotendeels hand in hand. Ook hangen de invoerings- en onderhoudslasten en de administratieve lasten voor de aanbieder samen. Aan de andere kant zijn sommige criteria niet goed met elkaar te verenigen. Zo geldt dat modellen met grote keuzevrijheid voor de cliënt over het algemeen ook een grotere administratieve last voor de aanbieder opleveren. Ook geldt dat modellen met een beperkte productieprikkel een groter risico hebben op het vergoeden van niet-geleverde zorg.

Keuzes in de definitieve uitwerking van een bekostigingsmodel kunnen invloed hebben op de score op de verschillende criteria. Praktische of administratieve maatregelen, zoals maximering van budgetten per cliënt of aanbieder, kunnen negatieve effecten dempen. Combinatie van modellen tot hybride modellen kan de voordelen van de individuele modellen combineren.

6. Aanvullende mogelijkheden om mpt-bekostiging te verbeteren

We hebben tijdens dit onderzoek een aantal aanvullende, model-overstijgende mogelijkheden en knelpunten geïdentificeerd met betrekking tot het mpt. Daarnaast signaleren de verschillende betrokken partijen (mogelijke) knelpunten in de uitvoering. In dit afsluitende hoofdstuk beschrijven we deze onderwerpen, die van belang zijn voor succesvolle implementatie van het mpt.

Mogelijkheden en knelpunten gesignaleerd door Gupta Strategists

Gedurende ons onderzoek hebben we een knelpunt en een mogelijkheid tot verbetering van de bekostiging van het mpt geïdentificeerd.

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

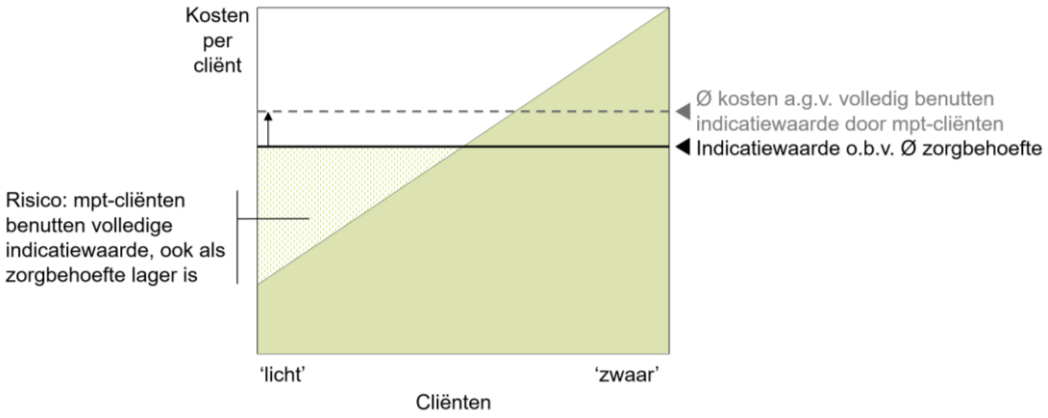
In de huidige wetgeving bestaat discrepantie tussen indicatiestelling in groepen enerzijds en financiële verantwoording per cliënt anderzijds. Het CIZ indiceert cliënten in zorgprofielen. Binnen de groep cliënten met hetzelfde zorgprofiel bestaat verschil in zorgbehoefte: er zijn relatief lichte en relatief zware cliënten. Dit is in onze optiek geen theoretisch verschil. Hiervoor baseren we ons op metingen op de werkvloer bij zorgaanbieders, waaruit blijkt dat er grote verschillen zijn in de hoeveelheid zorg die cliënten met hetzelfde zorgprofiel krijgen. Een vergelijkbaar grote spreiding bestaat in de thuiszorg[23]. Het bedrag dat beschikbaar is voor een cliënt met een bepaald zorgprofiel is gebaseerd op de gemiddelde zorgbehoefte in dat zorgprofiel. Dit bedrag volstaat in onze optiek dus slechts voor een deel van de cliënten. Bij intramurale Wlz-zorg of vpt ontvangt de aanbieder voor alle cliënten dit gemiddelde bedrag. Omdat in een instelling zowel lichte als zware cliënten verblijven en de aanbieder het gemiddelde bedrag van het zorgprofiel krijgt, ongeacht de daadwerkelijk geleverde zorg per cliënt, kan een aanbieder zelf de verschillen in zorgbehoefte tussen cliënten met elkaar verevenen.

Bij de huidige bekostiging van het mpt bestaat echter het risico dat alleen relatief lichte patiënten binnen een zorgprofiel gebruik zullen maken van deze leveringsvorm. Een aanbieder kan niet aan de zorgbehoefte van een zware cliënt voldoen voor het gemiddelde bedrag dat per cliënt beschikbaar is en heeft geen mogelijkheid om dit te compenseren uit het ‘te hoge’ bedrag voor lichte cliënten, omdat financiële verantwoording per individuele cliënt noodzakelijk is[24]. Het risico bestaat daardoor dat deze zwaardere cliënt eerder gebruik moet maken van intramurale Wlz-zorg, tenzij de aanbieder een beroep doet op meerzorgregelingen. Wij verwachten dat het mpt daardoor minder

[23] Zorggebruik per cliënt op basis van gegevens van CAK, analyse Gupta Strategists.
[24] Wlz artikel 3.3.2 lid 4.

toegankelijk zou kunnen zijn voor cliënten met een zorgbehoefte die hoger is dan het gemiddelde in het betreffende zorgprofiel.

De selectie op lichte patiënten die voortkomt uit de systematiek van het mpt zou kunnen leiden tot het opdrijven van de gemiddelde kosten voor de Wlz. De lichte cliënt, wiens zorgbehoefte kleiner is dan de indicatiewaarde gebaseerd op het gemiddelde van het zorgprofiel, zal vaak de volledige indicatiewaarde benutten. Als hij geen behoefte heeft aan het volledige budget aan zorg in natura, kan hij immers het restant als een pgb laten uitkeren. Hiermee kan hij zijn mantelzorgers tegemoet komen of aanvullende begeleiding inkopen. Dit maakt de lichte cliënt een gemiddelde cliënt, uitgedrukt in de omvang van de ontvangen zorg. Als gevolg hiervan stijgen de gemiddelde kosten van de Wlz-cliënt (zoals schematisch weergegeven in figuur 34). Wij denken dat dit niet alleen in theorie maar ook in de praktijk een opdrijvend effect kan hebben op de kosten van langdurige zorg. Uitvoerders kunnen dit risico beperken, door de kosten per aanbieder te maximeren op de totale indicatiewaarde van alle cliënten van de aanbieder.



Figuur 34 – Zorgkostenverdeling in één zorgprofiel, gesimplificeerd.

Een zorg-afhankelijke eigen bijdrage kan de cliënt stimuleren af te zien van zorg waaraan hij geen behoefte heeft

Een eigen bijdrage die afhangt van de hoeveelheid zorg die de cliënt ontvangt, kan de mpt-cliënt stimuleren om af te zien van zorg waaraan hij geen behoefte heeft. In de acht modellen die we in dit onderzoek beschrijven, is de eigen bijdrage[25] voor een cliënt is altijd even hoog, ook als hij minder zorg ontvangt dan de indicatiewaarde die hoort bij zijn zorgprofiel. Om de cliënt te stimuleren zuinig om te gaan met de collectieve middelen, is het mogelijk om de cliënt te belonen wanneer hij afziet van zorg waaraan hij geen behoefte heeft. Dit zou kunnen door de eigen bijdrage (gedeeltelijk) afhankelijk te maken van de hoeveelheid afgesproken of geleverde zorg, of van het deel van de indicatiewaarde dat iemand besluit in te zetten.

[25] Veranderingen in het element 'eigen bijdrage' hebben effect op beoordelingscriterium 10.

Mogelijkheden en knelpunten gesignaleerd door betrokken partijen

In onze gesprekken met verschillende betrokken partijen, zoals (vertegenwoordigers van) cliënten, aanbieders en uitvoerders, is een aantal knelpunten in de uitvoering van het mpt naar voren gekomen, evenals een aantal mogelijkheden tot verbetering.

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. Het mpt gaat uit van keuzevrijheid voor de cliënt. Het kiezen van een leveringsvorm en de invulling van de zorg zijn niet eenvoudig voor cliënten en hun mantelzorger(s). Zij kunnen de mogelijkheden en beperkingen van de verschillende leveringsvormen vaak niet overzien en zijn grotendeels afhankelijk van de informatie die een aanbieder verstrekt. De belangen van de cliënt komen niet altijd overeen met de belangen van de aanbieder en onafhankelijke cliëntondersteuning is daarom wenselijk. Dit bestaat al in verschillende vormen[26], maar is (nog) niet voor alle cliënten toegankelijk.

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 overheid kan ervoor kiezen om de bekendheid van het mpt te vergroten door deze leveringsvorm explicieter onder de aandacht te brengen van cliënten en aanbieders.

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. Voor Zvw-wijkverpleging bestaat geen onafhankelijke indicatiestelling zoals voor de Wlz, maar stelt de wijkverpleegkundige vast hoeveel zorg een cliënt nodig heeft. Wijkverpleging is nu niet gebonden aan maximering van de hoeveelheid zorg op het niveau van een individuele cliënt. Voor de Wlz is deze maximering er wel, volgend uit het zorgprofiel. Het kan hierdoor voorkomen dat een cliënt nadat hij een Wlz-indicatie heeft gekregen minder zorg ontvangt dan hij voorheen vanuit de Zvw kreeg.

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

[26] O.a. Zorgbelang en stichting MEE.

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. In de Zvw geldt immers alleen het wettelijke verplichte eigen risico[27]. Zodra de cliënt eenmaal een Wlz-indicatie heeft, is er geen weg meer terug en kan hij geen aanspraak meer maken op Zvw-wijkverpleging. Dit leidt ertoe dat sommige cliënten weigeren zich te laten indiceren door het CIZ.

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. Ten eerste biedt het mpt de mogelijkheid dat verschillende aanbieders elk een deel van de zorg leveren. Het is nu niet inzichtelijk hoe de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid liggen tussen de verschillende aanbieders. Ten tweede zijn er situaties waarin de aanbieder het niet verantwoord vindt om zorg thuis te leveren, terwijl de cliënt deze zorg wel thuis wil ontvangen. Op dit moment is onvoldoende helder hoe ver de keuzevrijheid van de cliënt reikt om de risico's te aanvaarden en de aanbieder en uitvoerder daarmee te vrijwaren van aansprakelijkheid in situaties dat de gesignaleerde risico's daadwerkelijk optreden. Verschillende partijen verwachten dat dit soort situaties de komende jaren vaker gaan voorkomen, naarmate meer ouderen langer thuis blijven wonen.

Het toetsingskader levert veel administratieve last

Aanbieders geven verder aan dat het huidige toetsingskader veel administratieve last veroorzaakt. De aanbieder moet in detail beschrijven of hij de zorg thuis verantwoord acht. Dit is een afweging die de aanbieder sowieso zelf maakt, ook bij leveren van het vpt. In het geval van het mpt is deze afweging geformaliseerd in het toetsingskader. Vervolgens ligt bij de uitvoerder de wettelijke taak om de afweging te maken of de zorg thuis verantwoord is. Vanuit de aanbieders is er een vraag om vereenvoudiging van het toetsingskader, met meer vertrouwen in de professionele afweging van de aanbieder.

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. Het mpt kan voor aanbieders onaantrekkelijk zijn ten opzichte van het vpt. Het bedrag per cliënt dat beschikbaar is voor zorg in natura (op basis van het zorgprofiel) hangt namelijk af van de gekozen leveringsvorm. Omdat het mpt minder componenten omvat

[27] €375/€385 per jaar (2015/2016).

dan het vpt[28], is het totale bedrag voor het mpt lager dan voor het vpt. Dit kan voor aanbieders reden zijn om te sturen op de keuze voor vpt als leveringsvorm.

Er is behoefte aan een aantal specifieke prestaties

Aanbieders suggereren nog een aantal specifieke prestaties die zij wenselijk achtten, onder andere om de administratieve last te verlichten. Het gaat hier bijvoorbeeld om een integrale prestatie voor logeeropvang. De aanbieder hoeft dan niet langer de het verblijf en de zorg apart te declareren. Bovendien hebben aanbieders behoefte aan een prestatie voor het coördineren van zorg, in het geval er verschillende aanbieders betrokken zijn bij één cliënt. Andere genoemde voorbeelden zijn: een prestatie voor de GZ-psycholoog en een prestatie voor de specialist ouderengeneeskunde.

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.

[28] Maaltijden en schoonhouden van de woonruimte zijn onderdeel van het vpt, maar niet van het mpt.

Bijlage 1: Projectaanpak en betrokken partijen

De projectaanpak van dit onderzoek bestond uit twee fases. In de eerste fase hebben we een overzicht gemaakt van de bekostigingsmodellen binnen het kader van de Wlz. In de tweede fase hebben we inzicht gegeven in de voor- en nadelen van de verschillende bekostigingsmodellen, aan de hand van het theoretisch kader. Deze projectaanpak staat in hoofdlijnen weergegeven in figuur 35.

Figuur 35 – Schematisch overzicht van de projectaanpak op hoofdlijnen.

In het kader van dit onderzoek hebben we de volgende partijen gesproken, in interviews en/of de klankbordgroep:

Vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers

- Ieder(in) (Dorien Kloosterman)
- Mezzo (Rianne Hanning)
- NPCF (Margo Brands)
- Per Saldo (Cynthia Vogeler)
- LOC (Marthijn Laterveer)
- PCOB (Sandrina Sangers)

(Vertegenwoordigers van) aanbieders

- ActiZ (Hillie Beumer en Marc van Eck)
- BTN (Lindy Hilgerdenaar en Diana van Langerak)
- VGN (Hans Cosijnse en Bianca Roos)
- Verenso (Monique Bogaerts)
- GGZ Nederland (Yvonne Moolenaar)
- Diverse aanbieders van langdurige zorg

Vertegenwoordigers van uitvoerders / andere partijen

- ZN (Johan Boonstra en Angela Bransen)
- Zorginstituut NL (Masja van den Burg)
- CIZ (Marcel de Krosse)

Bijlage 2: Verslagen bijeenkomsten klankbordgroep

Verslag 1e bijeenkomst klankbordgroep

d.d. 2 november 2015, te Utrecht

Aanwezig bij de bijeenkomst waren:

Hillie Beumer (ActiZ), Johan Boonstra (ZN), Masja van den Burg (Zorginstituut NL), Hans Cosijnse (VGN), Marc van Eck (ActiZ), Lindy Hilgerdenaar (BTN), Cynthia Vogeler (Per Saldo), Tessa Voesenek (NZa; toehoorder), Jurre de Bruin (Gupta Strategists), Lissy van de Laar (Gupta Strategists; gespreksleider) en Lisa Vogelpoel (Gupta Strategists; verslag)

Agendapunt 1: Werkwijze in dit onderzoek

Deze bijeenkomst heeft tot doel om vast te stellen of de inventarisatie van mogelijke bekostigingsmodellen voor het mpt en de lijst met criteria voor gestructureerde vergelijking van deze modellen compleet zijn. Na deze bijeenkomst vergelijkt Gupta Strategists de verschillende bekostigingsmodellen met elkaar aan de hand van de criteria. Dit resulteert in een rapportage. Tijdens de tweede bijeenkomst (op 10 december) bediscussieert de klankbordgroep het conceptrapport. Voor het eind van het jaar levert Gupta Strategists het eindrapport op aan de NZa.

ActiZ vraagt naar de aanleiding voor dit onderzoek. De NZa licht toe dat er behoefte was om te inventariseren of er een model denkbaar is dat beter past bij het mpt dan de huidige functies en klassen. Het huidige onderzoek is een verkenning en zal niet per definitie leiden tot aanpassing van de bekostiging van het mpt.

ActiZ vraagt hoeveel cliënten momenteel gebruik maken van het mpt. De NZa geeft aan dat actuele cijfers nog niet beschikbaar zijn.

Gupta Strategists vat samen dat uit de tot nu toe gevoerde interviews (met 11 veldpartijen) naar voren is gekomen dat er brede steun is voor het uitgangspunt van het mpt: de cliënt meer mogelijkheden bieden om de zorg naar behoefte in te vullen. Uit de gesprekken tot nu toe komt duidelijk naar voren dat partijen knelpunten ervaren in de verhouding van het mpt ten opzichte van het vpt, de Zvw zorg thuis (wijkverpleging) en de Wmo dagbesteding en begeleiding. Er is een groep cliënten met een vergelijkbare zorgbehoefte die nu vanuit verschillende financieringsvormen zorg thuis ontvangt, tegen verschillende voorwaarden en eigen bijdragen. Enkele malen is de vraag gesteld waarom de NZa dit onderzoek nu laat uitvoeren. Gupta Strategists licht toe dat dit een verkennend onderzoek is, dat vooruitloopt op een mogelijk traject van besluitvorming. Een mogelijk verandertraject heeft een lange doorlooptijd en een brede verkenning is de basis voor een zorgvuldige procesgang. In deze fase is het onderzoek kwalitatief van aard, in latere fases kan de NZa kwantitatief onderzoek uitvoeren.

Agendapunt 2: Mogelijkheden ter verbetering van de bekostiging van het mpt

Verklarende woordenlijst

Het begrip module leidt tot enige verwarring. Gupta Strategists licht toe dat zij in bekostigingsmodel D met een module bedoelen: zorg in natura van een bepaalde functie, met een vaste omvang (die afhangt van de indicatiestelling in het zorgprofiel).

Het zorginstituut benoemt dat in de Wlz het aantal uren per functie juist is weggelaten; dit onderscheidt de huidige zorgprofielen van de vroegere zzp's. Gupta Strategists licht toe dat in het kader van een brede verkenning de optie met modules met een vaste omvang bewust is meegenomen.

Element 1: Indiceren

Aanwezigen benoemen dat de huidige zorgprofielen geen omvang per functie vermelden. Gupta Strategists geeft aan dat dit indirect wel het geval is, doordat er aan elk zorgprofiel een bedrag is gekoppeld, dat gebaseerd is op een bepaalde hoeveelheid zorg. Dit bedrag bepaalt hoeveel zorg iemand maximaal kan krijgen. Per Saldo geeft aan dat deze situatie maatwerk mogelijk maakt.

ActiZ vraagt zich af waarom Gupta Strategists indiceren als apart onderdeel van de modellen benoemt. Gupta Strategists licht toe dat het een bewuste keuze is om een brede inventarisatie uit te voeren en modellen met een alternatieve invulling van de indicatiestelling niet bij voorbaat uit te sluiten. Bij toetsing van deze modellen aan het juridisch kader van de Wlz blijkt vervolgens of zo'n model nu mogelijk zou zijn.

Element 2: Inrichten van zorg

Het Zorginstituut verwoordt de onderdelen van dit element: Eerst geeft de cliënt de voorkeur voor leveringsvorm en zorgaanbieder aan. Daarna wijst het zorgkantoor de cliënt toe aan een aanbieder. Tot slot maken cliënt en aanbieder afspraken over de zorg en leggen deze vast in het zorgleefplan. Gupta Strategists beaamt dat dit de huidige processtappen zijn. Voor het in kaart brengen van de mogelijke modellen is deze uitsplitsing minder relevant.

Element 3: Declareren

Per Saldo geeft aan dat de wijze van declareren van zorg in natura idealiter samenhangt met de wijze van declareren van zorg uit het pgb.

Element 4: Bepalen eigen bijdrage

ActiZ geeft aan dat de Wlz al bepalingen heeft voor de eigen bijdrage en dat het wettelijk kader de mogelijkheden dus beperkt. ZN benoemt dat de eigen bijdrage voor mpt-zorg niet afhankelijk is van de hoeveelheid zorg die de cliënt krijgt. Per Saldo benadrukt de eigen bijdrage in de huidige mpt-bekostiging niet te zien als remgeld.

Huidig bekostigingsmodel mpt

Per Saldo licht toe dat in de praktijk het mpt een enorme kans biedt om zorg in te kopen die een individuele cliënt niet kan realiseren in het pgb, zoals ambulante nachtzorg.

Per Saldo vraagt zich af hoe het pgb gezien moet worden in het blokjesmodel. Gupta Strategists licht toe dat de modellen zich richten op de zorg in natura. Het gedeelte van het mpt dat als pgb wordt ingezet staat hier los van.

Gupta Strategists vraagt of er nu een reden is voor de cliënt om het gedeelte van het mpt dat zij niet benutten met zorg in natura niet in te vullen met een pgb. Per Saldo geeft aan dat er voor het pgb wel een budgetplan nodig is. Gupta Strategists vraagt of dat in de praktijk niet altijd te verantwoorden moet zijn. ActiZ beaamt dat dit het geval zou moeten zijn; het is opmerkelijk als een cliënt 'door de slagboom van de Wlz' komt en dan toch niet alle geïndiceerde zorg nodig heeft. ZN benoemt dat het CIZ bij de Wlz-indicatiestelling geen rekening houdt met omgevingsfactoren. De omgevingsfactoren zijn wel van invloed op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt. Een cliënt die veel mantelzorg krijgt, heeft mogelijk minder formele zorg nodig om aan de behoefte te voldoen. Het Zorginstituut geeft aan dat de cliënt de mantelzorg uit het pgb kan betalen; monetarisering van de mantelzorg.

Per Saldo vraag hoe je kunt weten welk deel van het mpt de cliënt vult met zorg in natura en welk deel dan beschikbaar is voor het pgb. Gupta Strategists beaamt dat deze verdeling voorafgaand aan levering van de zorg inzichtelijk moet zijn om de combinatie van zorg in natura en pgb mogelijk te maken. Dit komt terug in de beoordelingscriteria.

Model A: Inspanningsbekostiging

In dit model zijn de klassen per functie losgelaten en maken aanbieder en cliënt afspraken over zorg in aantal uren. Dit daardoor een specificatie van het huidige model.

Per Saldo vraagt hoe de declaratie van zorg in natura in dit model zich verhoudt tot declaratie van het pgb. ZN geeft aan dat dit per definitie anders is, ook in het huidige model.

ZN licht toe dat in de nieuwste rekenmodule functies en klassen zijn losgelaten. De nieuwe rekenmodule gaat uit van tijd (in minuten) per prestatie (dat is dus specifieker dan een functie). Het is uitwerking van het toetsingskader op initiatief vanuit het veld. Deze rekenmodule is nu in de proeffase en introductie volgt per 1 januari 2016. ZN benadrukt dat een dergelijke rekenmodule dient om de aanvraag van de zorg in natura (het zorgplan) en dat de registratie en verantwoording op een andere manier in te vullen zijn.

Model B: Bekostiging o.b.v. activiteiten

ZN geeft aan dat in een dergelijk model de administratieve lasten toenemen. ZN licht toe dat op dit moment cliënten en zorgaanbieders vaak al afspraken maken o.b.v. activiteiten (bijv. hoe vaak douchen per week), maar dat declaratie plaatsvindt op een hoger niveau. Gupta Strategists vat samen dat activiteiten

dus beter lijken te passen in element 2 dan in element 3. ZN geeft aan dat element 2 niet alleen de afspraak tussen de cliënt en de zorgaanbieder omvat, maar ook de afspraak tussen de zorgaanbieder en de uitvoerder.

ActiZ geeft aan geen voorstander te zijn van bekostiging o.b.v. activiteiten, omdat er grote verschillen zijn in de duur van activiteiten tussen cliënten.

Model C: Bekostiging o.b.v. arrangementen

Per saldo vraagt zich af waarom je arrangementen zou maken (licht, middel, zwaar) en niet zou kijken naar wat nodig is per persoon/situatie. Gupta Strategists geeft aan dat je ook binnen een arrangement kunt kijken wat nodig is per persoon/situatie.

ActiZ signaleert verwarring o.b.v. de beschrijving van het model: het lijkt dat bij de indicatiestelling meteen een afspraak wordt gemaakt over het percentage (arrangement) dat wordt ingezet. Gupta Strategists geeft aan dit te verhelderen.

Model D: Bekostiging o.b.v. modules

ActiZ vraagt zich af of er in dit model nog substitutie mogelijk is. Gupta Strategists verheldert dat substitutie mogelijk blijft, maar dan tussen modules (een module 'uit' en een andere module 'aan').

ZN geeft aan dat dit model de uitwisselbaarheid bemoeilijkt t.o.v. de huidige situatie, omdat niet alle modules even groot zijn.

Het Zorginstituut vraag zich af waarom het model op deze manier is geformuleerd, en er geen mogelijkheid is om van een module/functie ene beetje meer of minder te gebruiken. Gupta Strategists geeft aan dat dit model A is.

Model E: Populatiebekostiging

Per Saldo vraagt hoe het mpt in dit model te combineren is met een pgb en hoe de cliënt kan kiezen uit meerdere aanbieders. Gupta Strategists beaamt dat dit mogelijke knelpunten zijn in dit model, die naar voren zullen komen bij toetsing aan de criteria.

VGN vraagt hoe de kenmerken van de inwoners van de regio geïnventariseerd worden. Gupta Strategists geeft aan dat dit hiervoor een model te maken is dat vergelijkbaar is met het risicovereveningsmodel uit de Zvw.

Model F: Bekostiging o.b.v. abonnement

Per Saldo benoemt dat dit model een keuzebeperking voor de cliënt inhoudt. Gupta Strategists verduidelijkt dat de aanbieder bij wie de cliënt een abonnement heeft afgesloten als hoofdaannemer kan fungeren, zodat de cliënt toegang houdt tot meerdere aanbieders die als onderaannemer werken.

Model G: Uitkomstbekostiging

ActiZ geeft aan dat uit de ervaring met de wijkverpleging blijkt hoe lastig een systeem met uitkomstbekostiging te realiseren is.

Model H: Lump-sumbekostiging

Per Saldo benoemt dat dit model een keuzebeperking voor de cliënt inhoudt. Aan de andere kant biedt dit model vrijheid voor de cliënt: maak een zo goed mogelijk zorgplan binnen het beschikbare budget.

ZN geeft aan dat in dit model het totale kader wordt opgesplitst in steeds kleinere potjes en dat dat de zorg niet beter maakt. Een lump sum per cliënt in de Wlz (ongeacht het zorgprofiel per cliënt) zou mogelijk zijn, maar dan niet alleen voor de leveringsvorm mpt.

Alternatieven

Gupta Strategists vraagt of er nog andere modellen denkbaar zijn, die nu niet zijn omschreven.

Per Saldo benadrukt het uitgangspunt van persoonsvolgende bekostiging. In een aantal van de voorgestelde modellen is dit erg beperkt. Per Saldo stelt een model voor met een lump sum per persoon. Gupta Strategists vraagt of dit dan onafhankelijk moet zijn van de indicatie. Per Saldo geeft aan dat dit juist wel op basis van een indicatie moet zijn, net als bij een pgb. Gupta Strategists geeft aan dat dit dan model A is, zonder de declaratie achteraf. Per Saldo beaamt dat dit vooral een versimpeling van de declaratiestroom is. ZN geeft aan dat dit is wat op dit moment gebeurt: declaratie o.b.v. zorgplan.

ZN geeft aan dat de nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging als voorbeeld kan dienen voor het mpt. Voor de aanbieders zou het een voordeel zijn als beide dezelfde systematiek volgen.

ActiZ geeft aan dat er combinaties mogelijk zijn tussen de verschillende modellen, bijvoorbeeld een uitkomstopslag gecombineerd met een ander model. Het is echter de vraag hoe wenselijk dat is.

<u>Criteria voor beoordeling van bekostigingsmodellen voor het mpt</u>

Wettelijk kader

Gupta Strategists geeft aan dat we moeten vaststellen dat in de wet niet vermeld staat dat je functies moet kunnen uitruilen, wat velen wel als kernpunt van het mpt beschouwen.

Theoretisch kader

ActiZ benadrukt het belang van kostendekkende tarieven. ActiZ geeft aan dat niet alleen het risico bestaat dat niet-geleverde zorg betaald wordt, maar ook het risico dat geleverde zorg niet betaald wordt.

Het Zorginstituut geeft aan behoefte te hebben aan een criterium over zorg op maat. Gupta Strategists en ActiZ lichten toe dat dit valt onder het criterium van vraaggericht werken.

Het Zorginstituut vraag zich af wie bepaalt wat gewenst gebruik is. Gupta Strategists geeft aan dat dit gebaseerd zou moeten zijn op wettelijke uitgangspunten. Deze staan echter al in het wettelijk kader, dus ze schrappen dit criterium.

Het Zorginstituut geeft aan dat formuleringen met 'risico' een waardeoordeel impliceren. Gupta Strategists zegt toe deze criteria te herzien.

Per Saldo zou als criterium willen toevoegen dat zorg in het bekostigingsmodel doelmatig en rechtmatig is. Gupta Strategists geeft aan dat dit iets is om te beoordelen op het niveau van het individu, niet op het niveau van het bekostigingsmodel.

Uitvoerbaarheid

ActiZ geeft aan dat juridische lasten samen vallen met administratieve lasten. Gupta Strategists geeft aan dat er één criterium zal komen, met administratieve lasten voor zowel cliënt, aanbieder als uitvoerder.

<u>Vervolgstappen</u>

Gupta Strategists geeft aan dat er een verslag komt van deze bijeenkomst. Ook leden van de klankbordgroep die vandaag niet aanwezig waren, ontvangen dit verslag.

Gupta Strategists zal de komende week nog spreken met een aantal belangenorganisaties (klankbordgroepleden) en met aanbieders.

Gupta Strategists zal de bekostigingsmodellen en beoordelingscriteria beschrijven in een rapport. Tijdens de tweede bijeenkomst (op 10 december) bediscussieert de klankbordgroep het conceptrapport. De leden van de klankbordgroep ontvangen het conceptrapport voorafgaand aan de bijeenkomst.

ActiZ vraag of dit onderwerp nog besproken wordt in de commissie care van de NZa en of er nog een bestuurlijke consultatie komt. De NZa geeft (naderhand) aan dat er geen bestuurlijke overleggen zijn gepland, omdat het onderzoek verkennend van aard is en er geen besluitvorming zal plaatsvinden. Bij vervolgstappen o.b.v. het definitieve rapport zullen wellicht wel bestuurlijke overleggen plaatsvinden.

Verslag 2e bijeenkomst klankbordgroep

d.d. 10 december 2015, te Utrecht

Aanwezig bij de bijeenkomst waren[29]:

Hillie Beumer (ActiZ), Johan Boonstra (ZN), Margo Brands (NPCF), Angela Bransen (ZN), Masja van den Burg (Zorginstituut NL), Hans Cosijnse (VGN), Rianne Hanning (Mezzo), Dorien Kloosterman (Ieder(in)), Diana van Langerak (BTN), Tessa Voesenek (NZa; toehoorder), Jurre de Bruin (Gupta Strategists), Lissy van de Laar (Gupta Strategists; gespreksleider) en Lisa Vogelpoel (Gupta Strategists; verslag)

Agendapunt 1: Toelichting conceptrapport

Het doel van deze bijeenkomst is het rapport over de verkenning van bekostigingsmodellen voor het mpt te verbeteren. We zullen de verschillende onderdelen van het conceptrapport bespreken, met de nadruk op de bekostigingsmodellen (hoofdstuk 3), de beoordeling van de bekostigingsmodellen (hoofdstuk 4 en 5) en de model-overstijgende mogelijkheden (hoofdstuk 6). Gupta Strategists zal de opmerkingen en suggesties van leden van de klankbordgroep gebruiken om het rapport aan te scherpen tot een definitieve versie. Deze versie levert Gupta Strategists voor het eind van het jaar op aan de NZa.

Agendapunt 2: Bespreken conceptrapport

Hoofdstuk 3 – Inventarisatie van bekostigingsmodellen voor het mpt

Gupta Strategists licht het huidige bekostigingsmodel en de acht verschillende modellen toe. Deze modellen zijn voldoende verschillend van elkaar en bestrijken samen het hele spectrum van mogelijkheden voor bekostiging van het mpt.

Het Zorginstituut geeft aan dat de eigen bijdrage in 2016 niet afhankelijk is van de hoeveelheid geleverde zorg of het zorgprofiel. Gupta Strategists geeft aan de situatie in 2016 te zullen beschrijven.

Zorginstituut geeft aan dat model B (activiteitenbekostiging) erg lijkt op A (inspanningsbekostiging). Gupta Strategists geeft aan dat er inderdaad grote gelijkenissen zijn. De wijze van declareren is echter anders. Bij inspanningsbekostiging declareert de aanbieder de bestede tijd, bij activiteitenbekostiging de geleverde activiteiten. Het vaststellen van de activiteiten en de bijbehorende vergoeding zal plaatsvinden aan de hand van rekentijden, maar per individuele cliënt kan de tijdsduur per activiteit variëren.

Gupta Strategists licht toe dat bij modulebekostiging een module een vaststaand deel (bijvoorbeeld 10%) van de indicatiewaarde is. Je zou dit ook

---

[29] Verenso heeft na afloop van de klankbordgroep per e-mail suggesties gedaan naar aanleiding van het conceptrapport. Gupta Strategists neemt deze suggesties mee in de herziening van de tekst.

een voucher kunnen noemen. De cliënt en aanbieder gaan in gesprek om vast te stellen welke zorg de aanbieder gaat leveren en hoeveel modules de cliënt moet inzetten om deze zorg te kunnen ontvnagen. De aanbieder declareert de elke module als een prestatie.

Het Zorginstituut vraagt of de module los staat van een bepaalde functie. Gupta Strategists beaamt dit. In het model van modulebekostiging zodat we in de 1e bijeenkomst van de klankbordgroep besproken hebben, was nog wel sprake van één functie per module. Omdat in de 1e bijeenkomst naar voren kwam dat modulebekostiging in die vorm een aantal praktische nadelen heeft, heeft Gupta Strategists het modulebekostigingsmodel aangepast en is de restrictie van één functie per module losgelaten.

De NZa vraagt hoe de omrekening plaatsvindt van de wensen van de cliënt naar de omvang van één module. Is deze omrekenmethode voorgeschreven? Gupta Strategists geeft aan dat de aanbieder en cliënt in overleg vaststellen welke zorg in een module past. Hierbij zullen zij een omrekenmethode moeten gebruiken. De omrekenmethode is echter niet voorgeschreven; uiteindelijk declareert de aanbieder de module, zonder specificatie van de geleverde zorg.

De VGN geeft aan dat in het rapport staat dat de cliënt bij elke aanbieder een module moet aanbieden en vraagt zich af hoe dit zit. Gupta Strategists licht toe dat een cliënt een module in zijn geheel bij één aanbieder moet onderbrengen; hij kan dus geen halve module gebruiken. De cliënt kan wel meerdere of zelfs alle modules bij een en dezelfde aanbieder onderbrengen. Gupta Strategists zal de formulering aanpassen om verwarring te voorkomen

Mezzo vraagt of een module of voucher dan gelijk staat aan een bedrag. Gupta Strategists beaamt dat een module een deel van de indicatiewaarde is en dat aan een module dus een bedrag gekoppeld is. De aanbieder declareert de module en ontvangt dit bedrag.

De NPCF schetst een voorbeeld waarbij de omvang van de module niet past bij de omvang van de zorgbehoefte (voorbeeld: een module is 12 euro per dag en de prijs voor de gewenste zorg is 17 euro, dus een cliënt moet twee modules inzetten) en vraagt of op deze manier modulebekostiging niet leidt tot verlies van budget. Gupta Strategists geeft aan dat de tien modules van 10% niet vaststaan; je kunt ook kiezen een andere omvang van de module, die wellicht beter aansluit bij de behoefte in de praktijk. Bovendien hoeft de invulling van een module niet op basis van uren met uurtarieven te gebeuren (zoals eerder besproken). Kenmerk van modulebekostiging is echter wel dat de omvang van de modules landelijk is vastgesteld; dit is niet iets wat uitvoerder, aanbieder of cliënt zelf kan bepalen. De VGN voegt hieraan toe dat de bedragen voor een module ook op maand- of jaarbasis kunnen zijn, waardoor meer speelruimte ontstaat. Mezzo voegt toe dat je zou kunnen onderzoeken welke omvang van een module het beste aansluit bij de behoefte. ZN vraagt of alle modules per definitie even groot moeten zijn. Gupta Strategists licht toe dat er verschillende opties zijn en dat modules van verschillende grootte niet zijn uitgesloten. De NZa geeft aan dat dat het voor de aanbieder mogelijk lastiger maakt. Gupta Strategists vult aan dat een voordeel van modulebekostiging is, dat de administratieve last voor de aanbieder laag is omdat de te declareren prestaties (een module) eenvoudig zijn. Door te variëren met de grootte van de modules, maak je de administratie ingewikkelder.

Mezzo geeft aan dat uitkomstbekostiging in de praktijk bijzonder lastig is gebleken. Gupta Strategists beaamt dit, maar geeft aan dat dit niet wegneemt dat bekostiging op basis van uitkomsten een mogelijkheid is voor het mpt.

De NPCF vraagt zich af waarom iemand zich zou inschrijven bij een aanbieder, in geval van abonnementsbekostiging. Gupta Strategists beaamt dat dit niet vanzelf zal gebeuren en dat uitvoerders en aanbieders zich hiervoor moeten inspannen. In dit model kunnen aanbieders zich sterk profileren. BTN geeft aan dat dit model in opzet wel lijkt op huisartsenbekostiging, maar in uitvoering niet. Mezzo voegt hieraan toe dat een huisarts relevant is voor iedereen, terwijl niet iedereen gebruik zal maken van de Wlz ('ver-van-je-bed-show'). Gupta Strategist beaamt dat het niet eenvoudig zal zijn om abonnementsbekostiging voor het mpt te realiseren.

De NPCF vraagt zich af of het in een model van lumpsumbekostiging kan voorkomen dat het budget in de loop van het jaar opraakt en dat een cliënt die zich bijvoorbeeld in november meldt, niet van het mpt gebruik kan maken. Gupta Strategists licht toe dat bij lumpsumbekostiging (zoals dat ook bij de academische component geldt) de aanbieder een verplichting heeft om afgesproken zorg te leveren. ActiZ voegt toe dat dit niet afhangt van het bekostigingsmodel, maar van de afspraken tussen uitvoerder en aanbieders.

Hoofdstuk 4 – Vergelijking van bekostigingsmodellen a.d.h.v. wettelijk kader

Om de modellen onderling te kunnen vergelijken, zijn 18 beoordelingscriteria geformuleerd. Het is ook mogelijk verschillende modellen te combineren tot hybride modellen. Deze zijn niet vergeleken aan de hand van de beoordelingscriteria.

Zorginstituut Nederland merkt op dat de huidige bekostiging niet getoetst is aan het wettelijk kader. Betekent dit dat het huidige model volledig voldoet? Gupta Strategists licht toe dat aangezien het huidige model nu in gebruik is, je kunt concluderen dat het in ieder geval voldoende voldoet aan het wettelijk kader. ActiZ geeft aan dat het goed is de toetsing van het huidige model aan de criteria van het wettelijk kader toe te voegen.

De NPCF vraagt zich af waarom uitkomstbekostiging niet afvalt op basis van de toetsing aan het wettelijk kader, aangezien dit model zeer slecht scoort op criterium 1. Gupta Strategists geeft aan dat de laatste drie modellen (populatie-, abonnements- en lumpsumbekostiging) op vier criteria slecht scoren en daardoor uitgesproken slecht voldoen aan het wettelijk kader en afvallen. Het Zorginstituut voegt hieraan toe dat je ook de kwaliteit van een aanbieder kan beoordelen aan de hand van criteria die vooraf bekend zijn, waardoor de hoogte van het tarief wel vooraf duidelijk is. In dat geval is combinatie met pgb makkelijker, al is het volume zorg wel pas achteraf duidelijk. Gupta Strategists geeft aan de score van uitkomstenbekostiging op criterium 1 aan te passen naar oranje.

Mezzo vraagt zich af of uitkomstbekostiging samengaat met macrokaderbeheersing (criterium 5). Gupta Strategists licht toe dat er verschillende administratieve maatregelen zijn om macrokaderbeheersing te garanderen. Deze maatregelen gebruiken uitvoerders al jaren en zijn ook toe te passen op de voorgestelde modellen.

De VGN geeft aan dat ook bij modulebekostiging er keuze tussen aanbieders mogelijk is. Gupta Strategists beaamt dit en geeft aan de score van modulebekostiging op criterium 2 aan te passen naar positief (één plusje, lichtgroen).

BTN benadrukt dat aanbieders niet kunnen voorspellen welke leveringsvorm een cliënt zal gaan kiezen en dat het dus niet is in te schatten hoeveel mpt-cliënten er zullen zijn (bij populatie-, abonnements- of lumpsumbekostiging). Gupta Strategists beaamt dit en licht toe dat door onder meer deze reden de laatste drie modellen negatief scoren op criterium 6; deze modellen zijn niet haalbaar voor alleen het mpt, zonder aanpassing van bekostiging van de andere leveringsvormen van de Wlz.

Het Zorginstituut benoemt dat de manier van scoren op een vijfpuntschaal de indruk wekt heel exact te zijn. Zoals uit de discussie blijkt, is de beoordeling van een model niet altijd heel exact of eenduidig, maar onderhevig aan interpretatie. Gupta Strategists geeft aan dat het beoordelingskader een kwalitatief framework is, en dat het dus nooit exact is. Deze manier van beoordelen helpt om de modellen onderling te kunnen vergelijken. ActiZ stelt voor een algemene opmerking in de tekst toe te voegen om de beoordelingen te nuanceren, aangezien de precieze voor- en nadelen afhangen van de manier waarop je de modellen in de praktijk vormgeeft en inricht. Gupta Strategists geeft aan een dergelijke nuancering te maken in het rapport.

ZN vraagt in hoeverre in het rapport rekening is gehouden met bestaande regelingen voor extra kosten thuis of meerzorg. Er kunnen tegenstrijdigheden ontstaan tussen deze regelingen en de modellen. De NZa geeft aan dat er specifiek voor is gekozen deze regelingen buiten beschouwing te laten in dit onderzoek. Gupta Strategists geeft aan dit te zullen noemen in het rapport.

Hoofdstuk 4 – Vergelijking van bekostigingsmodellen a.d.h.v. theoretisch kader

Mezzo vraagt zich af of alle criteria even belangrijk zijn en even zwaar wegen. Gupta Strategists geeft aan dat dit zal afhangen van welke partij je het vraagt. In de onderzoek is bewust geen gewicht aan de criteria toebedeeld. Gupta Strategists geeft aan dit nadrukkelijker in het rapport naar voren te zullen laten komen.

De NPCF vraagt of je wilt stimuleren dat cliënten de indicatiewaarde niet volledig benutten (criterium 10). Gupta Strategists geeft aan dat het mpt de mogelijkheid biedt om af te zien van zorg waaraan je geen behoefte hebt. De aanbieder krijgt in dat geval ook minder betaald. Dit is in contrast met het vpt en intramurale Wlz-zorg, waarbij de aanbieder altijd de volledige indicatiewaarde krijgt. ZN geeft aan dat de prikkel voor het al dan niet volledig benutten van de volledige indicatiewaarde samenhangt met de hoogte van de eigen bijdrage. Het Zorginstituut voegt toe dat de mogelijkheid het mpt te combineren met een pgb cliënten stimuleert de indicatiewaarde volledig te benutten; als er minder behoefte is aan zorg in natura, is het aantrekkelijk een pgb aan te vragen voor het resterende budget. Gupta Strategists benadrukt dat de wetgever het niet volledig benutten van de indicatiewaarde noemt als karakteristiek van het mpt, maar dat dit niet in de wet verankerd is. De NPCF vindt het tegenstrijdig om af te zien van zorg waarvoor de cliënt een indicatie

heeft. Ieder(in) geeft aan dat dit samenhangt met het feit dat het CIZ bij de indicatiestelling geen rekening houdt met omgevingsfactoren zoals het sociale netwerk. Mezzo geeft aan dat uit het maatwerkgesprek volgt aan welke zorg de cliënt behoefte heeft. Gupta Strategists vat samen dat geen van de modellen een prikkel voor de cliënt omvat om af te zien van zorg en dat alle modellen daarom gelijk scoren.

BTN geeft aan dat arrangementbekostiging en modulebekostiging nauwelijks een productieprikkel hebben. Gupta Strategists geeft aan dat dat inderdaad is wat er nu in de beoordeling staat; een plusje (groen) betekent de wenselijke uitkomst.

ActiZ geeft aan een criterium te missen dat gaat over de continuïteit van dure, specialistische voorzieningen (niet-planbare zorg, oproepfunctie, specialistische verpleging). ActiZ ziet een risico dat dit soort voorzieningen niet meer rendabel in de lucht te houden is, als de aanbieder alleen betaald krijgt voor de zorg die hij afspreekt met de individuele cliënt. ZN vraagt zich af hoe dat in de huidige situatie dan gebeurt. BTN geeft aan dat de Zvw vaak voor de financiering van dit soort voorzieningen zorgt. Gupta Strategists geeft aan dat alle modellen voor bekostiging van mpt hier even kwetsbaar voor zijn, omdat het mpt uitgaat van persoonsvolgende bekostiging waarbij geen apart budget is voor publieke of overstijgende diensten. Gupta Strategists zal dit risico benoemen in hoofdstuk 6.

Het Zorginstituut benoemt dat het maximum dat per cliënt beschikbaar is voor het mpt gelijk is aan het gemiddelde van het zorgprofiel (de indicatiewaarde). Bij relatief lichte cliënten is dat geen probleem, bij relatief zware wel. Voor hen geldt een afkappunt op de indicatiewaarde. Gupta Strategists geeft aan dit ook geconstateerd te hebben. Dit punt staat in hoofdstuk 6. Het Zorginstituut beaamt dat er in het huidige systeem een combinatie is van declaratie van geleverde zorg (bij het mpt) en declaratie van een vast bedrag per cliënt (bij vpt of intramuraal). Het Zorginstituut geeft aan dat de manier van bekostiging zou moeten samenhangen met de manier van indicatiestelling. Bij individuele, persoonsgerichte indicatie kun je globaal declareren, omdat vooraf al per individu is vastgesteld hoeveel zorg iemand nodig heeft. Bij indicatie in groepen, zoals zorgprofielen, zou je preciezer moeten declareren, maar dan wel zonder maximum per individu. Hierdoor kun je ook een cliënt die aan de bovenkant van het zorgprofiel zit, ook voldoende zorg bieden. Gupta Strategists geeft aan dat dit maximum voor het mpt verankerd ligt in de wet (zie criterium 3). Gupta Strategists geeft aan dat een model van arrangement- of modulebekostiging meer mogelijkheid biedt voor de aanbieder tot het middelen van kosten voor relatief lichte en zware cliënten, parallel aan de manier waarop dat gebeurt bij vpt of intramurale Wlz-zorg.

ActiZ geeft aan dat de wijze van inkoop uiteindelijk bepalend zal zijn voor de administratieve last voor de aanbieder, ongeacht het gekozen bekostigingsmodel.

De NPCF vraagt waarom alle modellen ongeveer gelijk scoren voor administratieve last voor de cliënt (criterium 18). Gupta Strategists geeft aan dat bij alle modellen geldt dat de cliënt de behoeften en wensen kenbaar maakt in het keukentafelgesprek, maar dat hij verder nauwelijks rompslomp heeft

omdat het gaat om zorg in natura. Uitkomstbekostiging scoort hier iets minder goed, omdat de cliënt daarbij PROM's moet invullen.

De NPCF draagt aan dat een model van modulebekostiging ingewikkeld is om uit te leggen aan de cliënt, juist omdat er vaak sprake is van regieverlies. De NPCF stelt voor een criterium op te nemen over uitlegbaarheid/mate van complexiteit van het bekostigingsmodel. Ieder(in) geeft aan dat de mantelzorger over het algemeen prima in staat is om het mpt te begrijpen. Het blijft uiteindelijk de keuze van de cliënt voor een leveringsvorm; als de cliënt eenvoud wil, kan hij kiezen voor intramurale zorg. De NPCF geeft aan dat het goed is om te streven naar een zo simpel mogelijk systeem. Het Zorginstituut vraagt zich af of de cliënt de bekostiging überhaupt moet begrijpen. ZN geeft aan dat complexiteit afbreuk kan doen aan de kracht van het mpt, namelijk de eigen regie van de cliënt. Gupta Strategists vat samen dat alle partijen benadrukt hebben dat ze flexibiliteit en keuzevrijheid voor de cliënt onderschrijven. Dit staat niet ter discussie. Uitlegbaarheid van bekostiging is een randvoorwaarde die geldt voor alle modellen. De vijf modellen ontlopen elkaar niet veel hierop. Gupta Strategists geeft aan het punt van eenvoud en uitlegbaarheid te zullen verwerken in de tekst bij criterium 18.

De BTN stelt voor administratieve last voor de aanbieder (criterium 17) voor modulebekostiging te beoordelen met één plus in plaats van twee. Gupta Strategists zal dit aanpassen.

Het Zorginstituut geeft aan een verband te zien tussen maatwerk en administratieve last; om maatwerk te leveren moet je administreren. Gupta Strategists geeft aan dat je ervoor kunt kiezen niet alle puzzelstukjes van het maatwerk vast te leggen, zoals bij arrangementen. Dat kun je alsnog veel keuzevrijheid hebben, maar met beperkte administratieve last. Gupta Strategists geeft aan in het rapport meer te zullen benadrukken dat er wisselwerking is tussen verschillende voor- en nadelen van bekostigingsmodellen en dat partijen op zoek moeten naar de balans en moeten accepteren dat ieder model nadelen heeft.

Het Zorginstituut vraagt zich af waarom de huidige vpt-bekostiging niet als model voor mpt-bekostiging is meegenomen. Gupta Strategists geeft aan dat een zwaar arrangement (100% van indicatiewaarde) praktisch gelijk staat aan een vpt-model van bekostiging.

Hoofdstuk 6, deel 1 – Mogelijkheden en risico's geïdentificeerd door Gupta Strategists

Gupta Strategists licht toe dat in hoofdstuk 6 mogelijkheden en risico's beschreven staan zoals Gupta Strategists die heeft geïdentificeerd. Gupta Strategists zal de alinea over de hybride modellen verplaatsen naar hoofdstuk 4.

ActiZ geeft aan zich niet te herkennen in cliëntselectie aan de voorkant. Dit impliceert *cherry picking*, waarbij aanbieders op een berekenende manier cliënten selecteren. ZN bevestigt de huidige formulering op deze manier op te vatten. Gupta Strategists geeft aan wel degelijk een risico te zien, omdat de indicatiesteling in groepen is. Hierbij is er altijd een spreiding in zorgbehoefte tussen de verschillende cliënten binnen een zorgprofiel; er zijn lichte en zware cliënten, globaal volgens de

curve van een normaalverdeling. De financiering van de leveringsvormen is deels collectief (vpt en intramuraal, waarbij de aanbieder kan middelen tussen verschillende cliënten) en deels persoonlijk (mpt, waarbij middeling niet mogelijk is). Dit geeft een spanningsveld. ActiZ geeft aan dit spanningsveld ook te zien. ActiZ geeft aan geen kostenopdrijvend effect te zien, omdat hier de huidige maatregelen voor macrokaderbeheersing mogelijk zijn. Gupta Strategists zal de alinea's herformuleren en de negatieve annotatie vermijden.

Mezzo geeft aan (per e-mail, 8 december 2015) dat uit de zinsnede "Als hij geen behoefte heeft aan het volledige budget aan zorg in natura, kan hij immers het restant als pgb laten uitkeren om bijvoorbeeld zijn mantelzorgers te compenseren" op pagina 36 klinkt dat het niet wenselijk is dat de cliënt het pgb inzet voor mantelzorg. Gupta Strategists geeft aan (eveneens per e-mail) dat dit niet de intentie van deze zinsnede is en dat ze de formulering zullen aanpassen.

Hoofdstuk 6, deel 2 – Mogelijkheden en knelpunten gesignaleerd door betrokken partijen

Gupta Strategists licht toe dat in het tweede deel van hoofdstuk 6 de model-overstijgende onderwerpen staan die in de interviews naar voren zijn gekomen.

De NPCF benoemt dat cliëntondersteuning bestaat, maar dat de toegankelijkheid beter kan. Ieder(in) beaamt dat er hierin nog slagen te maken zijn. Gupta Strategists zal het bevorderen van de toegankelijkheid benadrukken in de tekst.

ActiZ geeft aan moeite te hebben met de zin "Verschillende partijen geven aan behoefte te hebben aan een duidelijkere afbakening tussen Zvw en Wlz, waarbij zorg vanuit de Wlz per definitie zwaarder is en daarmee de (hogere) eigen bijdrage rechtvaardigt"(pagina 37). In de bijeenkomst met aanbieders was dit niet de strekking van de discussie. Gupta Strategists geeft aan dit onderwerp wel in veel van de interviews gehoord te hebben. ActiZ geeft aan in te zien dat er iets schuurt in de afbakening tussen Wlz en Zvw, maar maximeren van de Zvw is niet de enige oplossing. Uiteindelijk is dit ook een politieke discussie. Gupta Strategists geeft aan de tekst te zullen herzien.

De VGN geeft aan (n.a.v. de tweede alinea van pagina 38, spanningsveld tussen leveringsvormen) dat het toch niet de aanbieders zijn die voor een leveringsvorm kiezen, maar de cliënt. Gupta Strategists beaamt dit, maar geeft aan dat oneigenlijke prikkels deze keuzevrijheid kunnen belemmeren.

ActiZ geeft aan (n.a.v. een-na-laatste alinea van pagina 39, ontoereikende financiering) dat er behoefte is aan vergoeding voor het coördineren van zorg, als de aanbieder hoofdaannemer is. Gupta Strategists zal dit toevoegen in de tekst.

Overige opmerkingen

ActiZ geeft aan dat het mpt feitelijk geen nieuwe leveringsvorm is, maar een voortzetting van de extramurale functies en klassen in de AWBZ. Gupta Strategists zegt toe de formulering aan te zullen passen.

ActiZ geeft aan te missen dat er verschil is tussen cliëntgroepen binnen de Wlz (ouderen versus gehandicapten bijvoorbeeld). Gupta Strategists geeft aan dat

dit op pagina 9 staat. Gupta Strategists zal de tekst aanpassen om dit te verduidelijken.

ActiZ geeft aan een cijfermatige onderbouwing van het aantal mpt-cliënten te wensen. Gupta Strategists geeft aan dat dat expliciet niet de opdracht was van het huidige verkennende onderzoek. Het Zorginstituut geeft aan dat dit jaar 23.000 cliënten gebruik hebben gemaakt van het mpt, dat is 8% van het totaal.

Mezzo vraagt zich af (per e-mail, 8 december 2015) wat 'vanzelf' in de zin "De bekendheid van het mpt zal in de loop der tijd vanzelf toenemen" op pagina 39 inhoudt. Gupta Strategists geeft aan hiermee te bedoelen hiermee te bedoelen dat ook zonder extra inspanning, het mpt door een natuurlijk proces meer bekendheid zal verwerven bij cliënten en aanbieders (denk aan het olievlekeffect). Gupta Strategists zal de formulering aanpassen.

Agendapunt 3: Vervolgstappen

Gupta Strategists maakt een verslag van deze bijeenkomst van de klankbordgroep. Alle leden van de klankbordgroep krijgen dit toegestuurd. Gupta Strategists verwerkt de opmerkingen en suggesties die vandaag zijn besproken in de definitieve versie van het rapport, dat we voor het eind van het jaar opleveren aan de NZa.

De NZa licht toe het rapport te zullen agenderen in de adviescommissie care.

ActiZ vraagt of de aanbieders die hebben deelgenomen aan de expertgroep in het kader van dit onderzoek het rapport zullen ontvangen. De NZa geeft aan dat deze wens bekend is, maar dat hier nog geen uitsluitsel over is.