BESLISBOOM

Bekostiging van Innovatie in de Nederlandse Zorg

CbusineZ

Partner in zorginnovatie

CbusineZ wil innovatoren helpen snel de juiste route naar bekostiging te vinden

Beste innovator,

CbusineZ is de innovatie- en participatietak van zorgverzekeraar CZ. Wij komen jaarlijks in contact met honderden innovatoren die allemaal een bijdrage willen leveren aan de Nederlandse zorg. Dat kunnen ondernemers zijn, maar ook innovatoren binnen zorgorganisaties.

Een werkende innovatieve oplossing hebben is niet genoeg. We zien dat veel innovatoren stranden of jaren vertraging oplopen, omdat ze één thema niet goed aangepakt hebben: bekostiging. Met bekostiging bedoelen we dat er iemand is die voor je product of dienst betaalt. Zonder structurele bekostiging bewegen innovatoren van subsidieproject naar investeringsronde en van experiment naar pilot, maar blijft opschaling – en daarmee impact – uit.

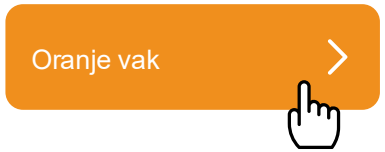
Om ervoor te zorgen dat innovatoren zo snel mogelijk de juiste stappen zetten op het gebied van bekostiging, heeft CbusineZ een beslisboom ontwikkeld. Door deze beslisboom te doorlopen zie je wat voor jouw innovatie de juiste vervolgstap is op het gebied van bekostiging. Bekostiging is – hoe graag we dat ook zouden willen – niet zwart-wit. Voor één product of dienst zijn vaak meerdere toepassingen soms in verschillende domeinen van de zorg. De beslisboom stelt je in staat om verschillende routes te verkennen en te zien wat de juiste vervolgstappen per route zijn. We hopen dat deze beslisboom je in staat stelt om sneller meer impact te realiseren op de zorg.

Heb je vragen over jouw situatie of feedback op de beslisboom?
We helpen je graag op weg en gaan graag het gesprek aan. Contacteer ons op info@cbusinez.nl.

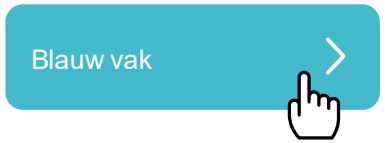
Instructie & legenda

Gebruik van de beslisboom

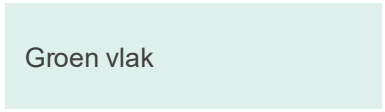
- Start op bladzijde 4 met de eerste vraag.
- Doorloop de vragen totdat je op een gekleurd vak uitkomt.
- Bij een oranje of blauw vak: klik op het vak.
- Bij een groen vak: lees het advies.



Als je op een oranje vak klikt, ga je naar een andere bladzijde waarop je nieuwe vragen kan beantwoorden voor het best passende advies.



Als je op een blauw vlak klikt, krijg je advies over de bekostiging van je innovatie.



Een groen vlak betreft een advies. Hierop kun je niet klikken.



Hiermee kun je naar de inhoudsopgave.



Indien het antwoord op een vraag *ja* is, volg dan de pijl met de groene vink; indien het antwoord op een vraag *nee* is, volg dan de pijl met het rode kruis.

Start beslisboom



Een consumentenproduct is een product dat beschikbaar is voor directe aankoop en gebruik door patiënten, al dan niet op eigen initiatief. In sommige gevallen kan het ook worden voorgeschreven door een zorgprofessional. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij crèmes of neusspray. Het product wordt door consument zelf betaald.

Een investeringsproduct is een product dat door een zorgaanbieder zelf wordt aangeschaft om het zorgaanbod of de zorginfrastructuur te verbeteren, maar dat niet direct impact heeft op de samenstelling en effectiviteit van de oorspronkelijke zorg. Denk hierbij aan: onroerend goed, kantoorapparatuur, transportmiddelen en diverse gebruiksapparatuur. Een innovatie om zelf efficiënter te kunnen werken is bijvoorbeeld spraakgestuurde rapportagetechnologie of slimme planningssoftware.

Sommige innovaties bieden ondersteuning of vervanging van zorg zonder directe betrokkenheid van een reguliere zorgaanbieder. Denk bijvoorbeeld aan een app of een digitale zorgverlener.

Een hulpmiddel is een externe voorziening die dient als vervanging of ondersteuning van een verloren gegane functie of lichaamsdeel.

Denk hierbij bijvoorbeeld aan mobiliteitshulpmiddelen (bv. rolstoel) of hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging (bv. incontinentiemateriaal).

Consumentenproducten

Er bestaan geen standaard vergoedingsmogelijkheden voor consumentenproducten. Wel zijn er verschillende mogelijkheden om je innovatie te laten bekostigen, namelijk via gebruikers, de zorgverzekeraar of werkgevers.

Er zijn drie andere mogelijkheden:

Bekostiging cliënt/consument

Bekostiging zorgverzekeraar

Bekostiging werkgevers

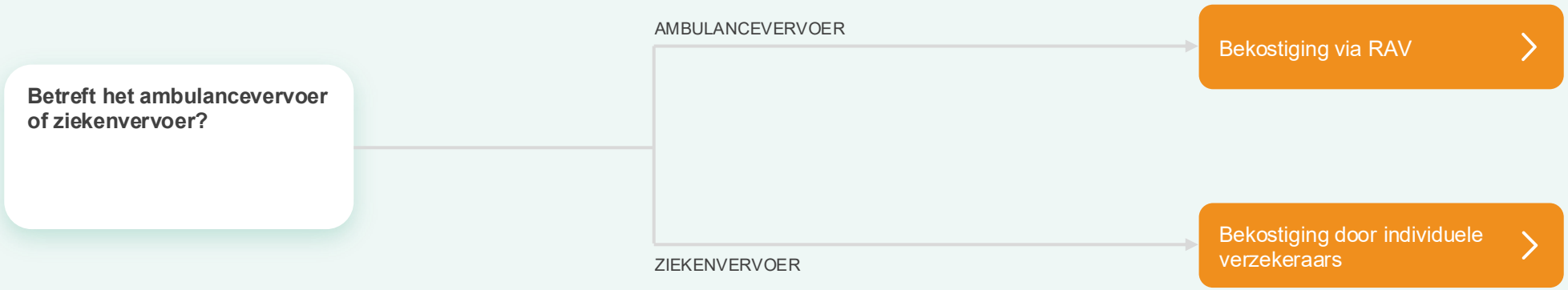
Navigatie

Op welk type zorg heeft de innovatie betrekking?

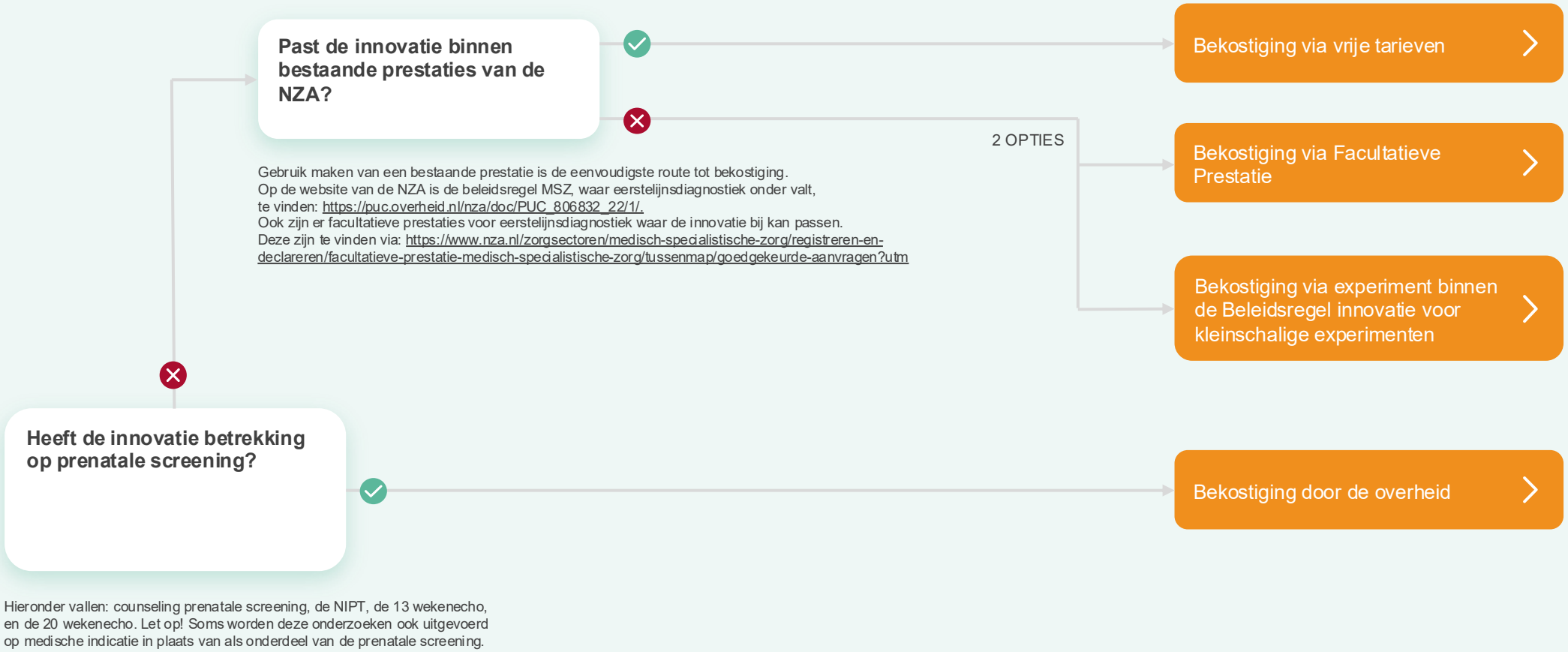
- Ambulance-en ziekenvervoer
- Eerstelijnsdiagnostiek
- Eerstelijnsverblijf
- Farmaceutische zorg
- Forensische zorg
- Geboortezorg
- Geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen (GZSP)
- Geriatrische revalidatiezorg
- Gemeenten (zorg waarvoor gemeenten primair verantwoordelijk zijn, bv: jeugdzorg, welzijn, re-integratie)
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Huisartsenzorg
- Hulpmiddelenzorg
- Intramurale zorg (intramurale woonvoorziening)
- Mondzorg
- Medisch-specialistische zorg (MSZ)
- Paramedische zorg (fysiotherapie, logopedie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek)
- Preventieve (leefstijl) zorg
- Revalidatiezorg (onder verantwoordelijkheid van revalidatiearts)
- Zorg thuis

Terug naar start | Instructie

Ambulance- en ziekenvervoer



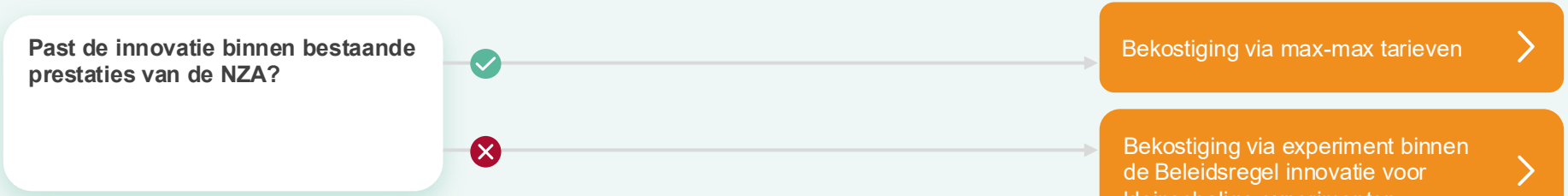
Eerstelijnsdiagnostiek



Gebruik maken van een bestaande prestatie is de eenvoudigste route tot bekostiging.
Op de website van de NZA is de beleidsregel MSZ, waar eerstelijnsdiagnostiek onder valt, te vinden: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_806832_22/1/.
Ook zijn er facultatieve prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek waar de innovatie bij kan passen.
Deze zijn te vinden via: https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren/facultatieve-prestatie-medisch-specialistische-zorg/tussenmap/goedgekeurde-aanvragen?utm

Hieronder vallen: counseling prenatale screening, de NIPT, de 13 wekenecho, en de 20 wekenecho. Let op! Soms worden deze onderzoeken ook uitgevoerd op medische indicatie in plaats van als onderdeel van de prenatale screening.

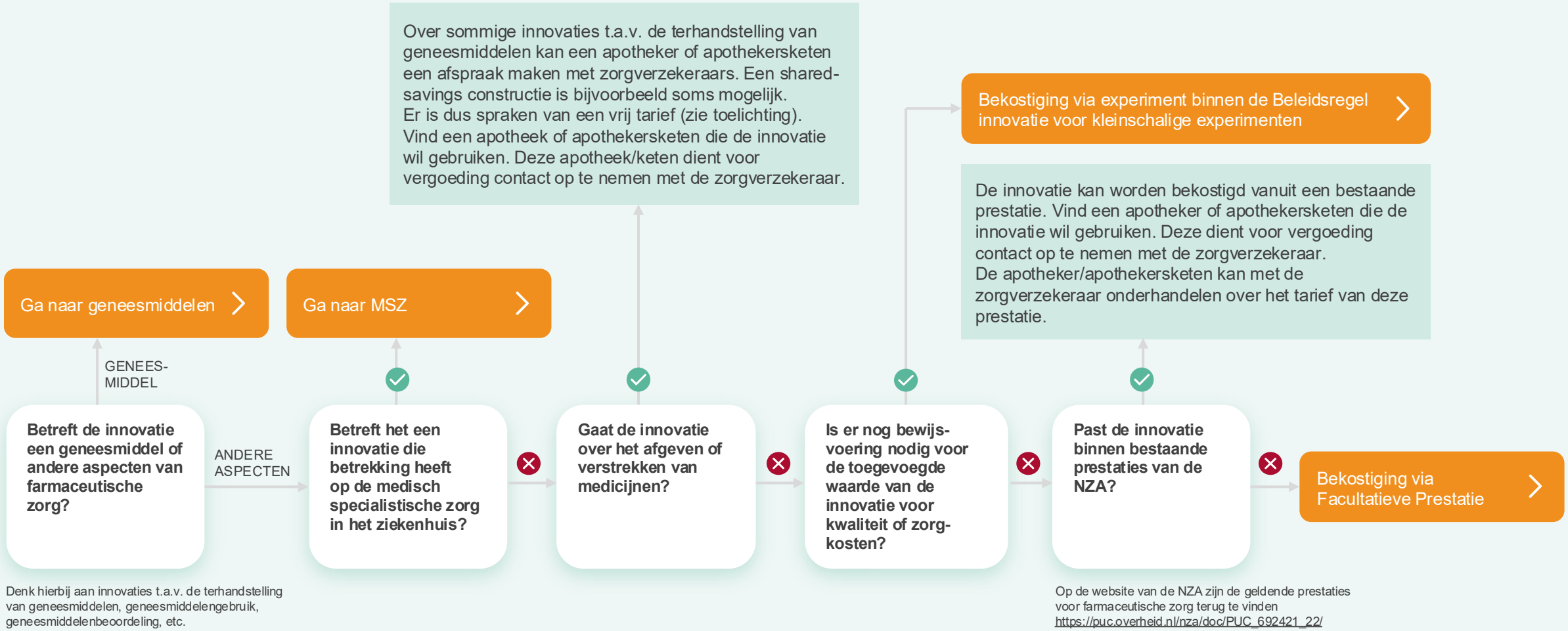
Eerstelijnsverblijf*



Gebruik maken van een bestaande prestatie is de eenvoudigste route tot bekostiging. Op de website van de NZA zijn de beleidsregels die van toepassing zijn te vinden: https://www.nza.nl/zorgsectoren/kortdurende-zorg/registreren-en-declareren/welke-regels-gelden-voor-de-kortdurende-zorg-in-2026

*Eerstelijnsverblijf is het verblijf voor geneeskundige zorg die onder de verantwoordelijkheid valt van een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde (so) of een arts verstandelijk gehandicapten (avg). Het gaat hier niet om medisch-specialistische zorg. Het eerstelijnsverblijf is meestal bedoeld voor kortdurende geneeskundige zorg. Bijvoorbeeld een zorggroep, een huisartsenpost of een langdurige zorgaanbieder kan dit bieden. Redenen voor eerstelijnsverblijf zijn bijvoorbeeld: herstel na ziekenhuisopname maar geen noodzaak voor specialistische revalidatie, wachten op plek in verpleeghuis, overbelasting mantelzorger.

Farmaceutische zorg



Farmaceutische zorg – geneesmiddel (1)



EMA-goedkeuring: Europese toelating van een geneesmiddel via het Europees Geneesmiddelenbureau.CBG-registratie: Nationale toelating van een geneesmiddel via het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Farmatec-vergunningen: Nederlandse vergunningen, erkenningen of ontheffingen voor productie, distributie en handel in geneesmiddelen, afgegeven door Farmatec (Ministerie van VWS).

De stand van wetenschap en praktijk (SWP) is het wettelijke criterium waaraan een hulpmiddel moet voldoen om vergoed te worden vanuit het basispakket. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) doet deze beoordeling.

Met 'plegen te bieden' wordt bedoeld dat de innovatie momenteel al door de beroepsgroep wordt beschouwd als onderdeel van het aanvaardbare aanbod van zorg. Bovendien moet de zorg worden geleverd op een manier die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'. Lees meer over dit criterium op: https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2008/11/17/betekenis-en-beoordeling-criterium-plegen-te-bieden

Farmaceutische zorg – geneesmiddel (2)



Farmaceutische zorg – geneesmiddel (3)

Betreft het een duur geneesmiddel? (meer dan €1000 per patiënt per jaar) (bedrag is indicatief)

Het geneesmiddel wordt niet apart vergoed en wordt in de regel bekostigd door een ziekenhuis (als onderdeel van een DBC). Ga in gesprek met ziekenhuizen. Let op: mogelijk wil het ziekenhuis met de zorgverzekeraar onder-handelen over een verhoogd tarief.

Heeft het ministerie besloten om (op advies van het Zorginstituut) het geneesmiddel in 'de sluis' te zetten en (vooralsnog) niet direct te vergoeden?

Onderhandel met de minister over de bekostiging van het geneesmiddel. Er is een aparte declaratiecode (‘code dure geneesmiddelen’) nodig.

Een middel komt in aanmerking voor de sluis als:
-De kosten voor een geneesmiddel voor de behandeling van 1 of meerdere nieuwe indicaties in heel Nederland meer dan € 20 miljoen per jaar zijn. In dit geval worden alle nieuwe indicaties in de sluis geplaatst.-De kosten van het geneesmiddel voor een nieuwe indicatie per patiënt jaarlijks € 50.000 of meer zijn en in totaal € 10 miljoen of meer per jaar bedragen. In dit geval wordt alleen de nieuwe indicatie in de sluis geplaatst.

Hebben zorgverzekeraars mandaat afgegeven aan het Clean Team om prijsafspraken te maken over het geneesmiddel?

Onderhandel met het Clean Team over bekostiging van het geneesmiddel.
Als de afspraak eenmaal is gemaakt, staat de prijs vast.

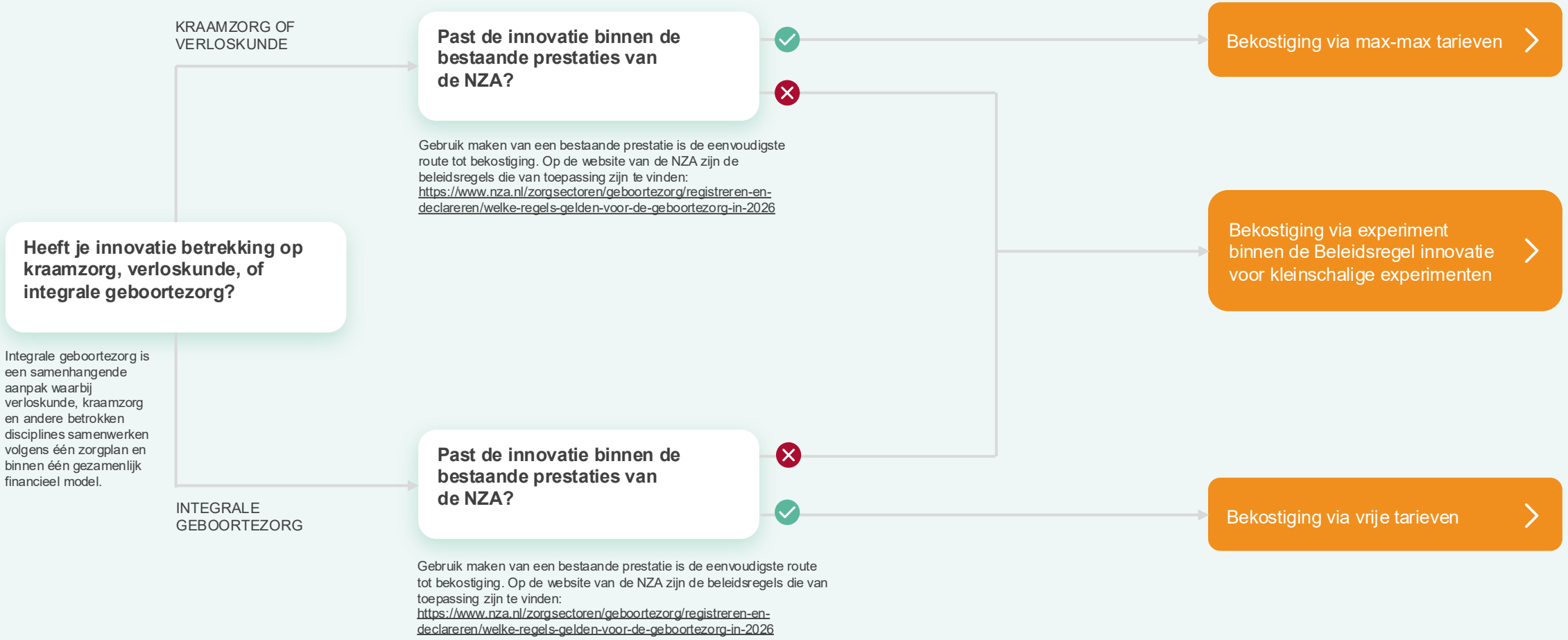
Het Clean Team maakt namens alle zorgverzekeraars die mandaat hebben afgegeven prijsafspraken over een bepaald geneesmiddel.

Onderhandel met het ziekenhuis over het geneesmiddel. Deze koopt het geneesmiddel in (en maakt "aan de achterkant" bekostigingsafspraken (vrije tarieven) met de zorgverzekeraars)

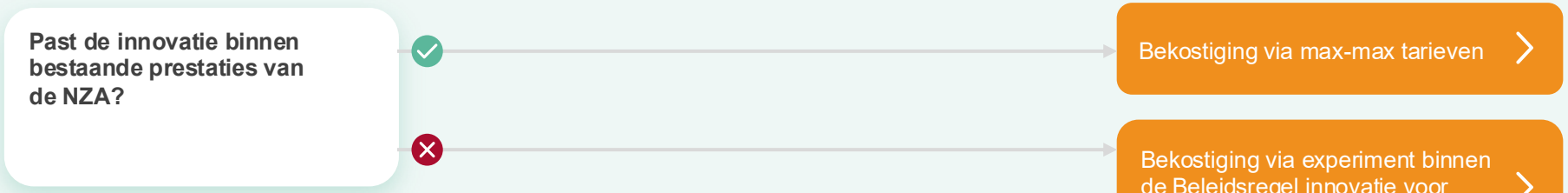
Forensische zorg

De Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is verantwoordelijk voor de inkoop en financiering van forensische zorg en is hiermee het meest logische aanspreekpunt voor de bekostiging van innovaties.

Geboortezorg



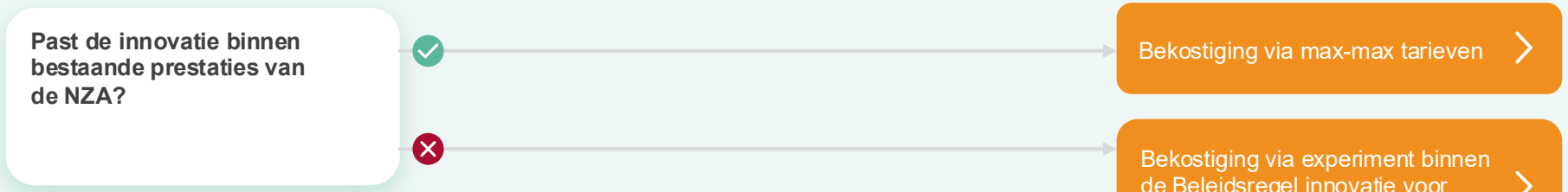
Geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen (GZSP)*



Gebruik maken van een bestaande prestatie is de eenvoudigste route tot bekostiging. Op de website van de NZA zijn de beleidsregels die van toepassing zijn te vinden: https://www.nza.nl/zorgsectoren/kortdurende-zorg/registreren-en-declareren/welke-regels-gelden-voor-de-kortdurende-zorg-in-2026

*Gzsp betreft zorg aan kwetsbare groepen, zoals ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen, mensen met niet aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. De specialist ouderengeneeskunde, de arts verstandelijk gehandicapten en de gedragswetenschapper zijn, na of naast de huisarts, bij uitstek in staat om de complexiteit van deze patiënten en eventuele bijkomende complexiteit in zijn/haar situatie af te wegen en om te zetten in een behandelplan met een geneeskundig doel, gericht op herstel en/of omgaan met beperkingen. Zij leveren deze zorg vaak in samenwerking met andere zorgverleners in een multidisciplinair team (bijv. met de gespecialiseerde psycholoog, paramedici en de vaktherapeut). Het betreft zorg aan mensen die geen Wlz-indicatie hebben en die daar ook (nog) niet voor in aanmerking komen.

Geriatrische revalidatiezorg

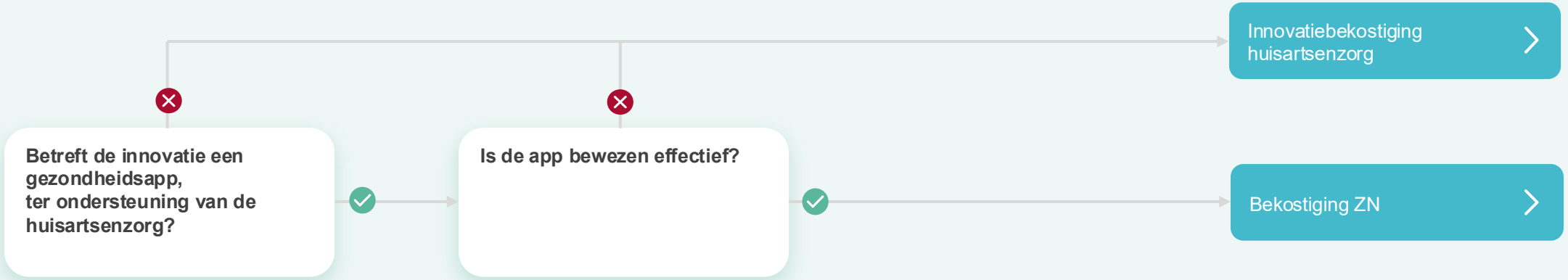


Gebruik maken van een bestaande prestatie is de eenvoudigste route tot bekostiging. Op de website van de NZA zijn de beleidsregels die van toepassing zijn te vinden: https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren/welke-regels-gelden-voor-de-medisch-specialistische-zorg-in-2026

GGZ


Ga naar intramurale zorg
Is de innovatie primair bedoeld voor mensen die korter dan 3 jaar verblijven in een psychiatrische instelling en daar zorg krijgen?
Past de innovatie binnen bestaande prestaties van de NZA?
Bekostiging via max-max tarieven
Op de website van de NZA zijn de geldende prestaties voor de ggz terug te vinden: https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz/welke-regels-gelden-voor-de-ggz-en-fz-in-2026
2 OPTIES
Bekostiging via Facultatieve Prestatie
Bekostiging via experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Huisartsenzorg



Hulpmiddelen – 1*



Een hulpmiddel is opzichzelfstaand wanneer het niet gaat om middelen die als toebehoren bij een hoofdunit worden geleverd. Een hulpmiddel is niet opzichzelfstaand als het alleen functioneert in combinatie met een hoofdunit, zoals filters/slangetjes voor een beademingsapparaat of teststrips voor een glucosemeter. Een verbruiksartikel is een hulpmiddel dat wanneer je het 'afdoet' je het weggooit, bv. verbandmiddelen, stoma's, incontinentiematerialen. Je hebt er meestal meerdere per jaar van nodig.

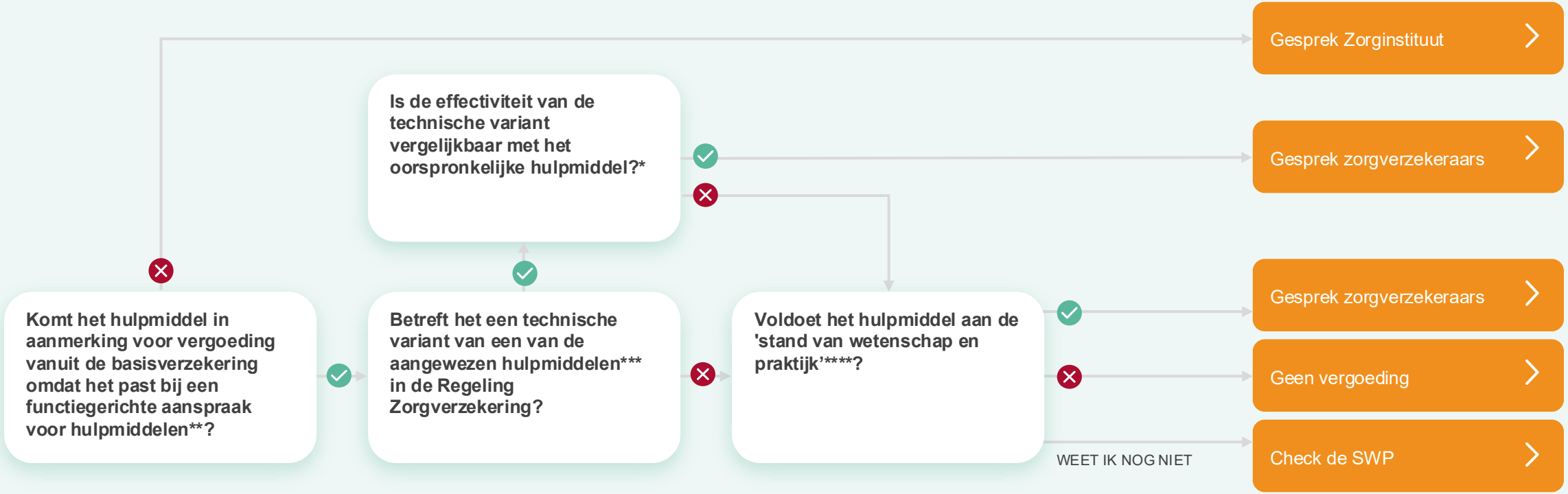
* Een hulpmiddel is een externe voorziening die dient als vervanging of ondersteuning van een verloren gegane functie of lichaamsdeel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan mobiliteitshulpmiddelen (bv. rolstoel) of hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging (bv. incontinentiemateriaal

Hulpmiddelen – 2



Met tijdelijk is bedoeld dat het gebruik van het hulpmiddel eindig is (dit kan afhankelijk van het hulpmiddelen enkele weken, maanden of jaren zijn).

Hulpmiddelen – 3



* Dit kun je doen door de verschillen en overeenkomsten tussen je innovatie en het oorspronkelijke hulpmiddel tegen elkaar af te wegen en in te schatten of er substantiële gelijkwaardigheid is (aan de effectief bevonden interventie) en dat daarmee de effectiviteit van de technische variant ook vaststaat.

Lees hier meer over op:
https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/04/29/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk-technische-variant
Het besluit over vergelijkbare effectiviteit wordt uiteindelijk gemaakt door de zorgverzekeraar.

** De Regeling Zorgverzekering schrijft voor welke functiegerichte aanspraken er allemaal zijn. In algemene termen zijn het indicatiegebied, de inhoud en de omvang van de zorg beschreven. Zie artikel 2.6 t/m 2.29 van paragraaf 1.4:
https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2&paragraaf=1&sub-paragraaf=1.4&artikel=2.6&z=2026-01-01&g=2026-01-01

*** Een aangewezen hulpmiddel is een specifiek hulpmiddel dat door de zorgverzekeraar of het Zorginstituut Nederland is aangewezen als geschikt om de functiegerichte aanspraak te vervullen. Het is dus een concreet product. Lees hiervoor bijvoorbeeld het Reglement Hulpmiddelen van zorgverzekeraars. Een technische variant van een hulpmiddel is een uitvoering van een hulpmiddel dat zich in zekere mate onderscheidt op het gebied van onderstaande kenmerken, terwijl het dezelfde functionele zorgbehoefte als het oorspronkelijke hulpmiddel adresseert. Kenmerken waarop een technische variant zich kan onderscheiden zijn: A. Type behandeling B. Indicatiegebied C. Behandeldoel D. Wijze van toedienen/benaderen E. Toepassingsgebied F. Materiaalgebruik G. Werkingsmechanisme H. Biologische parameters I. Complexiteit J. Overige aspecten. Lees hier meer over op:
https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/04/29/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk-technische-variant
Mocht je twijfelen of je innovatie een technische variant is, neem dan contact op met een zorgverzekeraar (of het liefst meerdere zorgverzekeraars) om te onderzoeken of dit mogelijk is.
Een route tot de bekostiging van een technische variant is eenvoudiger dan de route tot bekostiging van een niet-technische variant.

**** De stand van wetenschap en praktijk (SWP) is het wettelijke criterium waaraan een hulpmiddel moet voldoen om vergoed te worden vanuit het basispakket. Let op! Zorgverzekeraars doen deze beoordeling. Mochten er verschillen zijn tussen zorgverzekeraars, dan neemt het Zorginstituut Nederland een besluit dat alle zorgverzekeraars moeten volgen.

Intramurale zorg* (intramurale woonvoorziening)

De zorgaanbieder ontvangt één integraal dagtarief per cliënt. Van dit bedrag moeten in principe alle directe en indirecte kosten worden betaald, dus ook zorginnovatie. De zorgaanbieder kan met het zorgkantoor afspreken maken over een opslag voor de zorginnovatie. Voorwaarde is wel dat het afgesproken tarief binnen het maximumtarief blijft, zoals opgenomen in de betreffende NZA- beleidsregel. Ga met zorgaanbieders in gesprek over de bekostiging van je innovatie. Zie ook:

Bekostiging door zorgaanbieder met integraal budget

* Deze antwoordoptie is van toepassing voor verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg in een instelling, óf zorg aan mensen die al langer dan 3 jaar verblijven in een psychiatrische instelling en daar zorg krijgen.

Mondzorg*



* Gebruik maken van een bestaande prestatie is de eenvoudigste route tot bekostiging.
Op de website van de NZA zijn de geldende mondzorgprestaties terug te vinden:
https://www.nza.nl/zorgsectoren/mondzorg/registreren-en-declareren/welke-regels-gelden-voor-de-mondzorg-in-2026

** De stand van wetenschap en praktijk (SWP) is het wettelijke criterium waaraan een hulpmiddel moet voldoen om vergoed te worden vanuit het basispakket. Let op! Zorgverzekeraars doen deze beoordeling. Mochten er verschillen zijn tussen zorgverzekeraars, dan neemt het Zorginstituut Nederland een besluit dat alle zorgverzekeraars moeten volgen.

*** Met 'plegen te bieden' wordt bedoeld dat de innovatie momenteel al door de beroepsgroep wordt beschouwd als onderdeel van het aanvaardbare aanbod van zorg. Bovendien moet de zorg worden geleverd op een manier die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'.
Lees meer over dit criterium op:
https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2008/11/17/betekenis-en-beoordeling-criterium-plegen-te-bieden

* Mondzorg betreft orthodontische en (bijzondere) tandheelkundige zorg, jeugdtandverzorging en implantologie. Er zijn grofweg 3 categorieën, namelijk: preventieve zorg, diagnostiek, en behandelingen. Kaakchirurgie behoort niet tot de categorie Mondzorg, maar tot de medisch-specialistische zorg.

MSZ en revalidatiezorg – 1



*Een zorgaanbieder kan ervoor kiezen om een innovatie direct te bekostigen. Dit kan bijvoorbeeld vanuit de ruimte die een DBC nog heeft of op een andere manier omdat de besparing die een innovatie oplevert opweegt tegen de investering. Een innovatie is interessant om zelf te bekostigen als de zorgaanbieder zelf een positieve businesscase kan maken met de innovatie. Bijvoorbeeld omdat het verzuim verlaagt of leidt tot een afname van niet-declarabele tijd. Bekostiging door de zorgaanbieder is - ten opzichte van de andere bekostigingsopties - een eenvoudige route. Ga met een zorgaanbieder in gesprek om te bepalen of dit een optie is.

** Dit kun je doen door de verschillen en overeenkomsten tussen je innovatie en de oorspronkelijke interventie tegen elkaar af te wegen en in te schatten of er substantiële gelijkwaardigheid is (aan de effectief bevonden interventie) en of daarmee de effectiviteit van de technische variant ook vaststaat. Lees hier meer over op: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/04/29/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk-technische-variant.

Mocht je twijfelen of je innovatie een technische variant is, neem dan contact op met een zorgverzekeraar (of het liefst meerdere zorgverzekeraars) om te onderzoeken of dit mogelijk is. Een route tot de bekostiging van een technische variant is eenvoudiger dan de route tot bekostiging van een niet-technische variant.

*** Een technische variant van een hulpmiddel is een uitvoering van een hulpmiddel dat zich in zekere mate onderscheidt op het gebied van onderstaande kenmerken, terwijl het dezelfde functionele zorgbehoefte als het oorspronkelijke hulpmiddel adresseert. Kenmerken waarop een technische variant zich kan onderscheiden zijn: Type behandeling, indicatiegebied, behandeldoel, , wijze van toedienen/benaderen, toepassingsgebied, materiaalgebruik, werkingsmechanisme, biologische parameters, complexiteit, overige aspecten. Lees hier meer over op: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/04/29/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk-technische-variant
Informatie over DBC's is te vinden op: https://opendisdata.nza.nl/#start

**** Een voordeel van deze optie is dat vergoeding relatief snel kan plaatsvinden. Een nadeel is dat de voorwaarden van de bestaande technologie gelden. Dit kan leiden tot bv. een te lage vergoeding .Het is haalbaar als jouw innovatie inhoudelijk goed past bij een bestaande DBC of facultatieve prestatie. Dit betekent dat deinnovatie lijkt op bestaande zorg waarvoor al een vergoedingsstructuur bestaat (bijvoorbeeld een nieuwe techniek voor een bestaande behandeling). In dat geval kan de zorgaanbieder de innovatie declareren binnen het bestaande bekostigingssysteem. Het is niet haalbaar als de innovatie te veel afwijkt van de zorg die nu binnen bestaande prestaties valt, bijvoorbeeld omdat het een heel ander type zorg is, een nieuw doel heeft, of tot hogere kosten leidt die niet binnen het bestaande tarief passen. Informatie over DBC's is te vinden op:https://opendisdata.nza.nl/#start, Een overzicht van bestaande facultatieve prestaties is te vinden via: https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren/facultatieve-prestatie-medisch-specialistische-zorg/tussenmap/goedgekeurde-aanvragen

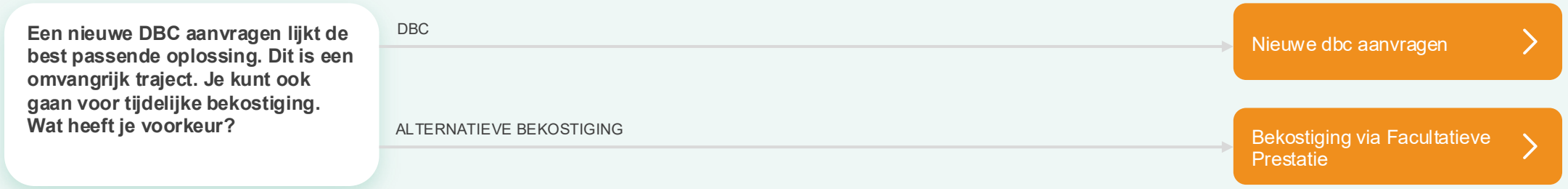
MSZ en revalidatiezorg – 2



De stand van wetenschap en praktijk (SWP) is het wettelijke criterium waaraan een innovatie moet voldoen om vergoed te worden vanuit het basispakket. Let op! Zorgverzekeraars beoordelen of innovaties hieraan voldoen. Mochten er verschillen zijn tussen zorgverzekeraars, dan neemt het Zorginstituut Nederland een besluit dat alle zorgverzekeraars moeten volgen.

Met 'plegen te bieden' wordt bedoeld dat de innovatie momenteel al door de beroepsgroep wordt beschouwd als onderdeel van het aanvaardbare aanbod van zorg. Bovendien moet de zorg worden geleverd op een manier die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'. Lees meer over dit criterium op: https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2008/11/17/betekenis-en-beoordeling-criterium-plegen-te-bieden

MSZ en revalidatiezorg – 3



Een wijziging kan worden aangevraagd, mits dit verzoek breed wordt gedragen. Een voordeel is dat er passende vergoeding kan worden bedongen. Een nadeel is dat de aanvraag van een nieuwe DBC een zeer langdurig traject is. Ter illustratie: een nieuw zorgproduct dient vóór 1 juni te worden ingediend om in aanmerking voor vergoeding te komen vanaf 1 januari 19 maanden later. Zie voor meer informatie: https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/hoe-vraagt-u-een-wijziging-aan

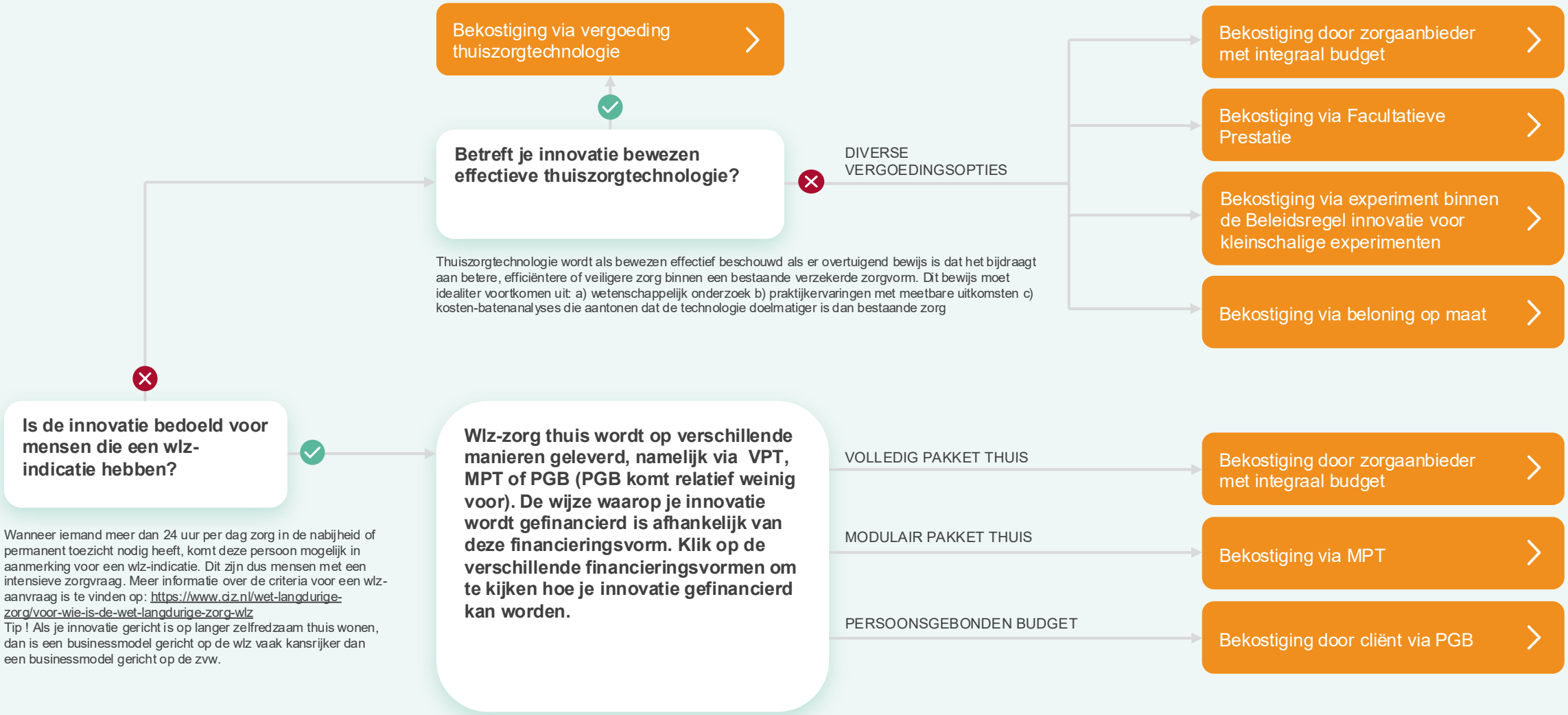
Paramedische zorg
(fysiotherapie, logopedie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek)



Preventieve (leefstijl)zorg



Zorg thuis


Bekostiging via vergoeding thuiszorgtechnologie
Betreft je innovatie bewezen effectieve thuiszorgtechnologie?
DIVERSE VERGOEDINGSOPTIES
Bekostiging door zorgaanbieder met integraal budget
Bekostiging via Facultatieve Prestatie
Bekostiging via experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Bekostiging via beloning op maat
Thuiszorgtechnologie wordt als bewezen effectief beschouwd als er overtuigend bewijs is dat het bijdraagt aan betere, efficiëntere of veiligere zorg binnen een bestaande verzekerde zorgvorm. Dit bewijs moet idealiter voortkomen uit: a) wetenschappelijk onderzoek b) praktijkervaringen met meetbare uitkomsten c) kosten-batenanalyses die aantonen dat de technologie doelmatiger is dan bestaande zorg
Is de innovatie bedoeld voor mensen die een wlz-indicatie hebben?
Wanneer iemand meer dan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig heeft, komt deze persoon mogelijk in aanmerking voor een wlz-indicatie. Dit zijn dus mensen met een intensieve zorgvraag. Meer informatie over de criteria voor een wlz-aanvraag is te vinden op: https://www.ciz.nl/wet-langdurige-zorg/voor-wie-is-de-wet-langdurige-zorg-wlz
Tip ! Als je innovatie gericht is op langer zelfredzaam thuis wonen, dan is een businessmodel gericht op de wlz vaak kansrijker dan een businessmodel gericht op de zvw.
Wlz-zorg thuis wordt op verschillende manieren geleverd, namelijk via VPT, MPT of PGB (PGB komt relatief weinig voor). De wijze waarop je innovatie wordt gefinancierd is afhankelijk van deze financieringsvorm. Klik op de verschillende financieringsvormen om te kijken hoe je innovatie gefinancierd kan worden.
VOLLEDIG PAKKET THUIS
MODULAIR PAKKET THUIS
PERSOONSGEBONDEN BUDGET
Bekostiging door zorgaanbieder met integraal budget
Bekostiging via MPT
Bekostiging door cliënt via PGB

Overzicht met adviezen over de best passende bekostiging

Geen vergoedingsmogelijkheden

Voor sommige innovaties is vergoeding vanuit de basisverzekering helaas niet mogelijk.

Dit is het bijvoorbeeld het geval wanneer:

- Een innovatie een consumentenproduct betreft;
- Een innovatie niet voldoet aan de Stand van Wetenschap en Praktijk;
- Een innovatie voldoet niet aan het criterium ‘plegen te bieden’;
- Een hulpmiddel niet past bij een zogenaamde ‘functiegerichte aanspraak’ voor voor hulpmiddelen.

In dit geval dienen de criteria van de aanspraak te worden verruimd. Dit is niet eenvoudig. Het Zorginstituut gaat hierover en oordeelt op basis van 4 criteria, namelijk: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Meer informatie hierover is te vinden via: https://www.zorginstituutnederland.nl/pakketbeheer.

Het is raadzaam om een oriënterend gesprek te voeren met het Zorginstituut. Voor het Zorginstituut is het van belang dat de relevante beroepsgroep en de zorgverzekeraars achter het initiatief staan, en dus deze partijen dienen betrokken te zijn.

Bekostiging door zorgaanbieder

Zorgaanbieders worden door betalers (zoals gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) betaald voor het leveren van zorg of ondersteuning. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor investeringsproducten, bijvoorbeeld een MRI-apparaat in de medisch-specialistische zorg of toezichthoudende domotica in de ouderenzorg.

Ook innovaties die de productiviteit van zorgverleners verhogen worden in principe bekostigd door de zorginstelling zelf. De zorgverlener kan immers meer zorg verlenen als gevolg van gebruik van de innovatie en wordt op die manier beloond voor innovatie.

Investeringsproducten voor vrije beroepsbeoefenaren zoals huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten dienen in eerste instantie ook zelf door de beroepsbeoefenaren te worden vergoed, maar hebben kans - mits de innovatie breed opgeschaald wordt - om uiteindelijk vergoed te worden via de praktijkkostencomponent. De praktijkkostencomponent is onderdeel van het tarief dat beroepsbeoefenaren in rekening mogen brengen.
Het is als innovator prettig als je innovatie direct door een zorgaanbieder ingekocht kan worden. Hierdoor heb je geen afhankelijkheid van een derde partij.

Je zult de zorgaanbieder moeten overtuigen door een positieve business case op gebied van productiviteit/ doelmatigheid of kwaliteit.

Vergoeding door ZN
(Zorgverzekeraars Nederland)

Zorgverzekeraars Nederland vergoedt vanuit het project Digitale Gezondheidsapps enkele bewezen apps die nog geen definitieve bekostigingsvorm hebben.

Neem contact op met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om te onderzoeken of je app hiervoor in aanmerking komt. Mocht ZN niet besluiten om de app te vergoeden, ga dan met individuele zorgverzekeraars of zorggroepen in gesprek over de bekostiging van je innovatie.

Let wel: als je zorg op afstand verleent dien je een erkende zorgaanbieder met een AGB-code te zijn.

Besluit over bekostiging door individuele zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars bepalen in sommige gevallen zelf of een bepaalde innovatie wordt vergoed.

Bij bijvoorbeeld hulpmiddelen beoordeelt iedere zorgverzekeraar zelf of een hulpmiddel wordt opgenomen in het assortiment van hulpmiddelen van de betreffende zorgverzekeraar.

Een ander voorbeeld is ziekenvervoer. Dit wordt niet gereguleerd door de NZa en zorgverzekeraars kopen dit op verschillende wijzen in.

Ook zijn zorgverzekeraars soms bereid om een innovatie te vergoeden die niet onder het basispakket van de zorgverzekering valt. Dit kan een zorgverzekeraar doen als aanvullende dienstverlening aan verzekerden, al dan niet via de aanvullende verzekering. Een voorbeeld hiervan zijn innovaties die zich richten op preventie.

Check de Stand van Wetenschap en Praktijk

Innovaties dienen te voldoen aan de Stand van Wetenschap en Praktijk (SWP). SWP is een wettelijk criterium in de Nederlandse gezondheidszorg dat bepaalt of een behandeling of hulpmiddel vergoed wordt uit het basispakket.

Het doel is te beoordelen of een innovatie effectief is en meerwaarde biedt ten opzichte van bestaande zorg. Er moet sprake zijn van ten minste een gelijke effectiviteit of van een positief gezondheidseffect.

Het beoordelingskader van het Zorginstituut is hierin leidend: https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2023/04/11/beoordeling-swp-2023.

Ga met een zorgaanbieder in gesprek om samen te onderzoeken of je innovatie hieraan voldoet.

Let op! Naast de SWP dient een innovatie ook altijd te voldoen aan de vier pakketcriteria waaraan te verzekeren zorg binnen de zvw en wlz wordt getoetst. De pakketcriteria zijn: effectiviteit (overeenkomend met SWP), kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Zie voor meer informatie ook: https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/02/12/maatschappelijk-agenderingskader-bepalen-belangrijke-onderwerpen-pakketbeheer

Bekostiging via vrije tarieven of max-max tarieven

Bij een verhoging van de tarieven krijgen zorgaanbieders meer geld om een innovatie mee te betalen.

Bij een vrij tarief kunnen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar afspraken maken over een hoger tarief.
Er kan gebruik worden gemaakt van vrije tarieven als de NZa geen maximumtarief voor de bekostiging van zorg(innovatie) heeft vastgesteld. Vrije tarieven gelden voor diverse onderdelen van de zorg, bijvoorbeeld voor de paramedische zorg, een groot gedeelte van de medisch-specialistische zorg en een deel van de huisartsenzorg.

Bij het max-max tarief komen zorgaanbieder en zorgverzekeraars een hoger tarief (maximaal 10% boven het geldende maximum tarief dat is vastgesteld door de NZa) overeen. Maximum tarieven gelden voor onder andere een gedeelte van de medisch-specialistische zorg, wijkverpleging, huisartsenzorg, ggz, eerstelijnsverblijf, geboortezorg, geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, mondzorg, gecombineerde leefstijlinterventie, en de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas.
Het is voor jou als innovator van belang dat je een zorgaanbieder of zorggroep vindt die je innovatie wil gebruiken.
De zorgaanbieder moet de zorgverzekeraar ervan overtuigen om een (aanvullende) vergoeding te betalen voor de innovatie.

Verruiming aanspraak basisverzekering

Als vergoeding vanuit de basisverzekering niet mogelijk is, dienen de criteria van de aanspraak dienen te worden verruimd.

Het verruimen van de criteria van de aanspraak is niet eenvoudig. Het Zorginstituut gaat hierover en oordeelt op basis van 4 criteria, namelijk: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Meer informatie hierover is te vinden via: https://www.zorginstituutnederland.nl/pakketbeheer.

Het is raadzaam om een oriënterend gesprek te voeren met het Zorginstituut. Voor het Zorginstituut is het van belang dat de relevante beroepsgroep en de zorgverzekeraars achter het initiatief staan, en dus deze partijen dienen betrokken te zijn.

Nieuwe of gewijzigde prestatie / dbc

Werk samen met behandelaren/zorgprofessionals en hun achterban om een wijzigingsverzoek in te dienen bij de NZa. Hiermee kan de innovatie op termijn structureel bekostigd worden.

Ga in de tussentijd met zorgaanbieders en zorgverzekeraars in gesprek over een tijdelijke administratieve declaratiecode die - vooruitlopend op definitieve bekostiging - gebruikt kan worden voor de bekostiging van de innovatie.

Goed om te weten: dit is een langdurig traject.
Een voordeel van dit traject is dat er passende vergoeding kan worden bedongen. Een nadeel is dat de aanvraag van een nieuwe DBC een zeer langdurig traject is. Ter illustratie: een nieuw zorgproduct dient vóór 1 juni te worden ingediend om in aanmerking voor vergoeding te komen vanaf 1 januari 19 maanden later.

Zie voor meer informatie:
https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/hoe-vraagt-u-een-wijziging-aan

Facultatieve prestatie

De facultatieve prestatie biedt zorgaanbieder en zorgverzekeraar de mogelijkheid om lokaal knelpunten aan te pakken. Dit zijn knelpunten die niet of niet eenvoudig met reguliere landelijke prestaties op te lossen zijn of waar een reguliere prestatie niet de beste oplossing is. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar doen dit door gezamenlijk een eigen prestatie vorm te geven. Het moet wel gaan om zorg die zorgaanbieders nu al leveren.

De facultatieve prestatie maakt maatwerk mogelijk voor lokale initiatieven. Een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar beslissen zelf de inhoud van een facultatieve prestatie. Hierdoor kan een lokaal/regionaal knelpunt eenvoudiger opgelost worden.

Als de facultatieve prestatie is vastgesteld, dan kunnen alle aanbieders over deze facultatieve prestatie ook contractafspraken maken met de zorgverzekeraar(s).

Klik hier voor meer informatie over een facultatieve prestatie.

Experiment binnen de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten

Via de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten onderzoeken zorgaanbieder en zorgverzekeraar op basis van een kleinschalig experiment de toegevoegde waarde van een innovatie op de kwaliteit of kosten van zorg.

Deze beleidsregel wordt gebruikt wanneer een innovatie wel gezien wordt als (basis)verzekerde zorg, maar er nog geen landelijke betaaltitel is. Als onderdeel van het experiment kijkt de NZa ook of (en zo ja, hoe) de innovatie in de landelijke bekostiging kan landen. De maximale looptijd van een experiment is 3 jaar (met mogelijkheid tot verlenging).

Hier kun je checken of er al een experiment loopt waar je bij aan kan sluiten. Indien dit niet het geval is, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk een nieuw experiment aanvragen.

Een nadeel van een kleinschalig experiment is dat je gedurende de looptijd van het experiment gebonden bent aan de onderzoekspopulatie. Brede opschaling van de innovatie is niet mogelijk.

Klik hier voor meer informatie over de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten.

Vergoeding thuiszorgtechnologie vanuit bestaande prestatie

Soms kunnen innovaties worden bekostigd vanuit een bestaande prestatie. Dit is een relatief eenvoudig route, omdat er dan geen nieuwe prestatie aangevraagd hoeft te worden.

Vind een zorgverlener of zorgverlenersketen die je innovatie wil gebruiken. Deze dient voor afspraken over vergoeding afspraken te maken met de zorgverzekeraar.

Prestatie Thuiszorgtechnolgie
Technologie in de wijkverpleging kan worden gedeclareerd onder de de prestatie ‘Thuiszorgtechnologie’. Zorgaanbieders kunnen maximaal 6,5 uur per maand extra declareren voor de inzet van deze technologie. Hoeveel uren dit precies zijn en tegen welk tarief, wordt vastgelegd in contractuele afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Voordat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze afspraak kunnen maken, dien je als innovator eerst afspraken te maken met zorgverzekeraars over de opname van je innovatie in het pakket van thuiszorgtechnologieën dat vergoed wordt onder deze prestatie.

Prestaties voor MPT
Bij het Modulair Pakket Thuis (MPT) kunnen cliënten zorg krijgen van een of meerdere aanbieders. Bij MPT-zorg kunnen zorgorganisaties maximaal 6,5 uur aanvullende zorg per maand declareren voor thuiszorgtechnologie onder bepaalde prestatiecodes. De meest gebruikte prestatiecode is H138, maar ook H139 of H306 worden soms gebruikt. Zorgkantoren doen dit voor bewezen effectieve interventies.
Zorgkantoren en zorgaanbieders bespreken samen welke innovaties tegen welke vergoeding kunnen worden ingezet.
De totaal gedeclareerde zorg (inclusief innovatie) moet binnen het budget behorende bij de gestelde indicatie vallen.

Bekostiging door zorgaanbieder met integraal budget

Bij een integraal budget krijgt een zorgaanbieder één integraal dagtarief per cliënt. Van dit bedrag worden alle zorgkosten voor een cliënt betaald. Dit omvat ook de kosten voor digitale zorg en technologie. Zorgaanbieders kunnen dus een deel van het integrale tarief gebruiken voor innovatie.

Een zorgaanbieder kan het het Zorgkantoor afspraken maken over een opslag voor zorginnovatie. Voorwaarde is wel dat het afgesproken tarief binnen het maximumtarief blijft, zoals opgenomen in de betreffende NZa-beleidsregel.
Ga met zorgaanbieders in gesprek over de inzet en bekostiging van je innovatie.

Voorbeelden van integrale budgetten zijn:
- Volledig Pakket Thuis (VPT)
- Intramurale Wlz-zorg

Beloning op maat

De prestatie ‘Beloning op Maat’ biedt ruimte om op maat afspraken te maken over de inzet van innovatie door een zorgaanbieder.

De zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken samen afspraak over het gebruik van deze prestatie.
Dit betreft geen structurele vergoeding.

Bekostiging door consument of cliënt

Eigen bekostiging
Sommige innovaties dienen door een patiënt of consument zelf bekostigd te worden. De innovatie is dan niet opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering.

Dit is van toepassing wanneer er geen medische noodzaak voor de innovatie is, als er sprake is van een experiment zonder vergoeding, of als het geen echte zorg betreft (maar bijvoorbeeld welzijn).

Bekostiging vanuit PGB
Met behulp van een PGB koopt iemand zelf ondersteuning en zorg in. Voor de bekostiging van innovatie vanuit het PGB dient door PGB-houders contact opgenomen te worden met het Zorgkantoor of de Zorgverzekeraar.

Bekostiging via tariefbeschikking

Voor sommige vormen van zorg wordt gewerkt met een tariefbeschikking. Hierbij dienen zorgaanbieders en een/meerdere zorgverzekeraars jaarlijks een tariefbeschikking in bij de NZa, waarna het tarief dat een aanbieder kan declareren wordt bepaald.

Ga met een zorgaanbieder in gesprek over de bekostiging van je innovatie. Deze kan wellicht worde meegenomen bij het bepalen van het tarief.

Voorbeelden van zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van een tariefbeschikking zijn:

- Bijzondere tandheelkundige zorg door instellingen
- Jeugdtandverzorging door instellingen (in een mobiele praktijkruimte)

Bekostiging via Regionale Ambulance Voorziening (RAV)

Voor ambulancezorg wordt door de minister een landelijk macrobudget vastgesteld. De NZA stelt ieder jaar per Regionale Ambulance Voorziening (RAV) maximumtarieven vast. Op basis van nacalculatie worden de definitieve budgetten per RAV vastgesteld.

In Nederland zijn alle zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijk voor de inkoop van ambulancezorg.
Een contracterende zorgverzekeraar representeert alle Nederlandse zorgverzekeraars in een aantal regio's.
De overeenkomst, tarieven en afspraken die de contracterende zorgverzekeraar en RAV maken gelden voor alle zorgverzekeraars.

Voor de bekostiging van je innovatie dien je afspraken te maken met een RAV. Een RAV dient innovatievoorstellen, voorzien van een business case, in te dienen bij de zorgverzekeraar. Innovaties kunnen worden bekostigd vanuit de
'vrije marge': dit is ruimte binnen het totaalbudget dat vaak ingezet wordt voor innovatie. De zorgverzekeraar bepaalt
per project/innovatie of middelen worden toegekend.

Innovatiebekostiging huisartsenzorg

Zorgverzekeraars contracteren huisartsen en RHO's (regionale huisartsenorganisaties). Zorgverzekeraars hebben een volgbeleid. Dat betekent dat per regio één zorgverzekeraar (en in enkele gevallen twee zorgverzekeraars) afspraken maken met de huisartsen en RHO's en dat de andere zorgverzekeraars deze afspraken overnemen.

De bekostiging bestaat uit drie onderdelen:
- Segment 1 – basisvoorziening huisartsenzorg: Hieronder vallen het inschrijftarief (bedrag per patiënt) en de consulttarieven (bedrag per consult). De zorgverzekeraar het totaalbedrag per praktijk vast op basis van NZa-tarieven.
- Segment 2 – multidisciplinaire zorg: Hieronder valt de bekostiging van: 1) Multidisciplinaire zorg waarbij naast huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn, en 2) Organisatie en infrastructuur (O&I) middelen voor het bouwen en onderhouden van een regionaal samenwerkingsnetwerk. De zorgverzekeraar maakt hierover bekostigingsafspraken met de RHO, welke de middelen waar van toepassing weer verdeelt onder de huisartsenpraktijken. Deze bekostiging is altijd maatwerk. Regionale innovaties kunnen in sommige gevallen deels uit segment 2 bekostigd worden. Denk dan bijvoorbeeld aan een regionale projectleider.

- Segment 3 – resultaatsbeloning en zorgvernieuwing: Hieronder vallen: 1) Resultaatbeloning op basis van gerealiseerde resultaten (bv. het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen), en 2) Zorgvernieuwing (eHealth, meekijkconsult en overige zorgvernieuwing. De zorgverzekeraar maakt hierover afspraken met huisartsenpraktijken. Zorgverzekeraars zijn niet geneigd om zorgvernieuwing/innovatie voor individuele praktijken te bekostigen, maar zet in op innovatie met meerwaarde voor de hele regio. Daarom vindt hier ook afstemming met de RHO plaats.

De bekostiging van innovatie vindt plaats vanuit de ruimte in segment 3, 2, of een combinatie van beide. Dit is maatwerk. Er zit binnen de huidige segmenten voldoende ruimte voor innovatie. Daarom is het binnen de huisartsenzorg niet gebruikelijk dat er gebruik wordt gemaakt van andere NZa-prestaties zoals de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (hoewel dit wel mogelijk is). De zorgverzekeraar beoordeelt met een intern team van experts of innovatie ook echt een bijdrage levert aan de doelstellingen uit het regioplan.
Maak afspraken met RHO's voor de bekostiging van je innovatie.

Bekostiging door de overheid

In enkele gevallen wordt zorg direct betaald door de overheid.
Een voorbeeld hiervan is prenatale screening.
Het RIVM coördineert dit.

Als je innovatie betrekking heeft op prenatale screening, dien je contact op te nemen met het RIVM.

Bekostiging door gemeente

Voor innovaties waarvoor gemeenten primair verantwoordelijk zijn (bv. jeugdzorg, welzijn, re-integratie) dienen met elke gemeente separaat dienen afspraken gemaakt te worden over de bekostiging van je innovatie.

Gemeenten beslissen zelfstandig over hun beleidsprioriteiten en budgetten. Dit betekent dat de voorwaarden en mogelijkheden voor bekostiging per gemeente kunnen verschillen.

Bekostiging door werkgever of UWV

Als je innovatie bijdraagt aan duurzame inzetbaarheid van werknemers, dan is het mogelijk om werkgevers via het inzetbaarheidsbudget of het UWV te laten betalen voor je innovatie.

CbusineZ

info@cbusinez.nl

Seijgraaf BV

Kennispartner

CbusineZ

Partner in zorginnovatie