

Q&A Experimenten alternatieve bekostiging palliatieve zorg

In 2022 heeft de NZa de visie op de bekostiging van de palliatieve zorg gepubliceerd. In deze visie was het de expliciete wens om de patiënt centraal te zetten. Vanuit dat perspectief heeft de NZa samen met experts uit het veld patiëntreizen doorlopen en zijn de doelen van palliatieve zorg geïdentificeerd¹. Deze doelen worden in de praktijk niet goed bereikt of belemmerd door knelpunten in de bekostiging.

Het ministerie van VWS heeft vervolgens coalitiemiddelen beschikbaar gesteld waardoor het mogelijk is om de komende jaren te gaan experimenteren en onderzoeken welke manieren van bekostigen de doelen van palliatieve zorg beter ondersteunen. De NZa wil toewerken naar een bekostiging die helpend is voor zorgverleners om passende zorg te leveren.

De NZa is begin dit jaar, in afstemming met PZNL en ondersteund door AEF, een verkenningsfase gestart naar het inrichten van deze experimenten. Tijdens een landelijke bijeenkomst werden de kaders met beroeps- en branchepartijen verkend. De uitkomsten hiervan presenteerden de NZa en PZNL tijdens vier landelijke informatiebijeenkomsten in april. Iedere geïnteresseerde was welkom om aan te sluiten, variërend van individuele aanbieders, netwerken, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen.

Tijdens de informatiebijeenkomsten namen de NZa, PZNL en AEF aanwezig mee in de aanleiding voor deze opdracht, informatie over alternatieve bekostiging in de zorg en de belangrijkste kaders voor de experimenten. Ook werd het beoogde tijdsplan voor het komende jaar gedeeld.

Via deze Q&A delen we de antwoorden op de vragen die tijdens de bijeenkomst gesteld werden.

Voor verdere vragen met betrekking tot de experimenten of het bespreken van een idee, kunt u contact opnemen met Alke Nijboer via a.nijboer@aef.nl.

Onderdelen van deze Q&A:

- | | |
|--|--------|
| 1. Vragen m.b.t het traject in algemene zin | pag. 2 |
| 2. Vragen m.b.t. de scope van de experimenten | pag. 4 |
| 3. Vragen m.b.t. het technisch ontwerp van de experimenten | pag. 6 |
| 4. Vragen m.b.t. het vervolgproces om tot de experimenten te komen | pag. 7 |
| 5. Vragen m.b.t. de concrete invulling van de experimenten | pag. 7 |
| 6. Overige vragen | pag. 9 |

¹ [Visie bekostiging palliatieve zorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.nza.nl/visie-bekostiging-palliatieve-zorg-nederlandse-zorgautoriteit-overheid.nl)

Vragen met betrekking tot het traject in algemene zin

1. Welke knelpunten van het huidige bekostigingsmodel moeten worden opgelost in de experimenten?

De bekostiging van de zorg wordt grotendeels gekenmerkt door het 'fee for service' model. Dit betekent een betaling per zorgprestatie. Hierdoor ligt de financiële prikkels op het leveren van meer zorg, ongeacht de kwaliteit. Daarnaast kent iedere sector zijn eigen beleidsregels, prestaties en tarieven, waardoor de samenwerking tussen zorgverleners bemoeilijkt wordt. Het huidige bekostigingsmodel stimuleert daarmee vooral 'productie' en niet onderlinge samenwerking, innovatie of preventie. Door te experimenteren met alternatieve vormen van bekostiging willen we deze knelpunten zo veel mogelijk wegnemen zodat het de doelen van palliatieve zorg beter dient.

2. Ziet de NZa alle alternatieve bekostigingsmodellen als even wenselijk?

Ieder bekostigingsmodel kent gewenste en ongewenste prikkels. Voor kleinere knelpunten zal alternatieve bekostiging vaak een zwaar middel zijn. Ook is een alternatief bekostigingsmodel alleen wenselijk als de bestaande bekostigingsmogelijkheden ontoereikend zijn om het ervaren knelpunt weg te nemen.

3. Thuiszorgorganisaties die Wlz-zorg bieden zijn niet altijd ingericht om ook multidisciplinaire zorg te verlenen. Dat knelt bij de inzet van bijvoorbeeld geestelijk verzorgers en overige paramedici. En ook voor de inzet van palliatieve zorg verpleegkundigen als organisaties die zelf niet in dienst hebben. Want die 'speciale zorg' moeten ze dan elders inkopen en dat gebeurt amper tot niet. Kunnen jullie ook iets in betekenen in ontschotting?

De financiële schotten zien wij ook als belangrijk bekostigingsknelpunt voor transmurale samenwerking. De experimenten met alternatieve bekostiging hebben de potentie om dit knelpunt weg te nemen. Dat geldt in theorie ook voor het voorbeeld in deze vraagstelling. Of dit in de praktijk ook haalbaar en wenselijk is, is van veel factoren afhankelijk (o.a. wegen de inzet, kosten en tijd om het alternatieve model te ontwikkelen en implementeren op tegen de verwachte baten?). Dit vraagt daarom verdere context-specifieke verkenning.

4. Wat gebeurt er na afloop van de experimenten wanneer sprake is van meerdere succesvolle experimenten?

Succesvolle trajecten moeten na de experimenteerfase hun doorgang kunnen vinden in de structurele bekostiging. Daar zetten wij op in.

5. Op basis waarvan wordt bepaald of een experiment/ bekostigingsmodel een succes is?

Op dit moment werken wij een experiment-overstijgend onderzoekskader uit. We verwachten dit onderzoekskader in de zomer gereed te hebben. Op hoofdlijnen wordt in de evaluatie van experimenten gekeken naar de kwaliteit van zorg, de ervaringen van professionals, naasten en patiënten, zorggebruik en doelmatigheid.

6. Hoe borgen we de beoordeling of Zvw en Wlz nog op elkaar aansluiten/consistent met elkaar zijn?

De NZa is via haar eigen procedures verantwoordelijk voor het borgen en beoordelen of de Zvw en Wlz goed op elkaar zijn aangesloten. Ook wordt Zorginstituut Nederland geconsulteerd bij deze experimenten en kan zij vanuit haar rol adviseren.

7. Wat is het verschil tussen de TAPA\$ prestaties en deze experimenten alternatieve bekostiging? Wordt er van de ervaringen van de TAPA\$ experimenten geleerd?

De TAPA\$-prestaties zijn bestaande, reeds te contracteren, prestaties die de mogelijkheid bieden om regionale afspraken te maken over:

1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg
2. Steun en Consultatie Palliatieve zorg
3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg (casemanagement)

Zowel de huidige TAPA\$-prestaties als de experimenten alternatieve bekostiging kunnen een mogelijkheid bieden om de knelpunten in de praktijk op te pakken. Op hoofdlijnen zijn er drie verschillen te benoemen.

TAPA\$-prestaties	Experimenten alternatieve bekostiging
De drie bovenstaande prestaties hebben als doel om palliatieve zorg registreerbaar en declarabel te maken. De 'prikkel' blijft hetzelfde: vergoeding per zorgprestatie	Hebben als doel om een andere 'prikkel' te introduceren (bijv. op kwaliteit, uitkomsten, preventie en/of transmuraal samenwerken)
Is al ontwikkeld en kan direct worden toegepast	Moet nog ontwikkeld worden
Op voorhand voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars duidelijk welke palliatieve zorg wordt vergoed	Er is nog ruimte om met elkaar te verkennen welke zorg onderdeel uitmaakt van het contract dat tussen zorgaanbieders en verzekeraars wordt gesloten. Passend bij proactieve transmurale palliatieve zorg

In dit traject hebben wij afstemming met PZNL over de TAPA\$-prestaties. Dat betekent onder andere dat we goed bekijken of de aangedragen knelpunten al met de TAPA\$-prestaties op te lossen zijn. Tapa\$ biedt een laagdrempelige mogelijkheid om binnen het bestaande bekostigingsmodel op innovatieve wijze te financieren. Tapa\$ kent een snellere en minder complexe implementatie dan de experimenten met alternatieve bekostiging en kan daarom in veel gevallen een goede oplossing bieden voor een bekostigingsknelpunt. Daarnaast leren we uit de TAPA\$ trajecten dat het essentieel is om een goede samenwerking in de regio te hebben met zowel zorgaanbieders als ook met verzekeraars.

Het is tevens denkbaar dat TAPA\$ in een regio gecombineerd wordt met een experiment met alternatieve bekostiging. Een interessant voorbeeld dat we graag verkennen is om een afspraak over de TAPA\$ prestaties aan te vullen met een zogenaamde Shared savings afspraak. Dat betekent dat als er door actievere inzet van palliatieve zorg (via TAPA\$ prestaties) elders zorgkosten bespaard worden, dat de betreffende zorgaanbieders dan een deel van die besparing uitgekeerd krijgen. Zo wordt het, naast dat het betere zorg is, ook financieel lonend voor zorgaanbieders om palliatieve zorg toe te passen. Dit is een optie die wij graag verder willen verkennen.

Zie de FAQ van PZNL voor uitgebreidere vragen en antwoorden rondom financiering van palliatieve zorg en TAPA\$². Neem voor specifieke vragen rondom TAPA\$ contact op met uw netwerkcoördinator of met een regioadviseur van PZNL.

Vragen met betrekking tot de scope van de experimenten:

8. Welk type knelpunten komt in aanmerking voor de experimenten alternatieve bekostiging PZ?

De volgende doelen van palliatieve zorg worden in de praktijk niet goed bereikt of belemmerd:

1. Wensen en behoeften patiënt vroegtijdig in beeld door proactieve zorgplanning / Advanced Care Planning (ACP) en behandelwensengesprek
2. Voorkomen van vermijdbare zorg en onnodige belasting van patiënt, naasten en zorgverleners (met name crisissituaties)
3. Transmurale samenwerking zodat juiste expertise bij patiënt betrokken is
4. Goede afronding van zorgproces bij naasten en betrokken zorgverleners

In de praktijk kunnen verschillende knelpunten ervaren worden als het gaat om bovenstaande doelen. Deze knelpunten moeten met een andere manier van bekostigen kunnen worden opgelost. Dit traject is niet bedoeld voor knelpunten die vanuit de huidige bekostiging opgelost kunnen worden.

9. Is er binnen de experimenten ook ruimte voor financiering van zorg/ondersteuning die in de eerste lijn nog geen betaaltitel kent (bijv. geestelijke verzorging thuis)

Belangrijke notie bij deze vraag is dat de financiering van zorg blijft lopen via de zorgverzekeraar of zorgkantoor, wat samenhangt met de kaders van de Zvw/Wlz. De middelen bij de experimenten zijn bedoeld voor de organisatie en coördinatie van de experimenten (zoals projectondersteuning en -leiding). Het betreft dus geen extra geld voor de zorg/ondersteuning zelf.

Er zijn inderdaad zorgvormen die nog geen betaaltitel kennen (zoals bijvoorbeeld het geval bij proactieve zorgplanning en geestelijke verzorging thuis). Zorg zonder betaaltitel kan onder twee voorwaarden in het experiment vallen:

1. De zorg moet in het basispakket van de Zvw of Wlz vallen
2. De zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en/of praktijk

De zorg die uitgevoerd wordt binnen de experimenten moet via bovenstaande financieringsstromen worden vergoed. Als dit niet het geval is, dient een aanvrager gebruik te maken van andere financieringsstromen (bijvoorbeeld vanuit de Wmo of landelijke subsidieregelingen).

Dit geldt voornamelijk voor het voorbeeld geestelijke verzorging thuis. Dat betekent niet dat geestelijke verzorging per definitie uitgesloten is van de afspraken die aanbieders met elkaar maken over de betrokkenheid bij het experiment. Het gaat dus puur over de financieringsstromen die benut kunnen worden.

² [Palliatieve zorg, bekostiging en contractering: Meest gestelde vragen \(FAQ\) scholingsbijeenkomsten \(palliaweb.nl\)](#)

10. Zijn landelijke initiatieven ook een mogelijkheid, of moet het per definitie regionaal aangevraagd worden?

De betrokkenheid van een wetenschappelijke vereniging/landelijk initiatief is van meerwaarde ten aanzien van landelijk draagvlak. We zijn voor deze experimenten echter op zoek naar regionale samenwerkingsverbanden, die bestaan uit zorgaanbieders, voor het regionaal uitvoeren en borgen van de experimenten. Bij de aanvraag moet het duidelijk zijn dat dit samenwerkingsverband de aanvraag indient. Wel is het een pre als een wetenschappelijke vereniging of landelijk initiatief tijdens het experiment al betrokken is om het experiment waar mogelijk te ondersteunen en de schaalbaarheid ervan te vergroten.

11. Wat wordt bedoeld met een 'sector overstijgend' samenwerkingsverband? Welke partijen moeten minimaal betrokken zijn?

De experimenten zijn gericht op het organiseren van integrale zorg en tenminste sector overstijgend ingericht. Voorbeelden van sectoren zijn de huisartsensector en de ziekenhuissector. Op voorhand is er geen blauwdruk over welke partijen er minimaal betrokken moeten zijn.

Wel is het uitgangspunt dat er sprake is van een bestaande samenwerking tussen bij voorkeur de eerste en de tweede lijn. Er moet bereidheid zijn om eventueel andere partijen bij deze samenwerking te betrekken en de samenwerkingsafspraken uit te breiden.

12. Is er ook de mogelijkheid om de experimenten domeinoverstijgend (Zvw, Wlz, Wmo) in te richten?

Dit is een mooie ambitie. Als deze ambitie er in een regio is en relevante partijen bereid zijn om hier een passend alternatief bekostigingsmodel voor te ontwikkelen en implementeren, wordt dit niet uitgesloten. Wel kent een domeinoverstijgende opzet twee nadrukkelijke kanttekeningen:

- De wettelijke bevoegdheden van de NZa beperkt zijn tot de Zvw en Wlz. Mocht er de ambitie zijn om ook met het sociaal domein te experimenteren, dan is het niet mogelijk om daarvoor een overstijgende betaaltitel te ontwikkelen. Daarmee kunnen eventuele positieve resultaten niet door de NZa worden geborgd in de structurele bekostiging.
- De ervaring leert dat het ontwerpen en implementeren van een alternatief bekostigingsmodel al complex is vanuit een sector overstijgend perspectief. Een domein overstijgend perspectief maakt het ontwerp en de implementatie nog complexer.

13. Hoe raken deze experimenten andere ontwikkelingen zoals 'Versterking regionale samenwerking' <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/01/30/versterking-regionale-samenwerking-nodig-voor-zorg-kwetsbare-patient-thuis>

In het betreffende nieuwsbericht beschrijft de NZa dat in de huidige situatie *individuele* aanbieders onvoldoende verantwoordelijk is voor een *samenhangend* zorgaanbod voor kwetsbare patiënten thuis. Deze vrijblijvendheid moet verdwijnen. De NZa verwacht van partijen dat zij op regionaal niveau tot een concreet plan komen om de zorg aan kwetsbare patiënten thuis gezamenlijk beter te organiseren. In dit plan moet duidelijk omschreven worden hoe de knelpunten worden aangepakt. Deze uitspraak ondersteunt de insteek van deze experimenten.

14. Hoe raken deze experimenten de ambities rondom de 'impactvolle transformaties' volgend uit het IZA?

De transformatiegelden worden vanuit VWS beschikbaar gesteld voor zorgaanbieders die via innovaties willen werken aan de doelen van het IZA. Zorgverzekeraars honoreren deze gelden aan zorgaanbieders die een transformatie beogen die de zorg efficiënter of doelmatiger maakt bij minimaal gelijkblijvende kwaliteit. Bijvoorbeeld de versterking van de samenwerking in de regio of andere innovaties, zoals ziekenhuizen die zich willen omvormen tot gezondheidscentra. Deze gelden zijn bedoeld als een tijdelijke impuls om de zorg te transformeren en bekostigen daarmee niet structureel een andere wijze van zorg. De inzet van transformatiegelden en het aangaan van een experiment voor alternatieve bekostiging kan gelijktijdig van toepassing zijn.

Vragen met betrekking tot het technisch ontwerp van de experimenten:

15. Wat kan de inhoud van een bundel zijn, hoe groot kan een bundel zijn en wie bepaalt er wat er in een bundel zit (in het kader van tariefsbepaling)?

In het geval van een experiment met bundelbekostiging wordt per casus/knelpunt bekeken wat een geschikte omvang van een bundel is. Dit betekent maatwerk per casus. Je kunt denken aan een (deel van een) integraal zorgpad van een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld oncologische aandoeningen, dementie, hartfalen, ed.).

Tijdens een ontwerpfase wordt gespecificeerd welke patiënten in de bundel geïnccludeerd worden (en welke niet), wanneer de bundel start en eindigt, welke zorg er precies in de bundel valt (op basis van een zorgpad), welke indicatoren gemeten gaan worden, etc. Bij deze fase zal in ieder geval het samenwerkingsverband, de zorgverzekeraar (en indien relevant ander financiers), de NZa en eventuele andere stakeholders (zoals beroepsverenigingen en/of PZNL) betrokken zijn. Na de ontwerpfase worden in het inkoopcontract tussen financier en aanbieder vervolgens afspraken gemaakt over het tarief van de bundel, de duur van het contract, een eventuele verdeling van gerealiseerde besparingen, etc.

16. Wat is een minimale organisatiegraad (hoe breed dient een samenwerkingsverband te zijn?) voor experimenten?

Op voorhand is er geen blauwdruk te maken over het aantal partijen dat betrokken moet zijn. De context van de vraag en de inrichting van het samenwerkingsverband doen er toe. Het gaat om het vinden van de balans tussen complexiteit van de afspraken en kans op meetbare resultaten. Hoe meer partijen worden betrokken, hoe complexer het (over het algemeen wordt) maar ook hoe groter de kans is dat je meetbare resultaten gaat zien (zoals minder snel stijgende kosten). Uiteindelijk is de mate waarin nu al goed wordt samengewerkt belangrijker dan hoe veel aanbieders je meeneemt. Liever 4 aanbieders die al goed samenwerken dan 2 aanbieders waarbij de samenwerking matig is.

Om te bepalen welke partijen mee kunnen doen, kan onderstaande helpen bij de gedachtevorming:

- Het komen tot afspraken is gemakkelijker met 3 partijen, dan met 8 partijen. Daarbij kan er ook nog onderscheid gemaakt worden tussen deelnemers aan de contractafpraak en deelnemers aan de samenwerkingsafspraken.

- Het is vooral belangrijk dat de dragende partijen (bijvoorbeeld partijen die capaciteit inbrengen, mandaat hebben of vertegenwoordiger voor de regio zijn) in het samenwerkingsverband mee doen en bestuurlijk commitment geven.
- Het uitgangspunt is: *coalition of the willing*. Dus daarmee diegene betrekken die gemotiveerd en geëngageerd zijn om deel te nemen.

17. Bij bundelbekostiging en populatiebekostiging moet iemand regie hebben op coördinatie en verdeling van gelden binnen de huidige structuur van financiering. Wie van de partijen gaat dit doen en komt daar ook geld en ruimte voor beschikbaar? En hoe verhoudt zich dit tot de rol van de zorgverzekeraar?

De stelling in de vraag klopt. Bij beide modellen is er één regiehouder of budgetverantwoordelijke voor de middelen. De partij die deze rol vervuld kan verschillen per experiment. Een constructie van hoofd- en onderaannemerschap is hierbij ook mogelijk. Bij de ontwikkeling van het experiment willen we bekijken of we een advies kunnen geven over welk type organisatie geschikt is voor deze rol en wat dit voor deze partij betekent. Dit kan per experiment verschillend zijn. De voorkeur gaat altijd uit naar een bestaand samenwerkingsverband, waar onderlinge afspraken in zijn gemaakt over verantwoordelijkheden en regiehouderschap op middelen.

De zorgverzekeraar vergoedt de zorg zoals is afgesproken in de nieuwe contractafspraken. Deelnemende partijen zijn zelf verantwoordelijk voor de onderlinge verdeling. Per experiment moet er gekeken worden wat de rollen, verantwoordelijkheden, behoeftes en wensen zijn van de betrokken partijen, zoals zorgverzekeraar, regiehouder of budgetverantwoordelijke en zorgaanbieders. De projectgelden voor de experimenten zijn in te zetten voor het maken van (aanvullende) afspraken hierover. Bij de selectie van aanvragers wordt bekeken of de begroting passend is.

18. Bij experimenten denk ik toch het meest aan RCTs? Klopt dat in dit geval ook?

De term experimenten kan verwarring veroorzaken. De experimenten gaan specifiek over het organiseren van alternatieve bekostiging in de regio. De NZa levert kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekers om de ontwikkeling, implementatie en effecten ervan te onderzoeken. De onderzoeksopzet zal geen RCT zijn omdat de interventieplek (=het samenwerkingsverband) niet at random geselecteerd zal zijn. De meest gangbare methode op een dergelijke interventie (=het alternatieve bekostigingsmodel) wetenschappelijk kwantitatief te evalueren is een zogenaamde 'difference-in-differences' analyse aangevuld met kwalitatieve inzichten.

Vragen met betrekking tot het vervolgproces om te komen tot de experimenten

19. Hoe worden deze experimenten gefinancierd?

De financiering van de organisatie en coördinatie van de experimenten verloopt vanuit VWS en betreft middelen die zijn vrij gemaakt vanuit het coalitieakkoord. De structuur waarlangs de financiering verloopt zijn we nog aan het verkennen. ZonMw is op dit moment de beoogde structuur. De financiering van de zorg zelf blijft via de zorgverzekeraars en/of zorgkantoren lopen.

20. Wie past het selectiekader om tot de experimenten te komen toe?

Dit hangt af van de keuze zoals in het antwoord op de vorige vraag beschreven. Als de definitieve keuze op ZonMw komt te liggen zullen de procedures, waaronder het selecteren van experimenten, van ZonMw toegepast worden. We beogen een programmacommissie op te richten bestaande uit diverse experts, PZNL en de NZa. De commissie zal ZonMw adviseren over de selectie.

21. De betrokkenheid van de zorgverzekeraar en/of zorgkantoor is één van de criteria om in aanmerking te komen. Welke ondersteuning kan de NZa bieden wanneer zij nog niet actief bij de samenwerking betrokken zijn?

De NZa verwacht dat de betreffende partijen eerst zelf de afstemming met de verzekeraar zoeken. Hierbij kunnen de volgende tips helpen:

- breng samen vooraf in kaart bij de verschillende zorgaanbieders hoe de betreffende palliatieve zorg nu bekostigd wordt en waar de belemmeringen zitten;
- geef vervolgens aan hoe je de zorg georganiseerd zou willen zien en waarom dat niet werkt binnen de huidige bekostiging;

Neem met bovenstaande uitwerking contact op met de preferente zorgverzekeraar en/of zorgkantoor in een regio (en dan bijv. de inkoper, medisch adviseur, innovatiemanager of regiomanager).

De NZa kan helpen om de partijen met elkaar in contact te brengen. De NZa kan tevens betrokken worden tijdens de ontwikkeling en uitvoering van de experimenten en moet gezien worden als vraagbaak. De NZa heeft niet de positie om actief onderdeel te zijn van het netwerk.

22. In het geval er meerdere projectinzendingen zijn die ook overlappend zijn qua scope, wordt er dan ook gekeken of deze trajecten gebundeld worden?

Bij de experimenten gaan wij uit van een lokaal/regionaal samenwerkingsverband met een of meerdere specifieke bekostigingsknelpunten/-behoefte. Dit betekent dat het onwaarschijnlijk is dat verschillende initiatieven aan elkaar verbonden kunnen worden in eenzelfde experiment.

Wel brengen we de experimenten die tot uitvoering komen met elkaar in contact. We beogen een lerend netwerk in te richten, zodat experimenten van elkaar kunnen leren en het wiel niet los van elkaar hoeven uit te vinden.

23. Op welke manier zijn zorgverzekeraars betrokken bij deze experimenten?

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is vanaf de start van dit traject betrokken en steunt dit traject. Ook individuele verzekeraars vinden deze experimenten interessant om verder te verkennen. Ze hebben meegedacht met de visie van de NZa op de bekostiging van palliatieve zorg en waren betrokken bij de landelijke verkenningsronde.

Via ZN zijn individuele verzekeraars op de hoogte gebracht van de experimenten. Tijdens de informatiebijeenkomsten waren diverse verzekeraars aanwezig en de NZa heeft vervolgens diverse 1-op-1 gesprekken met verzekeraars gevoerd. Het van belang dat de zorgverzekeraar al betrokken wordt bij het opstellen van de aanvraag.

24. Welke ondersteuning wordt geboden om experimenten op te zetten vanuit NZa/PZNL? Bijvoorbeeld met betrekking tot de statistische onderbouwing en onderzoeksdesign?

Vanuit de subsidie voor deze experimenten zijn er middelen beschikbaar om per experiment een projectleider aan te stellen/vergoeden. De NZa beoogt daarnaast een expertiseteam samen te stellen om de projecten te ondersteunen met het opzetten van het ontwerp van de experimenten en het onderzoek. Zoals ook in vraag 21 benoemd is de NZa een vraagbaak. Deze experimenten vragen ook echt inspanning van het samenwerkingsverband zelf om dit gezamenlijk voor elkaar te krijgen.

Vragen met betrekking tot de concrete invulling van de experimenten

25. Hoeveel budget per experiment hebben jullie voor ogen? Wanneer kunnen experimenten zichzelf aanmelden? Hoelang duren de experimenten?

Medio juli beogen wij een communicatie-uiting rond te sturen met praktische informatie over de experimenten.

Overige vragen

26. Is er ook gekeken naar geleerde lessen uit alternatieve bekostigingstrajecten in andere sectoren (bijvoorbeeld geboortezorg)?

Ja. In de verkenningsfase is gesproken met medewerkers van de NZa die betrokken waren/zijn bij alternatieve bekostigingstrajecten in andere sectoren (MSZ, GGZ, wijkverpleging, geboortezorg). Daarnaast is er een deskresearch uitgevoerd naar ervaringen en/of resultaten van deze trajecten.

27. Is er al geëxperimenteerd met bundelbekostiging buiten de palliatieve zorg om?

Ja. De integrale bekostiging van de geboorte zorg is een bekend voorbeeld. Maar ook kleinere projecten, zoals bundelbekostiging voor hand- en polszorg, etalagebenen, heupfracturen zijn voorbeelden van lopende of aankomende experimenten.

28. Welke rol heeft IKNL bij deze experimenten?

De afstemming met IKNL verloopt vooralsnog via PZNL. We zien een mogelijke link met IKNL tijdens de uitvoeringsfase en onderzoeksfase van de experimenten, bijvoorbeeld op het gebied van toepassing van zorgpaden, uitkomstinformatie of richtlijnen en zorgstandaarden. Wanneer een experiment gericht is op een specifieke doelgroep met een oncologische aandoening, zal IKNL uiteraard betrokken worden.

29. Wordt er uit gegaan van volgeleid bij zorgverzekeraars bij deze experimenten?

Volgeleid is een impliciete afspraak tussen verzekeraars dat niet expliciet is vastgelegd in samenwerkingsafspraken maar wel vervat is in het IZA. De NZa kan volgeleid niet afdwingen. We kunnen dit echter niet afdwingen.