



Convenant experiment revalidatie- en herstelzorg



Aanleiding

Op 1 januari 2027 start het experiment met een nieuwe bekostiging van revalidatie- en herstellzorg. Het experiment geldt voor revalidatie- en herstellzorg bestaande uit het eerstelijnsverblijf (elv), de (ambulante) geriatrische revalidatiezorg (grz) en laagcomplex medisch-specialistische zorg¹. De aanleiding voor de nieuwe bekostiging is drieledig.

1 *De huidige bekostiging is versnipperd binnen de Zvw*

Op dit moment bestaan er verschillende bekostigingsvormen voor eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg. Tegelijkertijd ontstaan er innovaties, zoals de regionale ouderenkliniek, die niet goed binnen de bestaande categorieën passen. Ook is niet altijd duidelijk of zorg onder eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg valt. Hierdoor ontstaan grijze gebieden waarbij eenzelfde cliënt bij de ene zorgaanbieder zorg ontvangt vanuit het eerstelijnsverblijf en bij een andere zorgaanbieder via de geriatrische revalidatiezorg. Het doel van de nieuwe bekostiging is het systeem te vereenvoudigen door één modulair systeem in te voeren voor: eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en laagcomplex medisch-specialistische zorg.

2 *De huidige bekostiging van het eerstelijnsverblijf sluit onvoldoende aan bij de praktijk*

De huidige bekostiging van het eerstelijnsverblijf kent vijf prestaties elk met een maximum dagtarief. In de praktijk blijkt echter dat patiënten met een complexe zorgvraag hier vaak niet goed in passen. Ook verschillen de behandelingsintensiteit en zorgbehoeften sterk tussen cliënten, waardoor zorgaanbieders behoefte hebben aan flexibele opschaling en afschaling van zorg.

3 *Potentieel van de revalidatie- en herstellzorg wordt niet volledig benut*

De huidige bekostiging bevat financiële prikkels die niet altijd bijdragen aan passende zorg. Zo kan binnen de geriatrische revalidatiezorg (grz) een prikkel ontstaan voor meer behandelinzet en langere verblijfsduur. Ook in het eerstelijnsverblijf is er een financiële prikkel om cliënten langer op te nemen dan nodig. Bovendien loont het opnemen van complexe doelgroepen niet, terwijl dit juist de beweging naar passende zorg ondersteunt. Bijvoorbeeld door iemand eerder vanuit het ziekenhuis op te nemen, of juist een ziekenhuisopname te voorkomen.

In 2023 heeft de NZa daarom, samen met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten, onderzoek gedaan naar de meest passende bekostiging voor revalidatie- en herstellzorg, destijds nog aangeduid als 'tijdelijk verblijf'. Uit dit onderzoek blijkt dat de doelgroep zeer heterogeen is en dat er grote variatie bestaat in behandelintensiteit. Op basis van dit onderzoek concluderen wij dat een modulaire bekostiging het best aansluit bij de revalidatie- en herstellzorg. Een modulaire bekostiging sluit aan op de daadwerkelijk geleverde zorg en maakt het mogelijk om de zorginzet flexibel op- en af te schalen, passend bij de zorgvraag van de patiënt. Dit leidt tot meer passende zorg.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa een aanwijzing gegeven voor het invoeren van een experiment met modulaire bekostiging voor revalidatie- en herstellzorg per 1 januari 2027. Met dit experiment wordt onderzocht in hoeverre modulaire bekostiging in de praktijk bijdraagt aan meer passende zorg. De doelstellingen van het experiment zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 5 van dit convenant.

¹ Reikwijdte experiment revalidatie- en herstellzorg: 'eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en laagcomplex medisch-specialistische zorg. Eerstelijnsverblijf als bedoeld in artikel 2.12 Bzv in verband met palliatief terminale zorg valt niet onder het experiment revalidatie- en herstellzorg en is uitgesloten.'

1 Ondertekenende partijen en looptijd convenant

In dit convenant worden met de ondertekenende partijen (hierna: convenantspartijen) afspraken vastgelegd over het experiment. De ondertekenende partijen zijn:

- ActiZ
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Verenso
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Borging patiënten perspectief

We hechten veel waarde aan het patiëntenperspectief. Daarom hebben we de nieuwe bekostiging, het experiment en de bijbehorende doelen ook besproken met de Patiëntenfederatie Nederland. Deze organisatie benadrukt het belang van het ontlabellen van bedden en het vermijden van onnodige verplaatsingen van mensen met een kwetsbare gezondheid. Ook dient zowel onderbehandeling (waarbij de zorg die nodig is niet geleverd wordt) als overbehandeling (waarbij onnodig zorg geleverd wordt) te worden voorkomen.

Op 23 april 2025 en 10 augustus 2026 heeft de Patiëntenfederatie schriftelijk bevestigd dat hun inhoudelijke inbreng en het patiëntenperspectief voldoende geborgd is in dit convenant, evenals haar betrokkenheid tijdens de looptijd van het experiment.

Daarnaast hebben we afspraken gemaakt over de samenwerking gedurende het experiment. De Patiëntenfederatie leest voorafgaand aan bestuurlijke overleggen (BO) actief mee en levert input op de vanuit patiëntperspectief relevante stukken, waaronder de evaluatie van het experiment. Deze input wordt waar mogelijk en nodig verwerkt. Voorafgaand aan ieder BO vindt contact plaats om de stand van zaken te delen en aanvullende input op te halen.

Looptijd convenant

Het convenant is van kracht vanaf de datum van ondertekening (25 september 2026) tot het afronden van het experiment revalidatie- en herstelzorg (31 december 2031 of bij eventuele instandlating van het experiment 31 december 2032).

2 Doel en reikwijdte convenant

Doel convenant

In dit convenant maken convenantspartijen, voorafgaand aan de ingangsdatum van het experiment (1 januari 2027), afspraken die kaders bieden voor de verdere invulling van de bekostiging. Hierbij wordt rekening gehouden met de geldende regels, onder meer vastgesteld door de NZa en passend binnen de Zorgverzekeringswet. Het convenant is daarmee een belangrijke basis om de komende jaren gezamenlijk te werken aan, en te leren van, de invulling van de nieuwe bekostiging, met als doel passende zorg in de revalidatie- en herstelzorg.

We maken in dit convenant expliciet afspraken over:

- het belang van revalidatie- en herstelzorg en de visie op deze zorg;
- de doelen van de bekostiging revalidatie- en herstelzorg en de doelen van het experiment;
- randvoorwaarden voor het bereiken van de doelen;
- de verschillende fases van het experiment en de te nemen stappen per fase;

- de invulling van het experiment;
- de evaluatie van het experiment;
- de governance structuur met go/no go momenten.

Reikwijdte convenant

De reikwijdte van de nieuwe bekostiging betreft 'revalidatie- en herstelzorg', gedefinieerd als:

'eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en laagcomplex medisch-specialistische zorg.

Eerstelijnsverblijf als bedoeld in artikel 2.12 Bzv in verband met palliatief terminale zorg valt niet onder het experiment revalidatie- en herstelzorg en is uitgesloten.

De regionale ouderenkliniek wordt in de eerste fase van het experiment bekostigd via een aparte module voor zorgvernieuwing en resultaatbeloning. De regionale ouderenkliniek maakt inhoudelijk onderdeel uit van de ambities in het convenant. De opname van laagcomplex medisch-specialistische zorg in de reikwijdte van het experiment loopt niet vooruit op de uiteindelijke inhoudelijke duiding van de regionale ouderenkliniek. Deze duiding wordt in een separaat traject nader uitgewerkt. Dat betekent dat we gezamenlijk toewerken naar een goede beschrijving van dit type zorg en de bijbehorende bekostiging, een en ander met inachtneming van de door de NZa in dit kader in het leven geroepen regelgeving.

3 Belang van revalidatie- en herstelzorg

Revalidatie- en herstelzorg is een belangrijk onderdeel van de zorgketen voor mensen met een kwetsbare gezondheid, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen of mensen met een verstandelijke beperking. Revalidatie- en herstelzorg kan ingezet worden bij ouderengeneeskundige revalidatievragen, maar ook voor medisch-generalistische observatie, diagnostiek, behandeling en herstelzorg. Daarbij kan het doel bijvoorbeeld zowel stabiliseren of overbruggen zijn (gericht op herstel en/of observatie) of intensieve behandeling of revalidatie voor ouderen met een reëel revalidatiepotentieel (bijvoorbeeld na een CVA, heupfractuur of exacerbatie).

Bij thuiswonende mensen met kwetsbaarheid wordt rekening gehouden met situaties waarin een plotselinge, acute zorgvraag ontstaat, waarbij iemand tijdelijk niet meer zelfstandig thuis kan wonen. In die gevallen kan het een uitkomst bieden om de patiënt tijdelijk op te nemen. Ook kan er sprake zijn van een geriatrische revalidatiezorgvraag, die kan ontstaan vanuit de thuissituatie of na een opname in een ziekenhuis voor een medisch-specialistische behandeling. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, ernstige botbreuk of longaanval. Voor deze kwetsbare ouderen kan geriatrische revalidatiezorg, met en zonder verblijf, ingezet worden. Met als doel hen te helpen terug te keren naar de thuissituatie om zo goed mogelijk deel te kunnen blijven nemen aan het maatschappelijk leven².

De revalidatie- en herstelzorg draagt ertoe bij dat deze mensen langer thuis kunnen blijven wonen^{3,4}. Ook voorkomt deze zorg onnodige en onwenselijke opnames in het ziekenhuis. Als mensen toch opgenomen worden in het ziekenhuis kan revalidatie- en herstelzorg bijdragen aan het herstel van het functioneren na de ziekenhuisopname. Hiermee is revalidatie- en herstelzorg een belangrijke schakel in het leveren van passende zorg.

² Geriatrische revalidatiezorg (Zvw), Zorginstituut Nederland, <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>

³ Kortdurende zorg in de Zvw en Wlz opnieuw ontleed, Verduidelijking en advies, Zorginstituut (2025)

⁴ A case vignette study to refine the target group of an intermediate care model: the Acute Geriatric Community Hospital, Eur Geriatr Med (2024), E. Kroeze et al.

4 Visie: vereenvoudigen bekostiging revalidatie- en herstelzorg

Het speelveld waarin revalidatie- en herstelzorg zich bevindt, is complex. Revalidatie- en herstelzorg staat midden in de keten van de (ouderen)zorg. Patiënten hebben vaak te maken met ondersteuning, zorg en behandeling uit verschillende domeinen: vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning en/of Zorgverzekeringswet en/of Wet langdurige zorg. Hierin kunnen zowel gemeenten, zorgverzekeraars als zorgkantoren een rol spelen, als opdrachtgever en financier van de ondersteuning en de zorg. Met name in de grijze gebieden is het niet altijd duidelijk waar de zorg onder valt. Dit leidt bij zorgaanbieders vaak tot verschillen in de eisen die aan ze worden gesteld door verschillende financiers en tot een verhoging van de administratieve lasten.

In de visiebijeenkomst kortdurende zorg van 3 september 2023 en het directeurenoverleg van 5 oktober 2023 is met betrokken beroepsgroepen, brancheorganisaties en stelselpartijen gesproken over de gedeelde noodzaak om de bekostigingssystematiek te vereenvoudigen. Met het experiment met een modulaire bekostiging worden daarin de eerste stappen gezet en wordt de bekostiging van de zorgvormen elv, grz en laagcomplexe medisch specialistische zorg zoveel mogelijk geharmoniseerd met oog voor de verschillen tussen de zorgvormen. In een BO op 18 november 2025 hebben partijen bevestigd nog achter deze visie voor het vereenvoudigen van de bekostigingssystematiek te staan.

Bij het inrichten van de revalidatie- en herstelzorg hebben we oog voor de rol van deze zorgvorm in de keten en de raakvlakken met andere sectoren. Revalidatie- en herstelzorg hangt samen met de landelijke afspraken en akkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) waaronder de Visie eerstelijnszorg 2030, het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú'. Ook hangt het samen met nieuwe akkoorden zoals Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). We vinden het belangrijk dat de bekostiging van revalidatie- en herstelzorg aansluit bij de beweging die in deze verschillende akkoorden wordt benadrukt.

5 Doelen van de bekostiging en het experiment

We maken onderscheid tussen de doelen voor de nieuwe bekostiging en de doelen voor het experiment.

5.1 Doelen nieuwe bekostiging revalidatie- en herstelzorg

De doelen van de nieuwe bekostiging voor de revalidatie en herstelzorg zijn als volgt:

Het doel van de nieuwe bekostiging is dat deze beter aansluit op de praktijk en leidt tot meer passende zorg, doordat:

- 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 Zorgverleners ervaren de ruimte om naar hun professionele inzicht de zorg in te zetten die nodig is voor de cliënt (professionele autonomie).*
 - b De bekostiging vormt geen belemmering in het leveren van passende zorg*
 - c De bekostiging ook passend is voor doelgroepen met een beperkt aantal cliënten met uitzonderlijk hoge of lage kosten.*
- De bekostiging doorstroomt 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.*

5.2 Doelen experiment

We gebruiken de experimenteerperiode om:

- te onderzoeken of de nieuwe bekostiging in de praktijk goed werkt en bijdraagt aan de beoogde doelen. Daarbij richten we ons op: het beoordelen of de doelen van de bekostiging worden behaald.
- steeds meer zorgaanbieders te laten kennismaken met deze vorm van bekostigen.
- het verder verbeteren van de bekostiging, zodat de modules goed aansluiten bij de praktijk.
- het bepalen van de best passende prestatie-eenheid.
- het onderzoeken of het gewenst is om patiëntprofielen/zorgpaden te koppelen aan de bekostiging.

6 Randvoorwaarden voor het bereiken van de doelen

Belangrijke randvoorwaarden bij het bereiken van de doelen, zijn:

- Het registreren en declareren van zorg is mogelijk in de elektronische patiëntendossiers en in de systemen;
- De administratieve lasten voor zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars blijven beperkt en nemen door het experiment niet onnodig toe. Registratie ten behoeve van het experiment sluit zoveel mogelijk aan op en is herbruikbaar uit de verslaglegging in het primaire zorgproces. Convenantspartijen streven ernaar aanvullende registratie tot een minimum te beperken. Secundair gebruik voor leren, evaluatie en contractering leidt niet tot dubbele registratie, individuele verantwoording of beperking van de professionele autonomie. Verder moet rekening worden gehouden met het feit dat dit voor de eerste fase van een experiment met nieuwe bekostiging meer aandacht vraagt van alle betrokken partijen;
- Convenantspartijen bewaken gezamenlijk dat gedurende het experiment de inzet van instrumenten voor registratie en verantwoording, zoals patiëntkenmerken en uitkomstenmaten, primair ondersteunend zijn aan kwaliteitsverbetering, leren binnen en tussen zorgorganisaties en om te leren als convenantspartijen;
- De modulaire bekostiging leidt tot meer professionele autonomie van zorgprofessionals;
- Revalidatie- en herstellzorg is een ketenproduct. Een goede aansluiting in de keten wat betreft instroom en uitstroom is nodig. In een regio moeten afspraken gemaakt worden over doorverwijzingen naar revalidatie- en herstellzorg en vanuit revalidatie- en herstellzorg naar een passende vervolgplek.

Convenantspartijen zorgen ervoor dat andere belangrijke spelers in de keten zoals huisartsen, wijkverpleging en ziekenhuizen worden aangehaakt op deze beweging;

- Er zijn voldoende zorgaanbieders geïncorporeerd in het experiment, zodat evaluatie kan plaatsvinden over een representatieve afspiegeling van alle zorgaanbieders van revalidatie- en herstellende zorg. De NZa stelt, in samenspraak met de convenantspartijen, een richtsnoer op om representativiteit te borgen. Indien zorgaanbieders gedurende het experiment stoppen, wordt onderzocht wat de reden hiervoor is en wordt onderzocht wat de impact is op de representativiteit. Indien vereist of gewenst, worden nieuwe zorgaanbieders toegevoegd aan het experiment. Hierbij dient wel rekening gehouden te worden met de termijnen van het contracteer- en declaratie proces.
- Het gezamenlijke streven van alle betrokken partijen is om het experiment volledig en zorgvuldig af te ronden. Tegelijkertijd erkennen we dat er omstandigheden kunnen ontstaan waarin een partij genooddaakt is voortijdig uit het experiment te stappen. Om die reden worden in de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder specifieke voorwaarden opgenomen die deze mogelijkheid reguleren. Deze voorwaarden houden onder meer in dat tussentijdse beëindiging gedurende een lopend kalenderjaar niet mogelijk is.
- In de contractering sluiten partijen zoveel mogelijk aan bij de gezamenlijke doelen in het experiment. Tegelijkertijd blijven contractafspraken een zaak tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Beide partijen behouden de vrijheid om naar eigen inzicht keuzes te maken, bijvoorbeeld als het gaat over tarieven en volumes.
- Een nieuwe vorm van bekostigen brengt ook risico's met zich mee. Zo bestaat het risico dat de geboden ruimte leidt tot perverse prikkels, zoals upcoding (waarbij een meer behandeling wordt gedeclareerd in werkelijkheid is geleverd/nodig is). Daarom is het van belang dat convenantspartijen en hun achterban in gesprek blijven over passende zorg binnen het experiment, met aandacht voor (het beperken van) de risico's.
- Voor de definitie van directe tijd binnen het experiment volgen we de lijn die NZa breed wordt ingezet voor verschillende sectoren en die wordt gevormd binnen het traject visie eerstelijnszorg.

Bepalen welke informatie nodig is om de inhoudelijke contractering vorm te geven.

Naast bovenstaande punten, vinden de convenantspartijen het wenselijk om informatie te verzamelen en te ontsluiten die gebruikt kan worden in de inhoudelijke contractering zoals patiëntkenmerken en/of uitkomsten van zorg. Het doel hiervan is om het goede gesprek in de contractering te faciliteren. Dit gebeurt met inachtneming van de privacyregels. Gegevens over patiëntkenmerken en uitkomsten worden uitsluitend op geaggregeerd niveau gebruikt en niet ingezet voor individuele verantwoording van zorgverleners of patiënten.

Aanvullend hierop benadrukken de convenantspartijen dat inzicht in patiëntkenmerken en uitkomsten van zorg niet uitsluitend wordt ingezet ten behoeve van de inhoudelijke contractering. De inzichten worden ook gebruikt door de convenantspartijen om samen te leren. Daarnaast zijn ze essentieel voor zorgprofessionals voor het (door)ontwikkelen van landelijk erkende richtlijnen en zorgpaden. Waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande landelijk erkende richtlijnen, handreikingen en zorgpaden van beroepsverenigingen.

Uitgangspunt bij de patiëntkenmerken is dat deze primair ondersteunend zijn aan passende zorg, op organisatieniveau kunnen worden benut in de PDCA-cyclus ter ondersteuning van leren en verbeteren, en niet leidt tot onnodige extra registratielast. Het leren en verbeteren sluit aan bij het doel van het experiment om te onderzoeken in welke mate de nieuwe bekostiging bijdraagt aan het leveren van passende zorg.

- Door patiëntkenmerken te registreren, wordt inzicht verkregen in de mix van type patiënten bij een zorgaanbieder. Dit noemen we de case-mix. Indien een zorgaanbieder meer behandeling levert dan gemiddeld, dan kan op basis van deze inhoudelijke informatie het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gevoerd worden. Zonder deze informatie, is het onduidelijk waarom een zorgaanbieder een bepaalde inzet van behandeling levert wat de gesprekken van de contractering bemoeilijkt. Ook kunnen de patiëntkenmerken in combinatie met bijpassende zorginzet gebruikt worden door zorgaanbieders om van elkaar te leren en met elkaar te verbeteren.
- Uitkomstinformatie zijn gegevens over de resultaten van zorgbehandelingen, zoals het effect van een operatie op het welzijn van de patiënt of de mate waarin klachten verminderen. Deze informatie maakt het mogelijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren en om zorgbeslissingen te baseren op wat daadwerkelijk werkt voor de patiënt. Eenduidige afspraken over wat passende uitkomsten van zorg zijn, kunnen bijdragen aan waardegedreven zorginkoop en contractering. Daarnaast gebruiken zorgaanbieders uitkomstinformatie om van elkaar te leren en verbeteren.

Op dit moment worden geen eenduidige definities van goede revalidatie- en herstellzorg gehanteerd. De convenantspartijen vinden het dan ook belangrijk dat inspanningen worden verricht om patiëntkenmerken en uitkomsten van zorg transparant en eenduidig in kaart te brengen. Tijdens het experiment ontwikkelen de convenantspartijen samen een beperkte, praktische set patiëntkenmerken en uitkomsten die relevant is voor de praktijk. Een eerste stap kan een beslisboom zijn voor de inzet van verpleging en verzorging. Gedurende het experiment monitoren we de patiëntkenmerken uitkomsten van zorg en onderzoeken we of en hoe de koppeling hiervan aan de modulaire bekostiging eruit kan zien.

7 Verschillende fases en de te nemen stappen per fase

Het experiment bestaat uit twee fases:

Fase 1 Leerperiode: eerste 3 jaar (1 januari 2027 t/m 31 december 2029)

Deze fase zien we als leerperiode waarin ervaring wordt opgedaan met de nieuwe bekostiging en deze waar nodig wordt doorontwikkeld. In deze fase start een selectie van zorgaanbieders met het experiment. Deze zorgaanbieders zijn op basis van gesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geselecteerd om deel te nemen aan het experiment. Het doel is dat aan het eind van deze drie jaar de nieuwe bekostiging definitief staat. Hiermee bedoelen we dat de prestatiestructuur passende zorg stimuleert en definitief is vastgesteld.

De zorgaanbieders zijn voor deze fase op basis van de volgende criteria geselecteerd:

1. regionale spreiding;
2. omvang elv/grz van de zorgaanbieder;
3. de zorgaanbieder is een voorloper op ontwikkelingen, innovaties en/of digitalisering;
4. de zorgaanbieder heeft een duidelijke visie op de ontwikkeling elv en/of grz;
5. er is bestuurlijk draagvlak voor innovatie en deelname pilot;

Of:

6. de zorgaanbieder biedt zorg op basis van de regionale ouderenkliniek en wordt alleen voor deze prestatie geïnccludeerd in het experiment.

Hierbij geldt voor fase 1:

- Zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment worden in fase 1 voor de geïnccludeerde zorg (zie reikwijdte onder 2) volledig via het experiment gecontracteerd door alle zorgverzekeraars. Dit betekent dat de zorgaanbieder voor alle geïnccludeerde zorg gebruik maakt van het experiment revalidatie- en herstellzorg, ongeacht bij welke zorgverzekeraar de patiënten verzekerd zijn.

- Uitzondering hierop vormen de zorgaanbieders die in het experiment worden geïnccludeerd enkel voor de regionale ouderenkliniek. Voor hen geldt dat enkel de zorg die wordt geleverd in het kader van de regionale ouderenkliniek wordt gecontracteerd via het experiment.

Aangezien het gaat om een beperkte periode, een noodzaak om met een beperkte groep te starten⁵ en het proportioneel is, levert dit geen probleem op vanuit de mededingingswetgeving.

Overgangscriteria

Om over te gaan naar de volgende fase van het experiment, moet voldaan worden aan de volgende criteria:

- Er is een positieve tussenevaluatie op de doelen van het experiment, zie ook het evaluatieplan en bijbehorende key performance indicators – gekoppeld aan de doelen van het experiment – die als (later vast te stellen) addendum bij het convenant worden opgenomen;
- De modules zijn passend bij de zorg die geleverd wordt:
 - Ze sluiten goed aan bij de praktijk: de zorglevering kan goed worden vertaald in de modules;
 - Voor de zorgverleners is duidelijk wanneer de modules gedeclareerd mogen worden. Bij iedere zorgaanbieder wordt bij eenzelfde patiënt hetzelfde gedeclareerd;
 - Ze sluiten aan bij de kenmerken van de verschillende zorgvormen, bijvoorbeeld geriatrische revalidatiezorg of eerstelijnsverblijf voor patiënten met hoogcomplexiteit aandoeningen;
 - Ze sluiten goed aan bij specifieke doelgroepen: onder andere eerstelijnsverblijf aan patiënten met een (vermoeden van) Wernicke-Korsakov of op een gesloten herstel- en screeningsafdeling;
- Ze sluiten goed aan bij verschil in inzet van verpleging en verzorging.
- De modulaire bekostiging is passend voor de zorg die geleverd wordt in de regionale ouderenkliniek.
- Gedurende fase 1 monitoren convenantpartijen actief de effecten van de modulaire bekostiging op specifieke zorgvormen, waarbij expliciet wordt gekeken naar behoud van ten minste het huidige niveau van bekostiging. Daarnaast bewaken convenantpartijen dat de modulaire bekostiging niet leidt tot vermindering van de professionele autonomie van zorgprofessionals.
- De ICT-systemen zijn, conform de regelgeving van de NZa op orde:
 - het registreren en declareren is mogelijk in de elektronische patiëntendossiers voor nieuwe zorgaanbieders die in fase 2 gaan deelnemen aan het experiment;
 - wijzigingen in de bekostiging zijn verwerkt in de ICT-systemen.

Fase 2 Implementatieperiode: jaar 4 en 5 (1 januari 2030 t/m 31 december 2031)

In deze fase breiden we de selectie (op basis van objectieveerbare criteria) van zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment uit. Hierbij streven we naar een deelname van 50-70 zorgaanbieders in deze fase, met idealiter een uitbreiding naar alle gecontracteerde zorgaanbieders aan het eind van deze fase.

Om over te gaan naar definitieve bekostiging van het experiment, moet voldaan worden aan de volgende criteria:

- De doelen van het experiment zijn behaald;
- Er is sprake van een positieve eindevaluatie;
- De modules zijn passend bij de zorg die geleverd wordt:
 - Indien nodig worden de modules verder doorontwikkeld.
- De (nieuwe) modules hebben een passende declaratie-eenheid. Hier vindt gedurende de experimenteelperiode onderzoek naar plaats;

⁵ De noodzaak om met een beperkte groep te starten is omdat hier veel gevraagd wordt van de diverse zorgaanbieders qua omschakeling in het bedrijfsproces en de financiële onzekerheid waar de betrokken partijen mee te maken hebben.

- De ICT-systemen zijn op orde: het registreren en declareren is mogelijk in de elektronische patiëntendossiers;
- Er is een eenduidig beeld bij en duidelijkheid over de toegang van Wlz cliënten tot de zorgvormen op grond van dit convenant (elv, grz of laagcomplexen msz);
- VWS geeft, conform de Wmg, een aanwijzing voor het invoeren van een structurele bekostiging.

Structurele bekostiging: vanaf 1 januari 2032

We streven, bij een positieve eindevaluatie, naar een definitieve invoering van de nieuwe bekostiging op 1 januari 2032. Vanaf dan geldt de nieuwe bekostiging ook voor alle zorgaanbieders van revalidatie- en herstellzorg. Indien blijkt dat meer tijd nodig is, kan de NZa besluiten de gevolgen van het experiment geheel of gedeeltelijk in stand te laten tot het einde van het boekjaar volgend op het boekjaar waarin het experiment is geëindigd. In de Beleidsregel tijdelijke instandlating gevolgen experimenten staat vermeld aan welke voorwaarden experimenten moeten voldoen om in aanmerking te komen voor instandlating van de gevolgen. Besluitvorming hierover volgt in nauwe afstemming met het ministerie van VWS, en de convenantspartijen.

8 Aanvullende afspraken m.b.t. de invulling van het experiment met inachtneming van de evaluatieresultaten

Met de convenantspartijen maken we een aantal afspraken rondom het experiment.

- De betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg blijft gelijk of verbetert ten opzichte van de huidige situatie. Als een van deze kernelementen verslechtert, dan moet het in verhouding staan ten opzichte van wat het oplevert. Bijvoorbeeld, indien er meer kosten met de zorg gepaard gaan, dan moet het in verhouding staan met wat het oplevert qua toegankelijkheid en kwaliteit van zorg;
- De kostenbasis voor het experiment is, in de eerste fase, gelijk aan de reguliere bekostiging. Hierbij geldt dat de opbrengsten per patiënt (gelijke mix) in vergelijkbare situaties minimaal gelijk moeten zijn aan de opbrengsten op basis van de huidige financiering. Daarbij kunnen de opbrengsten stijgen op het moment dat de complexiteit van de patiënt toeneemt dan wel als er meer patiënten behandeld worden. Ter verduidelijking geldt:
 - De kostenbasis voor de tarieven van de reguliere regelgeving elv en grz is, in de eerste fase, hetzelfde als voor dit experiment. Bij gelijkblijvende productie en functiemix verwachten we geen impact op het macrobudget. Tegelijkertijd kan de productie en/of de functiemix wel wijzigen als gevolg van het leveren van meer passende zorg.
 - De opbrengsten hangen ook af van de productie van zorgaanbieders en de geboden vergoeding vanuit zorgverzekeraars ($p \cdot q$). Dat is iets anders dan het meten en verdelen van de kosten. De modulaire bekostiging kan daarmee bijdragen aan het compenseren van het leveren van meer of complexere zorg aan patiënten doordat meer of andere modules gedeclareerd kunnen worden.
- Het experiment blijft de beweging naar ambulante zorg mogelijk maken, zoals ook in de reguliere bekostiging gebeurt. NB: Per 1 januari 2025 is het wettelijk gezien mogelijk gemaakt om direct ambulante grz (dat wil zeggen, zonder voorafgaande opname in een instelling) te leveren en dat wordt zowel in de reguliere- als experiment bekostiging mogelijk gemaakt;
- De convenantspartijen hebben de intentie om voor meerdere jaren aan de slag te gaan met de experimentbekostiging.
- ActiZ en ZN zetten zich in om randvoorwaarden - zoals het benutten van digitale ondersteuning van het zorgproces – te optimaliseren
- ActiZ en ZN hebben in een gezamenlijke notitie 'Bouwstenen Vangnet Behorende bij het experiment modulaire bekostiging revalidatie- en herstellzorg' een vangnet ontwikkeld voor situaties waarin zorgaanbieders of zorgverzekeraars onevenredige financiële nadelen ondervinden van het experiment.

De overgang naar modulaire bekostiging brengt onzekerheden met zich mee, waardoor aanvullend comfort nodig is om ongewenste financiële effecten voor beide partijen te beperken. Als algemeen uitgangspunt hanteert de ACM het principe dat een vangnet alleen noodzakelijk en proportioneel kan zijn als er grote negatieve schokken zijn die de zorg continuïteit in gevaar brengen. Dit uitgangspunt nemen we mee in de vormgeving van het vangnet. Het vangnet wordt (informeel) getoetst bij de ACM.

- De NZa beoordeelt mogelijke risico's van het experiment zoals risicoselectie, over- en onderbehandeling en de productieprikkel;
- Daarnaast is gedurende het experiment oog voor onderstaande twee punten aangedragen door de Patiëntenfederatie Nederland:
 - Toegankelijkheid van revalidatie en herstelzorg wordt verbeterd doordat bedden niet meer worden geormerkt in elv-laag complex, elv- hoog complex en grz;
 - Patiënten ontvangen de zorg op die plek waar de juiste zorg en behandeling voor de zorgvraag wordt geboden. Patiënten worden niet langer onnodig verplaatst doordat door op- en afschaling een zorgcontinuüm geboden wordt van enkelvoudige problematiek tot complexe multiproblematiek.
- Het is van belang dat er duidelijkheid komt over de toegang tot dit experiment voor Wlz-cliënten. Hierbij geldt dat in de beginfase een verschil in aanspraak bestaat waarbij Wlz-cliënten, afhankelijk van de zorgvorm op grond van dit convenant (elv, grz of laagcomplex msz) wel of geen toegang hebben tot het experiment. Het is aan het ministerie van VWS om te beslissen hoe dit definitief ingericht moet worden voor de toekomst.

9 Evaluatie van het experiment

- De NZa stelt in overleg met convenantpartijen een gedragen evaluatieplan op voorafgaand aan het experiment. Daarbij bekijkt de NZa op welke manier het experiment bijdraagt aan de doelen zoals genoemd onder 4 en aan de beweging naar passende zorg;
- Convenantpartijen komen overeen welke key performance indicators – gekoppeld aan de doelen van het experiment – en aanvullende variabelen worden gebruikt binnen het experiment. Dit wordt nader uitgewerkt in het evaluatieplan;
- De NZa evalueert het experiment bekostiging van revalidatie- en herstelzorg en de wijze waarop de modules worden gebruikt aan de hand van het evaluatieplan. Er wordt daarbij rekening gehouden met de verschillende fases van het experiment;
- De NZa draagt zorg voor het uitvoeren van de evaluatie, in nauwe samenwerking en afstemming met de convenantpartijen;
- De convenantpartijen stimuleren en dragen er zorg voor dat hun leden en achterban deelnemen aan het onderzoek in het kader van de evaluatie van het experiment.

10 Governance – go/no go momenten

- Aan het eind van iedere fase (medio oktober 2029 (fase 1) en oktober 2031 (fase 2)) besluiten de convenantpartijen in een bestuurlijk overleg of overgegaan kan worden naar de vervolgfase (go/no go moment). Hierbij wordt gebruik gemaakt van de overgangscriteria zoals beschreven per fase. Het bestuurlijk overleg vindt tijdig (hiervan is in ieder geval als een van de partijen daar aanleiding toe ziet) plaats zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich kunnen voorbereiden op de contracteerperiode. Indien gewenst kan ook tussentijds een bestuurlijk overleg plaatsvinden.
- Bij de bestuurlijke overleggen hebben convenantpartijen de mogelijkheid om onderdelen van het convenant (tussentijds) te herzien. Hiervan is in ieder geval sprake als wet- en/of regelgeving hier aanleiding toe geven. Zo kunnen convenantpartijen gedurende de looptijd van het experiment de afspraken in dit convenant verder concretiseren en aanscherpen waar nodig.

- De NZa richt een werkgroep convenant op. De groep bestaat in ieder geval uit een afvaardiging op beleidsniveau van de convenantspartijen. De werkgroep bespreekt ook de evaluaties van het experiment. De NZa licht hier de voortgang toe van het onderzoek dat loopt. De werkgroep bereidt met elkaar ook het bestuurlijk overleg voor zoals benoemd onder bullet 1. Waar van toegevoegde waarde kan de werkgroep gebruik maken van de bredere klankbordgroep uit de sector om goed zicht te krijgen op de ontwikkelingen binnen de sector.

11 Ondertekening door partijen

Hiermee verklaar ik dat ik bevoegd ben om namens onderstaande organisatie dit convenant te ondertekenen en de daarin opgenomen afspraken te aanvaarden.

Datum: 25 september 2026

Plaats: Utrecht



ActiZ

Naam: mw. E.W.N. (Eefje) Perlot-Naber

Functie: Bestuurder ZZG Zorggroep (Groesbeek)

Functie bij ActiZ: Kerngroep lid Revalidatie & Herstel



Zorgverzekeraars Nederland

Naam: drs. L.H.H.M. Demoulin

Functie: Directeur Zorg



Verenso

Naam: mw. dr. R.M. Hoven-Eveleigh

Functie: Voorzitter Bestuur



V&VN

Naam: Bianca Buurman

Functie: Voorzitter



Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Naam: mw. drs. G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk

Functie: Voorzitter Raad van Bestuur