

Evaluatie experiment revalidatie- en herstelzorg

Wat wordt er onderzocht in 2025-2030?

Plan van aanpak



Inhoudsopgave

1	Achtergrond	3
1.1	Doel van het experiment	3
1.2	Experimenteerperiode	4
1.3	Evaluatie	4
2	Onderzoeksvragen	5
3	Indicatoren	7
4	Rapportage	13
5	Governance structuur	14
6	Aandachtspunten	15
7	Bijlagen	16
7.1	Theoretisch kader	16
7.2	KPI's	18
7.3	Indicatoren onderzoeksvraag 1	18
7.4	Indicatoren onderzoeksvraag 2	19
7.5	Indicatoren onderzoeksvraag 3	23

1 Achtergrond

1.1 Doel van het experiment

In 2026 start het experiment bekostiging revalidatie- en herstelzorg. Het experiment geldt voor eerstelijnsverblijf (elv, met uitzondering van elv palliatieve zorg), geriatrische revalidatiezorg (grz) en laagcomplex medisch-specialistische zorg. De belangrijkste aanleiding voor een andere wijze van bekostigen waren de signalen vanuit de beroeps- en branchepartijen dat de huidige prestatiestructuur niet goed aansluit bij de zorglevering. We hebben daarom een onderzoek uitgevoerd en samen met beroeps- en branchepartijen een alternatieve bekostigingsmodel ontworpen, welke we gaan uittesten in een experimentstructuur. Voor meer informatie over dit onderzoek en deze bekostigingsstructuur zie het Advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf, de Beleidsregel revalidatie- en herstelzorg en het verantwoordingsdocument tarieven experiment revalidatie- en herstelzorg. In het blauwe blok hieronder staan de doelen van de experimentbekostiging, zoals ook vermeld in het advies. Daarnaast gelden er nog uitgangspunten die zijn opgenomen in het convenant.

Tekst box 1: Doelen experiment bekostiging, zoals verwoord in het Advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf, de Beleidsregel revalidatie- en herstelzorg. De kernwoorden zijn dik gedrukt.

De experiment bekostiging sluit beter aan op de praktijk en leidt tot meer passende zorg doordat:

- 1 Er vanuit de bekostiging **gemakkelijk op- en afgeschaald** kan worden in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt. Om dit doel te bereiken gelden een aantal randvoorwaarden:
 - a Er staat een passende vergoeding tegenover de zorginzet.
 - b Door punt a, ervaren zorgverleners de ruimte om naar hun professionele inzicht de zorg in te zetten die nodig is voor de cliënt (professionele autonomie).
 - c De bekostiging ook passend is voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten met uitzonderlijk hoge of lage kosten.
- 2 De bekostiging de **doorstroom in de keten** en **passende zorginzet** stimuleert en **risicoselectie zoveel mogelijk tegengaat**.

Daarnaast vinden we het ook belangrijk dat:

- De ervaren administratieve lasten als behapbaar worden ervaren door zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars en zorgkantoren.
- De bekostiging eenvoudig is met een beperkt aantal prestaties die voldoende homogeen worden bevonden qua kosten.

De experimenteerperiode biedt verder de ruimte om de modules van de experiment bekostiging in de praktijk uit te proberen en verder te ontwikkelen. Daarnaast geeft het de tijd voor een ingroeiperiode: het experiment kan starten met een selecte groep zorgaanbieders en gedurende de tijd kunnen meer zorgaanbieders deelnemen.

1.2 Experimenteerperiode

De experimenteerperiode loopt van 1 januari 2026 tot en met 31 december 2030. Het experiment bestaat uit een aantal fasen, zoals vastgelegd in het convenant:

- Fase 1 Leerperiode (jaar 1, 2 en 3 – 1 januari 2026 t/m 31 december 2028). Deze fase zien we als leerperiode waarin ervaring wordt opgedaan met de nieuwe bekostiging. Waar nodig wordt dit doorontwikkeld. In deze fase start een selectie van zorgaanbieders met het experiment.
- Fase 1b Overgangsperiode (jaar 4; 1 januari 2029 – 31 december 2029): Deze fase zien we als een overgangsjaar. In deze fase wordt er naar gestreefd om de selectie van zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment uit te breiden naar ongeveer 50 tot 70 zorgaanbieders.
- Fase 2 Implementatieperiode (jaar 5; 1 januari 2030 – 31 december 2031). Het laatste jaar van de experimenteerperiode gebruiken zorgaanbieders en zorgverzekeraars als implementatieperiode waarbij ervaring wordt opgedaan met de inkoop van de bekostiging bij alle gecontracteerde zorgaanbieders.

1.3 Evaluatie

De NZa voert vooraf, tijdens en aan het einde van de looptijd van het experiment een onderzoek uit (hierna: evaluatie). Een tussen- en eindevaluatie is voor de NZa ook verplicht volgens de Wmg.

De evaluatie gaat in op de doelen van het experiment (zie punt 1.1). Inzichten uit deze evaluatie worden gebruikt om in de periode van het experiment bij te sturen en om na afloop van het experiment weloverwogen beleidsbeslissingen voor de bekostiging tijdelijk verblijf te kunnen maken.

Dit plan van aanpak beschrijft op grote lijnen wat we gaan meten en hoe de governance structuur eruit gaat zien. In de tweede helft van 2025 gaat de NZa verder met de operationalisatie van de indicatoren, onderzoeksopzet en analyses.

2 Onderzoeksvragen

Naar aanleiding van de doelstellingen van het experiment zoals weergegeven in hoofdstuk 1, hebben we onderzoeksvragen geformuleerd. Deze zijn hieronder beschreven.

1. Hoe verloopt de ingroeiperiode volgens zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroeps- en branchepartijen en VWS?

Deze onderzoeksvraag valt uiteen in de volgende sub vragen:

- a) Verloopt de ingroeiperiode zoals beschreven in het Convenant? In het Convenant staan fases van de ingroeiperiode benoemd, inclusief jaartallen. In het Convenant is ook vastgelegd wat we verwachten qua aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars die meedoen in de verschillende fases van het experiment.
- b) Afhankelijk van de uitkomst bij de voorgaande vraag: Waarom verloopt de ingroeiperiode niet zoals beschreven in het Convenant?

2. Wat zijn de ervaringen van de zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking tot de uitvoerbaarheid en passendheid van de bekostiging in de praktijk?

Deze onderzoeksvraag valt uiteen in de volgende sub vragen:

- a) Wat verandert er qua organisatie bij zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars na deelname aan het experiment bekostiging? We toetsen hier de beleidstheorie¹ (zie concept in 7.1).
- b) In hoeverre is deze bekostiging uitvoerbaar voor zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars? Met uitvoerbaarheid bedoelen we hier dat de experiment bekostiging werkbaar (eenvoudig, ervaren administratieve lasten behapbaar) bevonden moet worden door zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- c) In hoeverre is deze bekostiging passend voor de brede doelgroep van revalidatie- en herstellzorg? Met passendheid bedoelen we hier dat de experiment bekostiging voor alle doelgroepen die worden behandeld binnen revalidatie- en herstellzorg geschikt moet zijn (de zorg voor elke doelgroep kan gedeclareerd worden en hiervoor gelden gemiddeld genomen passende tarieven).
- d) Wat kan er nog verbeterd worden aan de experiment bekostiging? In tekst box twee staan suggesties hiervoor vanuit een eerder rapport.

¹ Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is een beleidstheorie noodzakelijk. Een beleidstheorie maakt inzichtelijk hoe we denken dat deze aanpassing in bekostiging gaat leiden tot onze doelen. Het maakt de veronderstellingen die hieronder liggen expliciet. In dit plan van aanpak is een concept beleidstheorie opgesteld. Dit kader is besproken en afgestemd met betrokken partijen in de werkgroepen in 2024. In 2025 gaan we de verwachtingen van het experiment bespreken met zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We verwachten de beleidstheorie dan nog verder te verfijnen. De evaluatie geeft uiteindelijk ook inzicht of het in de praktijk ook werkt zoals weergegeven.

Tekst box twee: Aandachtspunten experiment bekostiging (passend bij onderzoeksvraag 2d), zoals verwoord in het Advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf, de Beleidsregel revalidatie- en herstelzorg.

- *Modules.* Sluiten de modules aan bij de praktijk of zijn er andere modules wenselijk? In ieder geval aandacht voor specifieke doelgroepen (mensen met Korsakov, mensen met obesitas, mensen die zorg nodig hebben op een gesloten afdeling) en verpleging en verzorging.
- *Prestatie-eenheid.* Op dit moment geldt voor de behandelmodules een prestatie-eenheid per uur (wat in de praktijk neerkomt op een declaratie-eenheid van 5 minuten) en een verblijfmodule per dag. Gedurende het experiment onderzoeken we of een andere prestatie-eenheid wellicht passender is, zoals per dag(deel) of een differentiatie in zorgzwaarte (zie ook 'Bijlage 1. Kerncijfers en analyses bij advies nieuwe bekostiging tijdelijk verblijf' voor een uitwerking van verschillende opties).
- *Zorginhoud* koppelen aan de modulaire bekostiging. Hieronder verstaan we 1) patiëntkenmerken die samenhangen met de zorginzet en zorgkosten en 2) uitkomsten die informatie geven over de kwaliteit van de zorg. We achten dit randvoorwaardelijk voor het slagen van de experiment bekostiging (zie ook bijlage 7.1). De zorginhoud moet nog ontwikkeld worden. Dat gebeurt niet door de NZa. Maar de NZa gaat in deze evaluatie wel monitoren of voornoemde gebeurt. We houden hierover contact met afgeronde, lopende en nieuwe onderzoeken, zoals onderzoeken vanuit het programma Beter Thuis of eventuele nieuwe onderzoeken gesubsidieerd door ZonMw.

3. Wat is het effect van de experiment bekostiging op de vooraf gestelde doelen tijdens de experimenteerperiode?

Deze onderzoeksvraag valt uiteen in de volgende subvragen:

- a) In hoeverre wordt er **gemakkelijk op- en afgeschaald** in zorginzet passend bij de zorgvraag van de cliënt in de experiment bekostiging vergeleken met de reguliere bekostiging?
- b) In hoeverre wordt de **doorstroom in de keten gefaciliteerd** in de experiment bekostiging vergeleken met de reguliere bekostiging?
- c) In hoeverre zien we (kansen op) risicoselectie in de experiment bekostiging vergeleken met de reguliere bekostiging?
- d) In hoeverre is het waarschijnlijk dat de verschillen die worden gezien uit vraag a t/m c voortkomen door de experimentbekostiging of door andere factoren?

Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvragen zijn we wel beperkt door de tijdsduur en context van het experiment (zie ook hoofdstuk 6). We moeten bij de interpretatie rekening houden met wat we kunnen verwachten qua resultaten in deze vijf jaar. Kwalitatieve data zal bij deze onderzoeksvraag een belangrijke rol spelen.

3 Indicatoren

Bij elke onderzoeksvraag zijn onderzoeksonderwerpen (indicatoren) bedacht en besproken in de werkgroepen tijdelijk verblijf in 2024 en 2025. Gedurende de looptijd van de evaluatie kunnen er indicatoren toegevoegd worden of afvallen door voortschrijdend inzicht. Dit zal altijd besproken worden met de betrokken beroeps- en branchepartijen. Deze indicatoren staan in bijlage 7.2 tot en met 7.4. In 2025 volgt een uitwerking wanneer we welke indicator gaan meten. Echter, bij iedere jaarlijkse evaluatie plannen we alsnog een start moment, waarin we bekijken of we die onderwerpen inderdaad gaan onderzoeken. Het is namelijk niet wenselijk om bij het opstellen van dit plan van aanpak al helemaal vast te stellen wat we ieder jaar tot 2030 gaan onderzoeken, vooral omdat we de voortgang van het experiment niet kunnen inschatten. We kunnen jaarlijks beter inschatten wat op dat moment belangrijk is.

Er zijn een aantal indicatoren geformuleerd die wel vast staan en ieder jaar gemeten worden. Dit zijn de indicatoren die direct zijn gekoppeld aan de doelen van het experiment. Deze indicatoren zijn de KPI's². De KPI's zijn afgestemd met betrokken beroeps- en branchepartijen. Deze KPI's vinden we de belangrijkste punten om te monitoren. Er wordt op dit moment (bij start van het experiment) geen waarde gesteld bij de KPI's dat aangeeft of het experiment geslaagd is (bijvoorbeeld: variatie in behandeluren tussen patiënten moet 10% toenemen), maar wel een richting (bijvoorbeeld: variatie in behandeluren tussen patiënten moet toenemen). De waarde aan de uitkomsten worden besproken in andere overleggen op basis van de resultaten van de KPI's (zie hoofdstuk governance structuur). Het is wel wenselijk om hier na de start van het experiment (bijvoorbeeld na jaar 2) een waarde aan te hangen. Dit wordt besproken aan de beleidstafels.

Deze KPI's staan in Tabel 1 weergegeven. De eerste KPI's zijn kwantitatief van aard en de laatste KPI's kwalitatief van aard.

² Belangrijk is dat deze KPI's niet op zichzelf staan. Er is aanvullende informatie nodig om de resultaten van de KPI's te duiden. Dat doen we door 1) ze te bespreken met de eerste deelnemende zorgaanbieders en zorgverzekeraars van het experiment en met betrokken beroeps- en branchepartijen in werkgroepen; 2) overig (wetenschappelijk) onderzoek en 3) uitkomsten van onderzoek op de andere indicatoren.

Tabel 1. KPIs

Onderzoeks-vraag	KPI	Welke niveaus	Wat verwachten we/wat moet het zijn	Kwalitatief/ kwantitatief	Duidelijke richting verwacht?	Te gebruiken data dat hier inzicht in geeft
3a	Meer variatie in totaal aantal behandelminuten in de behandelmodules binnen de experiment bekostiging ten opzichte van de reguliere bekostiging elv en grz. NB: naast variatie, berekenen we ook het gemiddelde/mediaan.	Per patiënt per dag voor het totale traject; tussen patiënten per zorgaanbieder; tussen patiënten landelijk.	We verwachten dat de variatie meer wordt in het experiment vergeleken met de reguliere bekostiging doordat er makkelijk op- en afgeschaald kan worden en er diverse doelgroepen worden behandeld. We onderzoeken bij deze KPI dan ook de achtergrond van de variatie (prikkel bekostiging om op- en af te schalen, diversiteit doelgroepen, schaarste personeel).	Kwantitatief	Ja	<u>Voorafgaand experiment:</u> Registratieonderzoek elv en Vektis declaratiedata/DIS grz <u>Tijdens experiment:</u> Vektis declaratiedata experimenteerpactijen en Vektis declaratiedata/DIS grz <u>Einde experiment:</u> Vektis declaratiedata
3a	Variatie in ligduur van patiënten binnen de experiment bekostiging ten opzichte van patiënten binnen de reguliere bekostiging elv en grz. NB: naast variatie, berekenen we ook het gemiddelde/mediaan.	Tussen patiënten, uitgesplitst naar herkomst en uitstroom; per zorgaanbieder; landelijk.	We verwachten meer variatie in de ligduur per patiënt in het experiment vergeleken met de reguliere bekostiging doordat er makkelijk op- en afgeschaald kan worden en er diverse doelgroepen worden behandeld. Verder zijn zoveel factoren hierop van invloed die hypothetisch ook verband houden met de bekostiging (bijvoorbeeld meer diversiteit doelgroepen), waardoor we niet kunnen zeggen of we verwachten dat de gemiddelde ligduur toe of afneemt.	Kwantitatief	Ja	<u>Voorafgaand experiment:</u> Vektis declaratiedata elv en Vektis declaratiedata/DIS grz <u>Tijdens experiment:</u> Vektis declaratiedata experimenteerpactijen, Vektis declaratiedata elv en Vektis declaratiedata/DIS grz <u>Einde experiment:</u> Vektis declaratiedata

Onderzoeks-vraag	KPI	Welke niveaus	Wat verwachten we/wat moet het zijn	Kwalitatief/ kwantitatief	Duidelijke richting verwacht?	Te gebruiken data dat hier inzicht in geeft
3a	Variatie in zorgkosten van patiënten binnen de experiment bekostiging ten opzichte van patiënten binnen de reguliere bekostiging elv en grz. NB: naast variatie, berekenen we ook het gemiddelde/mediaan.	Per patiënt, uitgesplitst naar herkomst; per zorgaanbieder; landelijk.	We verwachten meer variatie in de gemiddelde kosten per patiënt in het experiment vergeleken met de reguliere bekostiging doordat er makkelijk op- en afgeschaald kan worden en er diverse doelgroepen worden behandeld. Verder zijn zoveel factoren hierbij van invloed die hypothetisch ook verband houden met de bekostiging (bijvoorbeeld meer diversiteit doelgroepen), waardoor we niet kunnen zeggen wat we van deze variabele verwachten.	Kwantitatief	Ja	<u>Voorafgaand experiment:</u> Vektis declaratiedata elv, grz <u>Tijdens experiment:</u> Vektis declaratiedata elv, grz, experiment <u>Einde experiment:</u> Vektis declaratiedata
3b, 3c	Instroom en uitstroom van patiënten die behandeld zijn bij zorgaanbieders bekostigd vanuit de experiment bekostiging (ten opzichte van zorgaanbieders bekostigd vanuit de reguliere bekostiging elv en grz).	Per zorgaanbieder; landelijk	De hypothese is dat de case-mix gevarieerder wordt en er daardoor ook een diverser beeld is in herkomst en uitstroom (bijvoorbeeld meer vanuit het ziekenhuis en minder naar de Wlz, meer naar ambulant)	Kwantitatief	Nee	<u>Voorafgaand experiment:</u> Vektis declaratiedata Zvw en Wlz <u>Tijdens experiment:</u> Vektis declaratiedata Zvw en Wlz <u>Einde experiment:</u> Vektis declaratiedata Zvw en Wlz
3a	Het percentage aantal heropnames bij het tijdelijk verblijf van patiënten die al eerder behandeld zijn bij aanbieders bekostigd vanuit de experiment bekostiging (ten opzichte van patiënten die behandeld zijn bij aanbieders bekostigd vanuit de reguliere bekostiging elv en grz).	Per zorgaanbieder; landelijk	De hypothese is dat er vanuit de bekostiging een prikkel komt om meer passende zorg te leveren en daardoor zou mogelijk het aantal heropnames worden verminderd. Aan de andere kant is zorgzwaarte van patiënten een belangrijke factor en dat houdt hypothetisch ook verband met de bekostiging. Daardoor kunnen we nog niet zeggen wat we van deze variabele verwachten.	Kwantitatief	Nee	<u>Voorafgaand experiment:</u> Vektis declaratiedata Zvw en Wlz <u>Tijdens experiment:</u> Vektis declaratiedata Zvw en Wlz <u>Einde experiment:</u> Vektis declaratiedata Zvw en Wlz

Onderzoeks-vraag	KPI	Welke niveaus	Wat verwachten we/wat moet het zijn	Kwalitatief/ kwantitatief	Duidelijke richting verwacht?	Te gebruiken data dat hier inzicht in geeft
3b en 3c	Het plaatsen van patiënten en specifieke doelgroepen is makkelijker bij zorgaanbieders die werken met experiment bekostiging ten opzichte van reguliere bekostiging.	Zorgaanbieder	We verwachten dat het plaatsen bij zorgaanbieders in het experiment makkelijker gaat dan bij zorgaanbieders onder de reguliere bekostiging. Hierbij rekening houden met de opstartfase, omdat de selecte groep zorgaanbieders in de beginjaren hierin anders kan zijn dan de gemiddelde zorgaanbieder.	Kwalitatief	Ja	Informatie verzamelen (bijv. d.m.v. interviews/vragenlijsten: ophalen bij verwijzers en coördinatiefuncties of zij mensen makkelijker kunnen plaatsen bij de deelnemende zorgaanbieder. Conclusies vormen in focusgroepen ³ .
2b	De ervaren administratieve lasten blijven gelijk bij zorgaanbieders die werken met experiment bekostiging ten opzichte van reguliere bekostiging.	Zorgverlener, zorgaanbieder, zorgverzekeraar	We verwachten dat de lasten in verhouding staat met wat de modulaire bekostiging oplevert. Rekening houdend met extra lasten in opstartfase. Vanuit elv kan het als een verzwaring aanvoelen, vanuit de GRZ als een verlichting. De verwachting is dat één systematiek voor revalidatie- en herstelzorg uiteindelijk minder administratie vergt dan de huidige twee registraties elv en grz. Schaduwregistratie is hier ook van belang want anders zijn de lasten juist hoger. Hierbij ook aandacht hebben voor genees- en hulpmiddelen, nu de aanspraak gelijk getrokken wordt omdat dat ook voor een verschil kan zorgen in ervaren lasten.	Kwalitatief	Ja	Informatie verzamelen (bijv. d.m.v. interviews/vragenlijsten, nader te bepalen), conclusies vormen in focusgroepen ³ . De klankbordgroep van professionals vanuit Actiz gebruiken om dit vorm te geven.

³ Ervaringen ophalen/samenwerking met initiatieven Beter Thuis, omdat zij veel ervaring hebben met kwalitatief onderzoek bij deze doelgroep.

Onderzoeks-vraag	KPI	Welke niveaus	Wat verwachten we/wat moet het zijn	Kwalitatief/ kwantitatief	Duidelijke richting verwacht?	Te gebruiken data dat hier inzicht in geeft
3a	Meer ervaren vrijheid om zorg in te zetten die nodig is op het juiste moment (professionele autonomie) bij behandelaars die werken met experiment bekostiging (onder de behandelmodules) ten opzichte van reguliere bekostiging.	Zorgverlener, zorgaanbieder	We verwachten meer ervaren vrijheid in het experiment vergeleken met de reguliere bekostiging doordat er een directe vergoeding tegenover staat. Dit hangt ook samen met aantal heropnames en variatie behandelminuten, en tevredenheid zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars dat gemeten wordt.	Kwalitatief	Ja	Informatie verzamelen (bijv. d.m.v. interviews/vragenlijsten, nader te bepalen), conclusies vormen in focusgroepen ³ . De klankbordgroep van professionals vanuit Actiz gebruiken om dit vorm te geven.

In de tabellen met de KPIs en indicatoren staat ook een voorstel welke bronnen gebruikt kunnen worden. Dit is ter indicatie. De precieze uitwerking hoe we de indicatoren gaan onderzoeken volgt nog. Het uitgangspunt is wel dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande dataverzamelingen, registraties en analyses.

We zien de volgende opties:

- Data-analyse op data:
 - verzameld vanuit het registratieonderzoek;
 - uit declaraties van het experiment;
 - uit declaraties van de reguliere datastroom elv, grz, msz, gzsp, wijkverpleging, Wlz crisiszorg vv en eventuele andere sectoren waarvan de data nodig is om de herkomst en ontslag bestemming van patiënten in beeld te krijgen.
- Interviews of focusgroepen met een selectie van zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars. Zij worden onder andere geselecteerd uit de groep die de vragenlijst heeft ingevuld. Deze focusgroepen kunnen, afhankelijk van het onderwerp, met alleen behandelaars/zorgaanbieders/zorgverzekeraars zijn of met een mix. We streven ernaar om een brede afvaardiging mee te nemen, van zowel partijen die koploper zijn en vroeg deelnemen aan het experiment, als partijen die kritisch en terughouden zijn. De focusgroepen zien we niet alleen als een manier om gegevens te verzamelen, maar ook als een manier om uitwisseling van kennis en ideeën tussen de deelnemers te faciliteren. Zo kunnen de deelnemers zelf ook inspiratie opdoen en/of wat leren van elkaar(s visie).
- Interviews met de Patiëntenfederatie.
- Interviews met transferbureaus, transferverpleegkundigen en coördinatiepunten
- Contractanalyse op contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Online documentanalyse zoals bijvoorbeeld documenten over inkoopvoorwaarden die zorgverzekeraars publiceren.
- Jaarlijkse (2025-2030) verplichte vragenlijst voor een representatieve groep zorgaanbieders uit het elv en grz om de ervaringen te volgen. Deze vragenlijst moet zo kort en duidelijk mogelijk opgesteld worden. De groep moet zorgaanbieders bevatten die wel meedoen aan het experiment en niet meedoen aan het experiment. We willen namelijk meningen over het experiment ophalen van de deelnemende en de niet deelnemende zorgaanbieders.
 - We vragen de zorgaanbieders om een korte vragenlijst door te sturen naar de zorgverleners die het meeste zorg leveren (of: zouden kunnen leveren indien geen deelname aan het experiment) onder de modules, zoals specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeut, psycholoog, verpleegkundig specialist/physician assistant. We streven ernaar dat er van elke zorgaanbieder ook een of meerdere vragenlijsten vanuit een van de zorgverleners wordt ingevuld. Deze vragenlijst moet zo kort en duidelijk mogelijk opgesteld worden. Daarnaast vragen we de betrokken beroepsorganisaties om de vragenlijst te verspreiden onder hun leden.
- Jaarlijkse (2025-2030) verplichte vragenlijst voor zorgverzekeraars. Dit zijn alle zorginkoopconcerns.

Indien nodig nemen wij contact op met de ACM om te onderzoeken in welke mate bovengenoemde resultaten gedeeld mogen worden in de verschillende overleggen.

4 Rapportage

Er vindt jaarlijks een evaluatie met rapportage plaats vanaf 2025 tot en met 2030.

- In het jaar 2025 gaat het vooral om het meten van de verwachtingen van het experiment bij de verschillende gebruikers en het bespreken van het theoretisch kader. Het onderzoek zal kwalitatief van aard zijn.
- In het jaar 2026 focussen we ons op de eerste twee onderzoeksvragen (ingroeiperiode, ervaringen bekostigingsstructuur). Dit zal kwalitatief en kwantitatief van aard zijn. De KPI's worden gemeten.
- In de jaren 2027 tot en met 2030 focussen we ons op alle onderzoeksvragen (ingroeiperiode, ervaringen bekostigingsstructuur, effecten van de experiment bekostiging). Dit zal kwalitatief en kwantitatief van aard zijn. De KPI's worden gemeten

We streven er wel naar om in 2029 een volledige eindrapportage op te leveren, zodat dit op tijd input vormt voor de besluitvorming op de toekomstige bekostiging.

De rapporten dienen als basis voor de gesprekken over het experiment aan de beleidstafels. Het bevat geen conclusie over of het experiment moet stoppen of juist regulier gemaakt moet worden. Dat wordt aan de beleidstafels besproken.

5 Governance structuur

De evaluatie wordt uitgevoerd door de NZa, maar met advies van betrokken partijen en adviseurs vanuit de wetenschap. Daarvoor hanteren we het volgende:

- Advies vanuit de beleidsadviesgroep (BAG): alle relevante stakeholders (in ieder geval: ActiZ, NIP, Patiëntenfederatie, Vaktherapie Nederland, Verenso, vertegenwoordiging vanuit de Wijkklinieken/proeftuinen, vertegenwoordiging vanuit de paramedische beroepen, V&VN, ZN, VWS) en zij kunnen leden meenemen voor ervaringsdeskundigheid. Bijeenkomst ongeveer twee keer per jaar.
 - In deze groep worden onder andere de volgende onderwerpen besproken: ontvangen signalen vanuit de achterban van partijen, onderzoeksopzet (wat gaan we meten, hoe gaan we het meten, opzet vragenlijsten, opzet focusgroepen, opzet kwantitatieve analyses), werving van deelnemers.
 - In de werkgroep worden de uitkomsten van de (tussen)evaluaties ook besproken en geduid, voordat we de uitkomsten in bestuurlijke overleggen bespreken en rapportages publiceren.
- Advies van de wetenschappelijke adviescommissie (WAC): bestaande uit nog nader te bepalen relevante wetenschappelijke expertise met betrekking tot revalidatie- en herstellzorg en methodologie van evaluatie van beleid en alternatieve bekostiging. Bijeenkomst ongeveer twee keer per jaar.

De evaluatie vormt input voor het bestuurlijk overleg experiment modulaire bekostiging. Deelnemers aan het bestuurlijk overleg zijn de partijen die ook het convenant ondertekenen. In het bestuurlijk overleg worden de uitkomsten van de evaluaties besproken, waarbij de focus ligt op de KPI's. Aan deze bestuurlijke tafel wordt besproken of het nodig is om het experiment bij te sturen en/of er door kan worden gegaan naar de volgende fase (go/no go). Dat wordt dus niet besloten en opgeschreven in de rapportages van de evaluatie.

6 Aandachtspunten

Bij het evalueren van het experiment speelt een aantal aandachtspunten. Deze lichten wij hieronder toe.

Het is moeilijk om de effecten van het experiment te isoleren van andere ontwikkelingen

De experimentbekostiging is een grote verandering in de bekostiging in een dynamisch zorglandschap. Naast de experimentbekostiging verwachten we meerdere veranderingen in deze sector de komende jaren, zoals interventies die zich richten op de schaarste van personeel en wetgeving over zzp'ers. Dit maakt het lastiger om vast te stellen in hoeverre de experimentbekostiging heeft geleid tot de vooraf gestelde doelen, en welke effecten de andere veranderingen hebben gehad. Dit nemen we mee in de formulering van onze resultaten. Daarnaast bekijken we jaarlijks hoe we dit zo goed mogelijk kunnen meenemen in de analyses/bepaling van de onderzoeksmethodiek en of we aanvullende gegevens uitvragen nodig achten. We hebben bijvoorbeeld veel data beschikbaar die we kunnen gebruiken voor onze KPI's, maar we missen data vanuit de reguliere elv tijdens het experiment.

Controlegroep

Idealiter wordt er gewerkt met een testgroep met de modulaire bekostiging en een controlegroep met de reguliere bekostiging, die nagenoeg vergelijkbaar zijn en waarvan dezelfde data beschikbaar is om analyses op uit te voeren. Echter dat is in de praktijk voor dit experiment niet mogelijk. We zijn ons er van bewust dat de groep die niet meedoet aan het experiment andere kenmerken kan hebben dan de groep die wel meedoet aan het experiment (vooral in fase 1, omdat het daar geen willekeurige keuze is om wel of niet mee te doen aan het experiment). Hier proberen we bij de keuze voor de onderzoeksmethodiek, de analyse van de gegevens en weergave van de resultaten zo goed mogelijk rekening mee te houden. Bij de kwantitatieve data-analyse zullen we bijvoorbeeld bij dezelfde zorgaanbieder vergelijkingen maken met het verleden (zodat we een patroon in de tijd weergeven) en/of corrigeren voor bepaalde kenmerken die verschillen tussen wel en niet-deelnemende partijen (voor zover bekend en mogelijk). Bij de kwalitatieve analyse kunnen we ingaan op de ervaren veranderingen na start van het experiment bij de deelnemers, en het zo goed mogelijk vormen van vergelijkingsgroepen uit bijvoorbeeld de vragenlijsten.

Het kost tijd om te kunnen bepalen of de doelen van de bekostiging behaald worden

Daarnaast verwachten wij dat het nodig is om enige tijd met de experimentbekostiging te moeten werken, voordat we kunnen aangeven of de doelen van de bekostiging behaald worden met het experiment. Door ook de tussenstappen te onderzoeken (hoe we verwachten dat het experiment leidt tot de doelen, zie bijlage 7.1), kunnen we al wel meer inzicht krijgen in het verwachte verloop van het experiment als er langer mee doorgegaan zou worden. Daarnaast verwachten we met de koplopers (zorgaanbieders en zorgverzekeraars die al in 2026 en 2027 aan het experiment deelnemen) wel wat te kunnen zeggen over het behalen van de doelen van het experiment in deze groep deelnemers. Door gezamenlijk met de beroeps- en branchepartijen over de resultaten van het onderzoek in gesprek te gaan, kunnen we de resultaten meer duiding geven. Zo kunnen we met de evaluatie wel een zo goed mogelijk begrip krijgen over in hoeverre de doelen van de experimentbekostiging worden gehaald. Het gesprek met de beroeps- en branchepartijen vormt dan ook een belangrijk onderdeel van de evaluatie.

7 Bijlagen

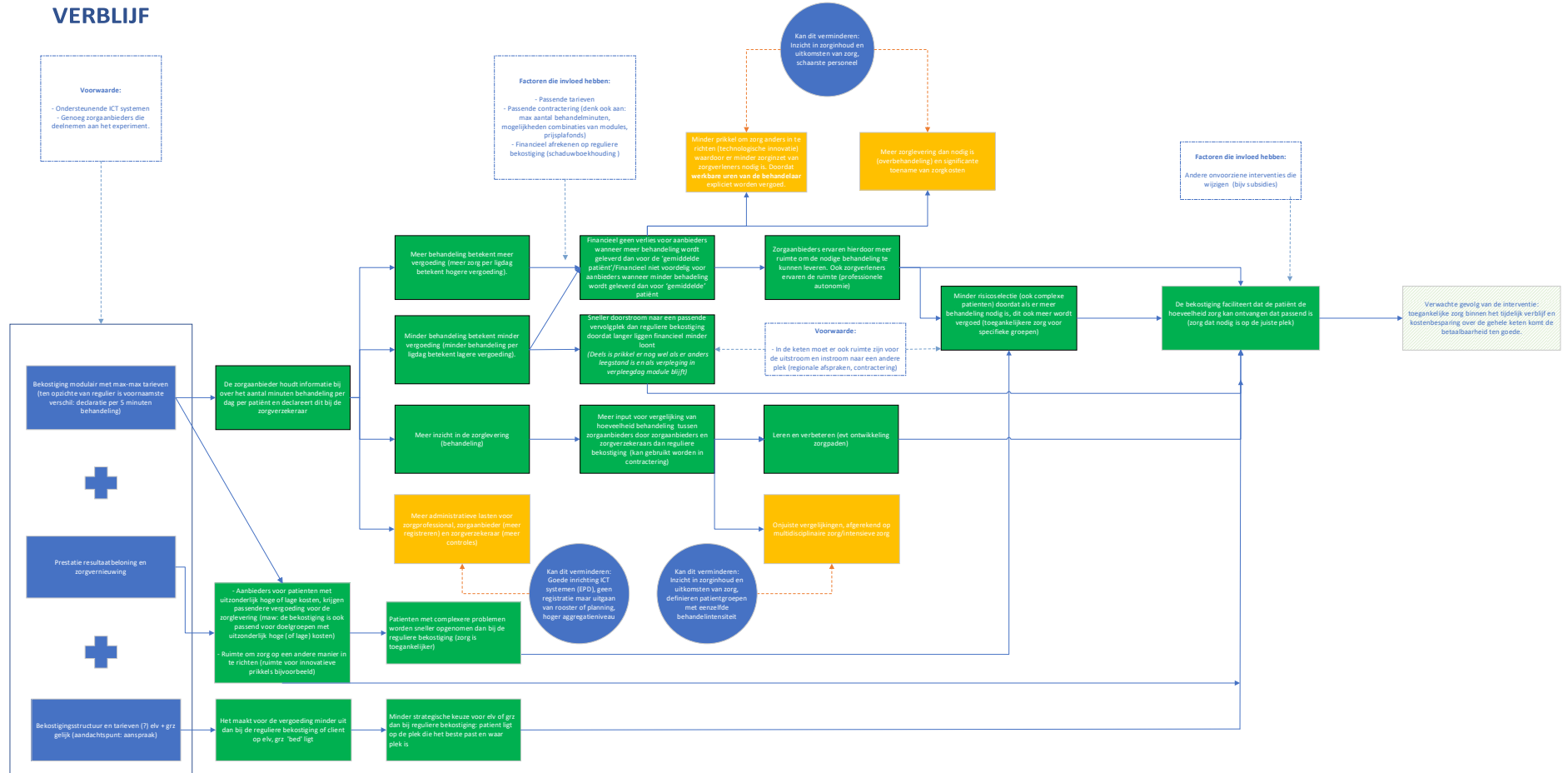
7.1 Theoretisch kader

Dit kader is alleen leesbaar als dit document wordt geopend met een programma waarbij ingezoomd kan worden. Het kader is ook apart op te vragen bij de NZa.

**EXPERIMENT
TIJDELIJK
VERBLIJF**

VERWACHTE BELANGRIJKSTE DIRECTE EN INDIRECTE GEVOLGEN van de ingevoerde financiële prikkels in het experiment

DOEL



7.2 KPI's

7.3 Indicatoren onderzoeksvraag 1

Onderzoeksvraag	Indicator	Welke niveaus	Wat verwachten we/wat moet het zijn	Kwalitatief/kwantitatief	Duidelijke richting verwacht?	Bron data
1a en 1b	Aantal zorgaanbieders en zorgverzekeraars die deelnemen aan het experiment + reden wel/geen deelname (stoppen)	Zorgaanbieder, zorgverzekeraar	Volgens de fases zoals besproken in het Convenant. Als er meer zorgaanbieders deelnemen, dan verwachten we hierbij ook dat er een spreiding zit tussen zorgaanbieders in omzet, regio's, met/zonder grz, stedelijk/niet stedelijk.	Beiden	Ja, toename	Aantallen: Vektis declaratiedata Reden: Interviews met deelnemende, niet deelnemende en stoppende zorgaanbieders en zorgverzekeraars
1a en 1b	Draagvlak voor het experiment	Beroeps- en branchepartijen	Positieve ervaringen en verwachtingen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgprofessionals, overheidspartijen en de Patiëntenfederatie voor het experiment.	Kwalitatief	Nee	Interviews met beroeps- en branchepartijen die hun achterban vertegenwoordigen. Om de administratieve lasten behapbaar te houden. Als er aanleiding voor is: individuele zorgaanbieders,

						zorgverleners en zorgverzekeraars.
--	--	--	--	--	--	------------------------------------

7.4 Indicatoren onderzoeksvraag 2

Onderzoeksvraag	Indicator	Welke niveaus	Wat verwachten we/wat moet het zijn	Kwalitatief/kwantitatief	Duidelijke richting verwacht?	Bron data
2a	Werkwijze registratie en declaratie behandelminuten	Zorgaanbieders, zorgverleners	We verwachten dat de geleverde behandeling (obv werkelijke uren, rooster) en overige registratievereisten worden geregistreerd en gedeclareerd en dat dit makkelijk wordt gemaakt in de EPD systemen en vervolgens gedeclareerd kan worden.	Kwalitatief	Steeds uniformer tussen zorgaanbieders	Focusgroep met deelnemende zorgaanbieders en zorgverleners (focusgroep, zodat er ook nog van elkaar geleerd kan worden)

2a	Concept beleidstheorie toetsen	Zorgaanbieders, zorgverzekeraar, zorgverleners	We verwachten dat er nog punten zijn om de beleidstheorie aan te scherpen, daarom toetsen we dit voorafgaand aan het experiment. Tijdens het experiment bespreken we dit ook, zodat we blijvend toetsen of de theorie aansluit bij de praktijk.	Kwalitatief	Nvt	Focusgroepen met afzonderlijk een aantal zorgaanbieders, aantal zorgverzekeraars en aantal zorgverleners die deel gaan nemen/deelnemen aan het experiment.
2a	Vergelijkingen tussen zorgaanbieders naar aanleiding van inzicht in hoeveelheid zorglevering (behandeling)	Zorgaanbieders	Meer vergelijkingen tussen zorgaanbieders door zorgaanbieders om van elkaar te leren, doordat er meer inzicht is in de geleverde zorg (behandeling). Daarbij kijken we ook welke rol context (zoals patiëntkenmerken, uitkomsten van zorg, regio) een rol speelt bij eventuele vergelijkingen.	Kwalitatief	Ja, toename	Interviews met zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment
2a	Vergelijkingen tussen zorgaanbieders door zorgverzekeraars naar aanleiding van inzicht in hoeveelheid zorglevering (behandeling)	Zorgverzekeraars	Meer vergelijkingen tussen zorgaanbieders door zorgverzekeraars, doordat er meer inzicht is in de geleverde zorg (behandeling). We verwachten dat dit een rol gaat spelen in de contractering. Daarbij kijken we ook welke rol context (zoals patiëntkenmerken, uitkomsten van zorg, regio) een rol speelt bij eventuele vergelijkingen.	Kwalitatief	Ja, toename	Interviews met zorgverzekeraars
2b	Ervaren administratieve lasten	Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgverleners	De administratieve lasten zijn hoger dan de lasten van de reguliere bekostiging, maar het staat – volgens de subjectieve mening van betrokkenen- wel in verhouding tot wat de bekostiging interventie oplevert. Daarbij houden we rekening met inrichting EPD systemen, verschil tussen lasten start experiment en later in het experiment en eventuele schaduwboekhouding.	Kwalitatief	Ja, toename tov regulier, afname gedurende experiment	Focusgroepen met afzonderlijk een aantal zorgaanbieders, aantal zorgverzekeraars en aantal zorgverleners die deel gaan nemen/deelnemen aan het experiment.

2b	Duidelijkheid modules	Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgverleners	We verwachten dat we de modules kunnen verduidelijken gedurende het experiment. Daaronder valt: zijn de prestaties goed te begrijpen/intuïtief (eenvoudig), en worden deze overal op dezelfde manier gedeclareerd?	Kwalitatief	Ja, toename	Focusgroepen met afzonderlijk een aantal zorgaanbieders, aantal zorgverzekeraars en aantal zorgverleners die deel gaan nemen/deelnemen aan het experiment. (focusgroep, zodat we beter kunnen zien of het op eenzelfde manier wordt gedeclareerd)
2b	Tevredenheid	Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgverleners	We verwachten dat van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars tevreden blijven omdat ze de bekostiging eigen maken en er positieve verwachtingen/effecten zijn.	Kwalitatief	Ja, blijft gelijk of toename	Interviews met zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars.
2c	Frequentie modules binnen het experiment	Landelijk per module	We verwachten dat alle modules worden gebruikt en dat het gebruik hiervan toeneemt gedurende het experiment. Hierbij kijken we onder andere naar: aantal keer dat een module wordt gedeclareerd, omzet per module. Dit bekijken we in samenhang met de inkoopafspraken die hierover gemaakt worden.	Kwantitatief	Ja, toename	Vektis declaratiedata

2c	Gebruik max-max	Landelijk en per zorgverzekeraar	We verwachten dat de max-max wordt ingezet maar dat dit steeds minder gebeurt doordat de modules en tarieven passender worden. Aan de andere kant worden de aanbieders weer diverser later in het experiment dus het gebruik kan ook weer toenemen. We onderzoek hierbij waarom de max-max wordt ingezet.	Kwantitatief en kwalitatief	Nee	Vektis declaratiedata, interviews met zorgverzekeraars
2c	Inzet module resultaatbeloning en zorgvernieuwing	Zorgverzekeraar	We verwachten dat deze module wordt ingezet maar dat dit steeds minder gebeurt doordat de reguliere modules en tarieven passender worden. Aan de andere kant worden de aanbieders weer diverser later in het experiment dus het gebruik kan ook weer toenemen. We onderzoek hierbij waarom deze module wordt ingezet.	Kwalitatief	Nee	Interviews met zorgverzekeraars
2d	Mogelijkheid om groepen te kunnen identificeren op basis van gebruik modules	Per cliënt per dag en per traject	We verwachten groepen te kunnen identificeren, dat gebruikt kan worden voor het zorginhoudelijke ontwikkeling danwel vereenvoudiging van de modules	Kwantitatief	Nee	Vektis declaratiedata
2d	Prestatie-eenheid	Per cliënt per dag en per traject	We onderzoeken of we andere prestatie-eenheden vinden die ook passend zijn en minder administratieve lasten met zich mee brengen. Geen verwachtingen bij.	Kwantitatief	Nee	Vektis declaratiedata

2d	Zorgtechnologie	Nvt	Geen specifiek doel van deze bekostiging dus we hebben hier geen verwachting bij. We onderzoeken wel in welke mate de bekostigingsinterventie zorgt voor meer zorgtechnologie, omdat we dit punt belangrijk vinden. Daarbij kijken we onder andere contracterafspraken die hierover gemaakt worden maar ook naar de mogelijkheden die zorgaanbieders zien voor deze technologie binnen deze bekostiging (in vergelijking met reguliere bekostiging). Neem ook mee in hoeverre de module resultaatbeloning en zorgvernieuwing hier voor nodig is.			
2d	Zorginhoud (patiëntkenmerken en uitkomsten)	nvt	We monitoren in deze evaluatie de voortgang hiervan, aangezien dit als randvoorwaardelijk wordt gezien voor de bekostigingsinterventie.	Kwalitatief	Ja, toename	Documentanalyse, interview met betrokken partijen

7.5 Indicatoren onderzoeksvraag 3

Onderzoeksvraag	Indicator	Welke niveaus	Wat verwachten we/wat moet het zijn	Kwalitatief/ kwantitatief	Duidelijke richting verwacht?	Bron data
-----------------	-----------	---------------	-------------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------

3a	Contractafspraken	Zorgverekeraar	Contractering maakt het behalen van onze doelen mogelijk (belemmert niet). Hierbij onderzoeken we het afgesproken max tarief en de mate waarin afspraken worden gemaakt over: de hoeveelheid in te zetten modules en wanneer deze wel of niet mogen worden ingezet; budgetplafonds; contractering boven en onder het max tarief; wel/niet mogen inzetten van BIG-geregistreerde zorgprofessionals.	Kwalitatief	Nvt	Contracten
3a	Financiële situatie	Zorgaanbieders	Gezonde financiële situatie als indicatie voor passend tarief. Hier zitten wel haken en ogen aan, aangezien zorgaanbieders meerdere vormen van zorg leveren. Het gaat dus vooral om een check/indicatie dat kan leiden tot meer onderzoek.	Kwantitatief	Nvt	Jaarrekeningen
3a	Ervaren vrijheid zorgprofessionals en zorgaanbieder om zorg in te zetten die nodig is op het juiste moment (professionele autonomie)	Zorgverleners, zorgaanbieders	We verwachten dat zorgverleners en zorgaanbieders meer vrijheden voelen om op- en af te schalen qua behandeling dan bij de reguliere bekostiging. Hierbij houden we rekening met de rol van schaarste van personeel en leggen we de relatie met contractafspraken.	Kwalitatief	Ja, meer ervaren gevoel van vrijheid	Interviews zorgverleners en zorgaanbieders
3a	Variatie in zorgkosten Zvw en Wlz	Landelijk	De hypothese is dat de totale kosten (heel Zvw en Wlz) verspreid over X aantal jaren ongeveer gelijk blijven aan of afneemt bij patiënten die bij aanbieders in zorg zijn/aren die deelnemen aan het experiment vergeleken met de reguliere bekostiging, door opname duurdere zorg te voorkomen. Dit punt was eerst een KPI, maar dit is een moeilijke want dit is ook afhankelijk van andere factoren (zoals HLA	Kwantitatief	Nee	Vektis declaratiedata

			ouderenzorg). Daarom is dit punt nu in de long list opgenomen. Twee hypothesen zijn besproken: zorgkosten nemen af, omdat mensen eerder ambulant gaan. Zorgkosten nemen toe omdat meer complexe patiënten worden opgenomen.			
3a/3b	Wisseling tussen elv en (ambulante) grz	Patiënt, zorgaanbieders	We verwachten dat er makkelijker gewisseld wordt tussen elv en grz in de experiment bekostiging dan bij de reguliere bekostiging. Hierbij kijken we ook naar ambulante grz: we kijken in hoeverre ambulante grz wordt ingezet.	Kwantitatief en kwalitatief	Ja, meer wisselingen	Vektis declaratiedata (in ieder geval in het begin: in de beginperiode van het experiment moeten aanbieders (vanwege verschillende aanspraken) nog wel registreren of er sprake is van elv of grz) Interviews met zorgverleners en zorgaanbieders.
3b	Geen behandeling aan het einde van het traject	Patiënt, zorgaanbieders	We verwachten in de experiment bekostiging een vermindering van het aantal patiënten met ligdagen waar geen behandeling wordt gegeven aan het eind van het traject. Hierbij is de aanname dat dagen zonder behandeling aan het einde van het traject een signaal zijn dat patiënt mogelijk al eerder overgeplaatst kan worden naar een passendere vervolgplek. Dit punt stond eerst bij de KPI's maar is nu hiernaartoe verplaatst. We kunnen dit koppelen aan variatie aan ligduur en behandelminuten (dat al KPI's zijn). Duiding is belangrijk, dit punt is bijvoorbeeld sterk afhankelijk of iemand niet geplaatst kan worden op vervolgplek.	Kwantitatief	Ja, afname dagen zonder behandeling	Vektis declaratiedata

3c	Case mix/risicoselectie	Landelijk, zorgaanbieder	We verwachten dat er meer ruimte is om specifieke doelgroepen op te nemen doordat de behandeling direct wordt vergoed. Hiervoor willen kijken naar onder andere 1) herkomst (ook ligduur ziekenhuis), 2) ontslagbestemming en 3) indien mogelijk: diagnosegroepen, behandelcores, cliëntkenmerken of zorgpaden.	Kwantitatief	Ja, meer verscheidenheid patiënt groepen	Vektis declaratiedata
3c	Ervaringen plaatsen patiënten/specifieke doelgroepen/risicoselectie	Zorgaanbieders, zorgverleners, transferbureaus, Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars	We verwachten positieve ervaringen over het plaatsen van patiënten en specifieke doelgroepen. Daarbij onderzoeken we onder andere de mate waarin regionale afspraken zijn gemaakt en de mate waarin hier aandacht wordt besteed in de contractering. Daarnaast kijken we naar de tijd die nodig is om patiënten te plaatsen.	Kwalitatief	Ja, makkelijker plaatsen	Interviews zorgaanbieders, zorgverleners, transferbureaus, Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars

