

A photograph of a pregnant woman with blonde hair, wearing a pink shirt, sitting on a couch. She is holding a black tablet computer. On the screen of the tablet, a female doctor with blonde hair, wearing a white lab coat and a stethoscope, is smiling. The background of the photo shows a clinical setting with shelves and a lamp.

Wegwijzer innovatie en preventie in de eerstelijnszorg

Van goed idee naar bekostiging

START

Geldig van: 01-01-2025
Geldig tot: 01-01-2026
Versie: 1.0
Editie: Eerstelijnszorg

Inhoudsopgave

Intro

De zorg in
Nederland

Wat is
innovatie en
preventie?

Regels en
bekostiging

Overzicht
per sector



Vragen?
Mail ons!



Introductie

Over deze wegwijzer

Waarom de wegwijzer innovatie en preventie?

Het doel van deze wegwijzer is om inzichtelijk te maken op welke manier u preventie en innovatie kunt bekostigen. In dit document vindt u alle bekostigingsopties in de eerstelijnszorg op een rij.

De wegwijzer is bedoeld voor iedereen met een idee voor een (preventieve) innovatie. Denk aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars, maar ook innovators die nog niet eerder binnen de zorgsector actief zijn geweest.

We benadrukken dat de ruimte binnen de bekostiging ook gebruikt kan worden voor innovaties/interventies die de gezondheid bevorderen of meer zorg voorkomen (preventie).

Innovatie en preventie kunnen gaan over:

- **De inhoud van zorg**
bijvoorbeeld productinnovatie en nieuwe technieken zoals robotica;
- **De organisatie van zorg**
bijvoorbeeld zorg verplaatsen door het benutten van digitale toepassingen;
- **De bekostiging van zorg**
bijvoorbeeld integrale bekostiging, substitutie of innovatief contracteren.

Heeft u vragen, opmerkingen of aanvullingen? Dan kunt u deze sturen naar info@nza.nl.

Interactieve en klikbare pdf

Deze wegwijzer is interactief. U kunt op diverse manieren door het document klikken. Via de enkele pijltjes gaat u naar de vorige of volgende pagina. Dubbele pijltjes brengen u terug naar het begin van het hoofdstuk of overzichtspagina. U hoeft dus niet per se het gehele document door te nemen. Klik op één van onderstaande knoppen om bij de voor u interessante informatie terecht te komen.

Nieuw in de zorg

Klik dan hier, want dan zijn de eerste hoofdstukken handig om door te nemen. We leggen hier in het kort uit hoe de zorg in Nederland is georganiseerd en welke rol wij hier als NZa bij spelen.

Bekend in de zorg

Klik dan hier, want dan kunt u meteen door naar meer informatie over innovatie en preventie. Van daaruit kunt u verder naar het overzicht van bekostigingsmogelijkheden voor innovatie en preventie.



De zorg in Nederland

Een korte
uitleg

START



Terug naar
inhoudsopgave

WETGEVING

Stelselwetten

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Wet langdurige zorg (Wlz)

Wet maatschappelijke
ondersteuning (Wmo)

Jeugdwet (Jw)

Wet Publieke Gezondheid
(Wpg)

BEKOSTIGING

Rol NZa

Regels
makenToezicht
houden en
handhavenGeen formele rol voor de
NZa

FINANCIERING

Inkopers en financiers in de
zorg

Zorgverzekeraars

Zorgkantoren

Gemeenten

ZonMw

Ministeries

Gezondheidsfondsen

AANSPRAAK

Pakketbeheer

Zorginstituut Nederland

Zie volgende pagina's voor
meer informatie, of klik direct
op een specifiek onderdeel.

De zorg in
Nederland

Intro

Wat is innovatie
en preventie?Regels en
bekostigingBekostigings-
mogelijkheden

Introductie over wetgeving in de zorg

Wetgeving

In Nederland zijn verschillende wetten opgesteld om de zorg te organiseren. Deze wetten omschrijven hoe de zorg is geregeld en op welke manier deze gefinancierd wordt. Deze wetten worden ook wel de stelselwetten genoemd. Hier vindt u een overzicht van deze wetten en welke instanties hiervoor verantwoordelijk zijn.

Binnen de zorg zijn er verschillende soorten behandelingsniveaus; de nulde-, eerste-, tweede- en derdelijn. De aard van het gezondheidsprobleem is bepalend voor het behandelingsniveau. Hieronder gaan we in op de verschillende wetten.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Deze wet regelt de inhoud van het basispakket en verplicht iedereen om een zorgverzekering af te sluiten. Deze zorgverzekering wordt ook wel basisverzekering genoemd. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren, het maakt daarbij niet uit hoe gezond een verzekerde is. Ook hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Dit betekent dat een zorgverzekeraar moet zorgen dat de zorg die in het basispakket zit beschikbaar is voor al zijn verzekerden. Kijk voor meer informatie op de website van [Zorginstituut Nederland](https://www.zorginstituutnederland.nl).

Als er een hulpvraag is, wordt getracht met algemene zorg in de eerste lijn de klachten te verhelpen. Deze zorg is direct toegankelijk. Het gaat onder meer om huisartsenzorg, fysiotherapie, mondzorg en verloskundige zorg.

Als de zorg in de eerste lijn ontoereikend is en meer specialistische zorg noodzakelijk is, verwijzen zorgverleners door naar de tweede lijn. Voor behandeling in de tweede lijn is een verwijzing uit de eerste lijn noodzakelijk. Onder de tweedelijnszorg vallen ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg. Op het moment dat er hoogspecialistische zorg nodig is, zowel voor geestelijke als somatische gezondheidsproblemen, volgt doorverwijzing naar instellingen voor topklinische zorg. Dit noemen wij derdelijnszorg. Kijk voor meer informatie op de website volksgezondheidszorg.info

Onze rol: we maken regels en handhaven deze regels.

Wet langdurige zorg (Wlz)

Deze wet regelt de zorg voor mensen die 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben aan huis of in een instelling. De Wlz is alleen toegankelijk voor cliënten met een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De wet verplicht zorgkantoren regionaal voldoende zorg in te kopen of pgb's te verstrekken. Kijk voor meer informatie op de website van [Zorginstituut Nederland](https://www.zorginstituutnederland.nl).

Onze rol: we maken regels en handhaven deze regels.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Deze wet regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning. Zo regelt deze wet huishoudelijke hulp, dagbesteding, begeleiding en kortdurend verblijf in een zorginstelling. Maar ook beschermd wonen voor mensen met psychosociale problemen.

De wet regelt tevens dat gemeenten mantelzorg en vrijwilligerswerk ondersteunen.

Deze wet geeft geen recht op zorg, maar is bedoeld als aanvulling op wat de burger en zijn netwerk zelf niet kunnen.

Onze rol: hier spelen wij geen rol.

Jeugdwet

Deze wet regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor hulp aan kinderen, jongeren en hun ouders. Het gaat hier om hulp bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychosociale en psychiatrische problemen.

De wet geeft geen recht op zorg, de Jeugdwet is bedoeld als aanvulling op wat het gezin zelf kan.

Onze rol: hier spelen wij geen rol.

Wet publieke gezondheid

Deze wet regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg (nuldelijszorg), de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. Ook regelt de wet de jeugd- en ouderengezondheidszorg. Onder andere GGD'en en het RIVM spelen een belangrijke rol bij deze wet.

Onze rol: hier spelen wij geen rol.

Voor meer informatie over de verschillende wetten zie [relevante wetgeving](#) op de website van Zorg voor Innoveren.

Bekostiging (rol van de NZa)

Regels maken

Wij bepalen hoe zorgaanbieders zorg in rekening mogen brengen. In bepaalde sectoren bepalen wij ook de maximale hoogte van het tarief. Bijvoorbeeld voor behandelingen bij de huisarts of tandarts, of voor de zorg aan mensen met een handicap. Voor het grootste deel van de zorg maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken over de inhoud van de behandeling, de kwaliteit en de prijs ervan.

Wij maken regels voor:

- Eerstelijnszorg
- Medisch-specialistische zorg
- Geestelijke Gezondheidszorg
- Forensische zorg
- Langdurige zorg
- Beschikbaarheidbijdragen

Beleidsregel

Wij stellen voor een aantal van onze taken beleidsregels vast. In beleidsregels staat hoe *wij* beleidsruimte invullen. Beleidsregels kunnen het volgende inhouden: normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden, voorschriften, voorwaarden en beperkingen, tariefsoorten en prestatiebeschrijvingen. Beleidsregels op de website zijn gegroepeerd naar zorgsoort waarop de beleidsregels van toepassing zijn.

Regeling

Wij stellen regelingen vast waarin administratie-, declaratie- en transparantievoorschriften worden gesteld waar een *zorgaanbieder* aan moet voldoen bij het leveren van zorgprestaties.

Prestatie en tariefbeschikking

Een beschikking geeft prestaties en tarieven weer. Het betreft een verplichting richting zorgaanbieders om zorg in rekening te kunnen en mogen brengen bij zorgverzekeraars of de patiënt.

De informatie over prestatie en tariefbeschikking gaat verder op de volgende pagina.

Prestaties

Wij stellen hiervoor omschrijvingen van prestaties (behandelingen) vast. Een NZa-prestatie is een declaratietitel voor zorg. Dat betekent dat zorgaanbieders alleen zorg in rekening mogen brengen via de vastgestelde NZa-prestaties. De zorgverzekeraar kan in de contracten en polisvoorwaarden nadere voorwaarden stellen voor het declareren van zorg. Deze nadere voorwaarden mogen niet tegenstrijdig zijn met de prestatiebeschrijvingen, maar mogen wel een nadere invulling geven.

Tariefbeschikkingen

Tarieven worden beschreven in een tariefbeschikking. Voor bepaalde behandelingen gelden maximumtarieven. Dit betekent dat de tarieven wel lager, maar in principe niet hoger mogen zijn dan dat maximum. Wij stellen deze maximumtarieven vast op basis van periodiek kostenonderzoek. In sommige sectoren kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeenkomen, dit noemen we een max-maxtarief. Het verhoogde maximumtarief (tot maximaal 10% bovenop het reguliere maximumtarief) kan gebruikt worden voor innovatie of preventie. Daarnaast gelden in een aantal sectoren vrije tarieven. Bijvoorbeeld in de gehele paramedische zorg, de farmaceutische zorg, een deel van de wijkverpleging, een deel van de huisartsenzorg en het grootste deel van de medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat we voor deze zorg geen kostenonderzoek doen en geen maximumtarief vaststellen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Tweede Kamer bepalen voor welke zorgsectoren vrije tarieven gelden.

Toezicht houden en handhaven

Wij controleren of zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars zich aan de regels houden.

Hierbij houden wij toezicht op:

- Correct declareren
- Goede informatie
- Goed bestuur
- Zorgplicht
- Concentraties in de zorg
- Aanmerkelijke marktmarkt

Toezicht in de Zvw

We controleren of zorgverzekeraars zich aan de regels houden. Zo is het belangrijk dat zorgverzekeraars iedereen accepteren voor de basisverzekering, ongeacht leeftijd, inkomen, leefstijl of gezondheid. Hierbij moeten ze er voor zorgen dat er voldoende zorg beschikbaar is voor hun verzekerden (zorgplicht).

Daarnaast moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen dat de zorgnota klopt. Ook moeten zij burgers vooraf goede informatie geven over de zorg. Dit gaat bijvoorbeeld om informatie over de inhoud en wachttijden van de behandelingen, maar ook wat de zorg patiënten gaat kosten.

Toezicht in de Wlz

Zorgkantoren moeten ervoor zorgen dat er in de regio voldoende zorg beschikbaar is voor hun cliënten (zorgplicht). Wij zien erop toe dat zorgkantoren deze zorgplicht nakomen.

Ook kunnen we maatregelen nemen als zorgaanbieders zich niet aan de regels houden. Dit doen we door signalen te bespreken met zorgkantoren en zorgaanbieders. Als we constateren dat de regels worden overtreden kunnen we ook gebruik maken van handhavingsinstrumenten.

Meer informatie over de manier waarop wij toezicht houden én de onderwerpen waarop wij toezicht houden vindt u op [onze website](#).

Geen formele rol NZa in Wmo, Jeugdwet en Wpg

In deze wetten zijn andere organisaties verantwoordelijk voor inspectie en toezicht op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.



Vragen?
Mail ons!

Financiers

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Zij moeten ervoor zorgen dat iedere verzekerde binnen een redelijke tijd en redelijke afstand de zorg die hij nodig heeft uit het basispakket kan krijgen. De zorgplicht is geregeld in [Artikel 11 van de Zorgverzekeringswet](#). Wat de zorgplicht inhoudt, staat beschreven in de [Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw](#) (TH/BR-025).

Polissen

Zorgverzekeraars kunnen verschillende soorten polissen aanbieden. In de zorgpolis kunnen de zorgverzekeraars:

- bepalen wie de zorg levert en waar de zorg geleverd wordt;
- voorwaarden stellen. Zo kan de zorgverzekeraar de eis stellen dat voor bepaalde zorg eerst toestemming (een machtiging) nodig is of een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts. Dit zijn zogenoemde toegangsvoorwaarden.

Zorgverzekeraars hebben de ruimte om binnen voorgeschreven kaders te regelen wie de zorg levert en waar de zorg geleverd wordt. Zij doen dit door te onderhandelen en selectief te contracteren op basis van de grote hoeveelheid (geanonimiseerde) informatie die zij hebben over onder andere kwaliteit, doelmatigheid en klantenervaringen.

Zorgkantoren

Iedere [regio](#) in Nederland heeft één zorgkantoor. Het zorgkantoor is nauw verbonden aan de grootste zorgverzekeraar in die regio. De naam van die zorgverzekeraar komt vaak terug in de naam van het zorgkantoor. Het zorgkantoor werkt echter zelfstandig en heeft andere taken dan de zorgverzekeraar.

Wat doet het zorgkantoor?

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de zorg van jeugd en volwassenen met een indicatie voor de Wlz.

Het zorgkantoor:

- sluit contracten met zorgaanbieders die Wlz-zorg bieden;
- zorgt ervoor dat patiënten de Wlz-zorg krijgen die zij nodig hebben;
- toetst of patiënten Wlz-zorg thuis kunnen krijgen als zij dat willen;
- toetst of patiënten een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen krijgen als zij dat willen;
- stelt pgb beschikbaar als een patiënt daarvoor in aanmerking komt.

Het zorgkantoor beoordeelt niet of patiënten recht hebben op Wlz-zorg. Dat doet het [Centrum Indicatiestelling Zorg](#) (CIZ).

Het zorgkantoor heeft geen rol bij jeugdzorg vanuit de Jeugdwet, Wmo-ondersteuning of wijkverpleging. Die zorg wordt geregeld door gemeenten en zorgverzekeraars.

Gemeenten

Vanaf 1 januari 2015 hebben gemeenten extra taken gekregen op het gebied van zorginkoop. Zij kopen voor hun inwoners alle zorg in die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet. Denk hierbij aan huishoudelijke hulp, begeleiding en verzorging, dagbesteding, opvang, hulpmiddelen, jeugdzorg en re-integratie. Een gemeente betaalt dus voor zorg of diensten die zij direct of via een zorgaanbieder levert aan haar inwoners.

Overige financiers

ZonMw

ZonMw is de belangrijkste organisatie voor het financieren van gezondheidsonderzoek en het stimuleren van de toepassing van de ontwikkelde kennis door de hele kennisketen heen. Uw innovatie past mogelijk in één van de programma's. Kijk voor meer informatie op de website van [ZonMw](#).

Gezondheidsfondsen

Gezondheidsfondsen investeren in onderzoek, zorginnovatie en geven voorlichting en advies. Klik [hier](#) voor meer informatie.

Overheid/Ministeries

De overheid helpt ondernemers op verschillende manieren. Soms gaat het om geld of een lening. Maar de overheid helpt ook door bepaalde zaken makkelijker te maken, of door te verwijzen naar mensen die kunnen helpen met het verwezenlijken van plannen.

Er bestaan veel vormen van ondersteuning door de overheid. Bij een subsidie krijgt u financiële steun van bijvoorbeeld de rijksoverheid, provincie of gemeente. Die financiële steun kan verschillende vormen hebben. Soms krijgt u geld, maar het kan ook in de vorm van belastingvermindering of tegoedbonnen, die u bijvoorbeeld kunt gebruiken voor het inhuren van een adviseur.

Zorg van nu

Op [Zorgvannu.nl](https://zorgvannu.nl) staat meer informatie over innovatie in de zorg. Hier vindt u de publicatie [Regelingen voor extra stimulering van digitale zorg](#).

Rijksdienst voor ondernemend Nederland

Hier vindt u subsidies voor innovaties, bijvoorbeeld de [Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg](#) (STOZ).

Meer informatie

Voor meer informatie over financiering van uw innovatie kunt u terecht bij [Zorg voor innoveren](#).

Het is ook mogelijk om gebruik te maken van de [Zorgzandbak](#). Dit is een initiatief van het Zorginstituut in samenwerking met de NZa, IGJ en VWS, om innovaties een stap verder te helpen. Hierdoor kunnen de innovaties een integraal onderdeel van de zorg worden.

Aanspraak**Zorginstituut Nederland**

Zorginstituut Nederland levert met haar wettelijke taken een belangrijke bijdrage aan het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

- Adviseren over en verduidelijken van het basispakket aan zorg
- Bevorderen kwaliteit en inzichtelijkheid van de zorg
- Zinnige Zorg - Systematisch doorlichten van het basispakket
- Financiering en kostenontwikkeling Zvw en Wlz

Kijk voor meer informatie op de website van [Zorginstituut Nederland](#).

Specifiek voor leefstijlgeneeskunde heeft het Zorginstituut in augustus 2022 de [wegwijzer Leefstijlinterventies: van initiatief naar basisverzekering](#) gepubliceerd. Hierin beschrijft het Zorginstituut welke stappen nodig zijn om van een idee tot gecontracteerde zorg onder de Zvw te komen.

De [Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw](#) van Zorginstituut Nederland verduidelijkt welke domeinoverstijgende activiteiten vergoed kunnen worden vanuit de Zvw.

Wat is innovatie en preventie?

Mogelijkheden en voorbeelden

START

Innovatie

De vraag naar zorg verandert. We worden ouder, we willen langer thuis blijven wonen én we willen dat de zorg zich aanpast aan ónze wensen. Maar ook het aanbod van zorg verandert. Het tekort aan personeel vraagt om oplossingen, die veelal te vinden zijn in technologische innovaties en verschuiving van zorg.

Waar we tien jaar geleden voor ieder consult naar het ziekenhuis gingen, vinden veel consulten nu digitaal plaats. Was er vroeger een doorverwijzing nodig naar de dermatoloog, nu stuurt de huisarts een foto van de huid op naar de dermatoloog en is een doorverwijzing vaak niet meer nodig. Waar vroeger een klinische opname nodig was voor een ingreep, is nu een dagopname voldoende.

Wij stimuleren innovaties die de zorg voor de patiënt verbeteren, of die de zorg goedkoper en efficiënter maken. In onze regelgeving is er al veel ruimte voor innovatie.

Preventie

Preventie is ook onze zorg. Daarvoor is het noodzakelijk dat leefstijl en preventie integraal onderdeel zijn van de zorg. Dit om zorg te voorkomen, dan wel betaalbaar, toegankelijk en goed te houden. We verleggen de focus van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Mensen staan centraal en hebben regie over eigen gezondheid en leefstijl.

Er zijn verschillende vormen van preventie:

1. *Universele preventie.* Deze vorm van preventie richt zich op de gehele populatie. Deze preventie valt niet binnen de Zorgverzekeringswet.
2. *Selectieve preventie.* Deze vorm van preventie richt zich op een bepaalde algemene risicogroep. Deze preventie valt niet binnen de Zorgverzekeringswet.
3. *Geïndiceerde preventie.* Via deze vorm van preventie kan worden voorkomen dat personen met een hoog risico op een bepaalde ziekte daadwerkelijk ziek worden. Deze preventie kan binnen de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg vallen ([Van preventie verzekerd, Zorginstituut Nederland](#)).
4. *Zorggerelateerde preventie.* Deze vorm van preventie richt zich op het voorkomen van (verdere) complicaties bij personen die al ziek zijn. Deze preventie kan binnen de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg vallen ([Van preventie verzekerd, Zorginstituut Nederland](#)).

Zie volgende pagina voor een overzicht van de verschillende vormen van preventie

Wat is innovatie en preventie?

Intro

De zorg in Nederland

Regels en bekostiging

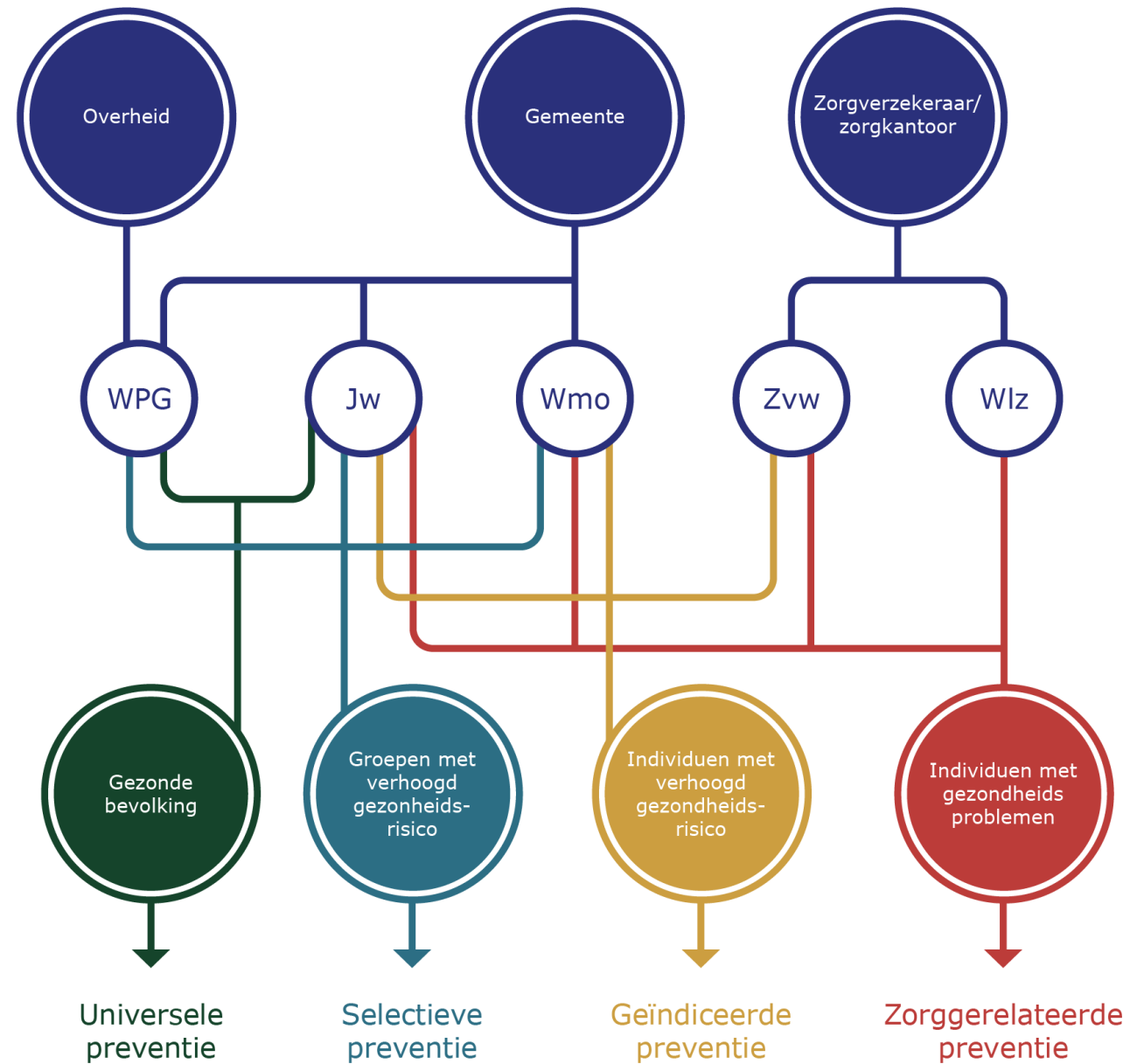
Bekostigingsmogelijkheden

Verantwoordelijke
opdrachtgevers

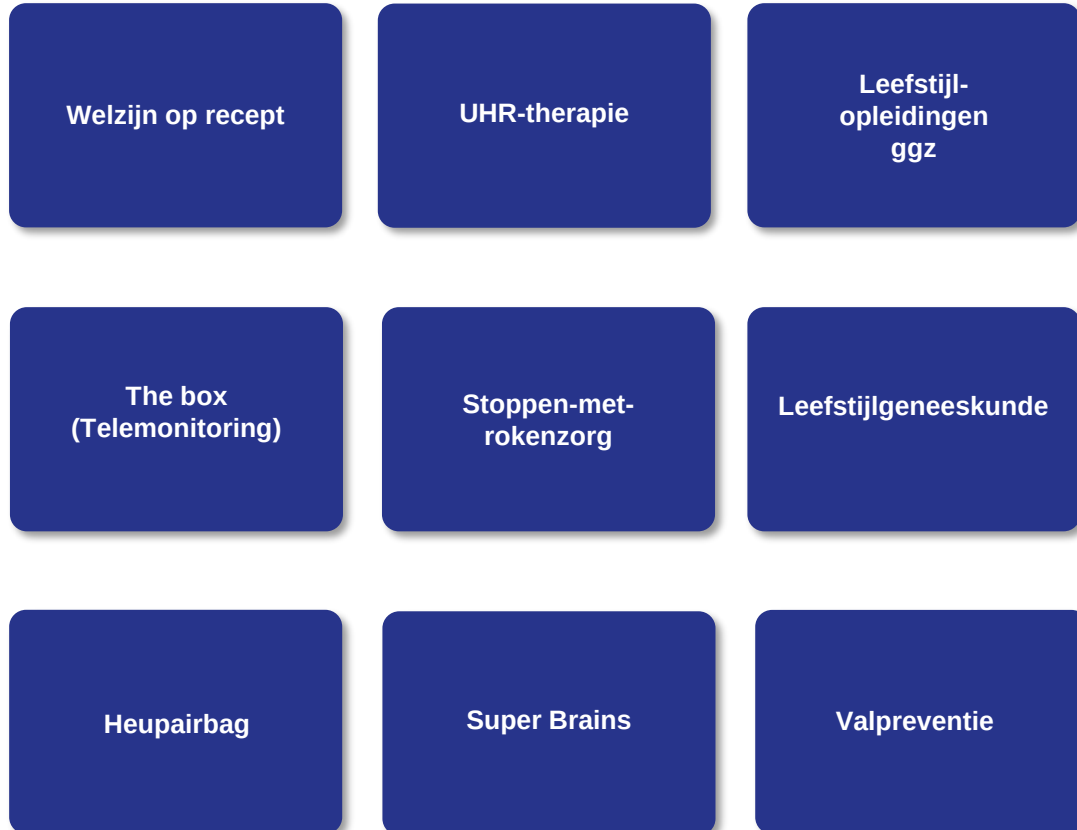
Wetten

Doelgroepen

Vormen van
preventie



Informatiekaarten preventie



Ter inspiratie

Informatiekaarten

- [Informatiekaart bekostiging van innovatie en preventie in de medisch-specialistische zorg](#)
- [Informatiekaart bekostiging van innovatie en preventie in de langdurige zorg](#)
- [Informatiekaart bekostiging van innovatie en preventie in de eerste lijn](#)
- [Informatiekaart bekostiging van innovatie en preventie in de geestelijke gezondheidszorg](#)

Wegwijzers

- [Wegwijzer innovatie en preventie in de medisch specialistische zorg 2025](#)
- [Wegwijzer innovatie en preventie in de langdurige zorg 2025](#)
- [Wegwijzer innovatie en preventie in de geestelijke gezondheidszorg 2025](#)
- [Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2025](#)

Innovatie experimenten

- [Lopende innovatie experimenten](#)
- [In drie stappen naar de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten](#)



Regels en bekostiging

Een korte uitleg

START



Terug naar
inhoudsopgave

Introductie bekostiging

Wij vinden het belangrijk dat goede initiatieven en innovaties ontstaan en behouden blijven. We willen hieraan bijdragen door te laten zien welke ruimte er in de bestaande regelgeving is om zorginnovaties te bekostigen. Denk hierbij ook aan het toepassen van digitale zorg, zorg op afstand, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie.

De mogelijkheden op de volgende pagina kunnen alleen worden gebruikt wanneer dit in het contract met de zorgverzekeraar is afgesproken. Wij noemen dit een 'contractvereiste'. Voor de mogelijkheden binnen vrije tarieven is er niet per se een contract vereist. Ook zonder contract kunt u binnen deze tarieven innovaties bekostigen. Deze kosten komen dan (deels) voor rekening van de patiënt.

Leeswijzer

Op de pagina hierna vindt u de mogelijkheden die er zijn om binnen onze bekostiging aan innovatie en preventie te werken. Niet alle mogelijkheden zijn voor alle sectoren van toepassing. Verderop in de [checklist](#) ziet u hoe u gebruik kunt maken van de verschillende bekostigingsmogelijkheden.

In het volgende hoofdstuk [Bekostigingsopties per zorgsector](#) kunt u per zorgsector de mogelijkheden bekijken. Hier vindt u algemene informatie per zorgsector en bieden we ook verdiepende informatie.

U bereikt de verdiepende informatie door te klikken op de linkjes bovenin de tabel Bekostigingsopties Innovatie en preventie per zorgsector (zie voorbeeld hieronder).

Wijkverpleging – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de prestatie beloning op maat
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafspraken met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.

Klik op de knoppen om in de checklist te kijken hoe u gebruik kunt maken van deze bekostigingsmogelijkheden

Vrije tarieven

Max-max
tarieven

Experiment-
beleidsregel

Experiment-
prestatie

Beleidsregel
innovatie

Facultatieve
prestatie

Intro

De zorg in
Nederland

Wat is innovatie
en preventie?

Regels en
bekostiging

Bekostigings-
mogelijkheden

Checklist

Vrije tarieven

In [bepaalde sectoren](#) gelden vrije tarieven. In dat geval stellen wij geen maximumtarief vast. Voor goede innovatieve en preventieve ideeën kunnen zorgverzekeraars dan ook een hoger tarief afspreken met de zorgaanbieder.

Hoe kan ik hier gebruik van maken?

- Zorgaanbieder bespreekt de innovatie of preventieve inzet met de zorgverzekeraar(s), bijvoorbeeld om hem ervan te overtuigen hiervoor een (aanvullende) vergoeding in het vrije tarief op te nemen. Hier [enkele tips](#) voor gesprekken met de zorgverzekeraar.
- Zorg voor een goede businesscase. Tips vindt u [hier](#).
- Sluit een contract met de zorgverzekeraar(s).

Zorgaanbieders zonder een contract met een zorgverzekeraar kunnen binnen het vrije tarief ook preventie en innovatie bieden. Zorgaanbieders kunnen hiervoor extra kosten rekenen. Wie die kosten betaalt is afhankelijk van de polisvoorwaarden van de patiënt.

Vervolg

- De afspraken over de vrije tarieven gelden zolang daar een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Hierin kunt u overwegen om meerjaren(contract) afspraken te maken.

Max-max tarieven

In [bepaalde sectoren](#) gelden maximumtarieven. Voor goede (preventieve) innovaties kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling een hoger tarief (maximaal 10%) dan ons maximumtarief afspreken: het max-max tarief.

Hoe kan ik hier gebruik van maken?

- Zorgaanbieder bespreekt de innovatie of preventieve inzet met de zorgverzekeraar(s), bijvoorbeeld om hem ervan te overtuigen hiervoor een (aanvullende) vergoeding op het maximumtarief op te nemen. Hier [enkele tips](#) over gesprekken met de zorgverzekeraar.
- Zorg voor een goede businesscase. Tips vindt u [hier](#).
- Sluit een contract met de zorgverzekeraar(s).

Vervolg

- De afspraken over de max-max tarieven gelden zolang daar een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Hierin kunt u overwegen om meerjaren(contract) afspraken te maken.

Experiment beleidsregel/proeftuin

Voor [bepaalde sectoren](#) is er een experiment beleidsregel opgesteld. Binnen een experiment beleidsregel/proeftuin kan er worden afgeweken van de reguliere bekostiging en worden aangesloten bij de bekostiging van het experiment.

Hoe kan ik hier gebruik van maken?

- Om gebruik te maken van de ruimte die het experiment biedt, moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar hierover een contract sluiten. Binnen de kaders die de regelgeving voor dit experiment stelt, spreken de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in dit contract af hoe de prestatie onder het experiment precies wordt vormgegeven en welk tarief hierbij wordt gehanteerd. Hier [enkele tips](#) over gesprekken met de zorgverzekeraar.
- Zorg voor een goede businesscase. Tips vindt u [hier](#).
- Voorwaarde is dat de prestatie per patiënt declarabel is.

Vervolg

- Een experiment duurt in beginsel maximaal vijf jaar. De afspraken over het experiment gelden zolang daar een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Hierin kunt u overwegen om meerjaren(contract) afspraken te maken.
- Wanneer de zorgaanbieder of zorgverzekeraar er voor kiest het experiment vroegtijdig te beëindigen, stopt voor hen het experiment en geldt de reguliere bekostiging van die zorgsector.

Experiment prestatie/prestatie beloning op maat

In [bepaalde sectoren](#) geldt de experiment prestatie/ prestatie beloning op maat. Deze prestatie biedt ruimte om op maat afspraken te maken over de beloning van innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder.

Hoe kan ik hier gebruik van maken?

- De zorgaanbieder bespreekt de innovatie of preventieve inzet met de zorgverzekeraar(s), bijvoorbeeld om hen ervan te overtuigen hiervoor een (aanvullende) vergoeding op te nemen. Hier [enkele tips](#) over gesprekken met de zorgverzekeraar.
- Zorg voor een goede businesscase. Tips vindt u [hier](#).
- De zorgaanbieder en zorgverzekeraar(s) sluiten een contract.
- Voorwaarde is dat de prestatie per patiënt declarabel is.

Vervolg

- De afspraken over de experiment prestatie/prestatie beloning op maat gelden zolang daar een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Hierin kunt u overwegen om meerjaren(contract) afspraken te maken.

Experiment binnen de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten

Via deze beleidsregel kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een nieuwe prestatie afspreken voor een (preventieve) innovatie die momenteel nog niet bekostigd kan worden.

In de [Informatiekaart Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten](#) staan de stappen voor het aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie grafisch weergegeven.

Hoe kan ik hier gebruik van maken?

- Stel (samen met de zorgverzekeraar) vast of er nog geen betaaltitel is voor het bekostigen van uw innovatieve idee.
- Bespreek de innovatie of preventieve inzet met de zorgverzekeraar(s) om hen ervan te overtuigen hiervoor een experiment aan te gaan volgens de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten. Hier [enkele tips](#) over gesprekken met de zorgverzekeraar. Indien u geen zorgaanbieder bent moet u zowel met een zorgaanbieder als een zorgverzekeraar in contact treden.
- U dient een gezamenlijke (zorgaanbieder en zorgverzekeraar of zorgkantoor) innovatieaanvraag bij ons in.
- Vul het [Format innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties](#) in voor het aanvragen van een betaaltitel. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar/ zorgkantoor dienen die gezamenlijk in door het format te sturen naar info@nza.nl.

- Wij beoordelen uw innovatieaanvraag en nodigen u uit voor een gesprek om uw aanvraag toe te lichten. Uw aanvraag wordt vervolgens goedgekeurd of afgewezen. Dit hoort u van ons binnen acht weken.
- Bij goedkeuring ontvangt u een beschikking met een betaaltitel voor uw innovatieve idee. U kunt nu gedurende drie jaar in de praktijk experimenteren met uw innovatieve idee én dit ook declareren. Bij afwijzing ontvangt u een schriftelijke reactie. Hier kunt u binnen zes weken bezwaar tegen maken. Hoe u bezwaar maakt vindt u [hier](#).

Evalueren tijdens het experiment

- Halverwege het experiment dient u een tussentijdse evaluatie in bij ons. We bekijken hoe het experiment loopt en welke resultaten zijn geboekt. Uw tussentijdse evaluatie stuurt u naar info@nza.nl.

Eindevaluatie

- Zes maanden voor het einde van het experiment dient u een eindevaluatie in. Hierin evalueert u de doelen en prestatie-indicatoren die in de innovatieovereenkomst zijn geformuleerd. Uw eindevaluatie stuurt u naar info@nza.nl

De informatie over deze Beleidsregel gaat verder op de volgende pagina.

Einde experiment of opvolging?

1. Beëindigen: Uw experiment wordt beëindigd, er zijn voldoende uitkomsten verzameld gedurende de looptijd van het experiment. O.b.v. deze onderzoeksresultaten wordt besloten of de innovatie opgenomen wordt in de structurele bekostiging.
2. Verlengen (voor maximaal twee jaar): De onderzoeksopzet en het type onderzoek vragen om een langere onderzoeksduur, of het experiment geeft onvoldoende uitkomsten om een beslissing te nemen over opname in de structurele bekostiging.
3. Tijdelijk in stand laten: Het kan nodig zijn een tijdelijke instandlating aan te vragen; bij opname van de innovatie in de structurele bekostiging (overbruggingsperiode) of wanneer de innovatie níet in de structurele bekostiging landt (afbouwperiode). U regelt dit via de Beleidsregel tijdelijke instandlating gevolgen experimenten. Een experiment kan maximaal instandgelaten worden tot en met 31 december van het jaar $t + 1$. Jaar t is het jaar waarin het experiment afloopt.

Aansluiten bij een experiment?

Het is ook mogelijk voor een zorgaanbieder of zorgverzekeraar om aan te sluiten bij een al [lopend experiment](#). Hiervoor moet bij ons een [aansluitersovereenkomst](#) worden ingediend.

Facultatieve prestatie

Hiermee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over nieuwe prestaties. Een facultatieve prestatie is vooral geschikt voor het oplossen van knelpunten die niet op te lossen zijn binnen de bestaande prestaties, of wanneer beide partijen er onderling voor kiezen om bestaande zorg op een innovatievere manier te bekostigen.

Hoe kan ik hier gebruik van maken

- De zorgaanbieder bespreekt de innovatie of preventieve inzet met de zorgverzekeraar(s), bijvoorbeeld om hem ervan te overtuigen hiervoor een facultatieve prestatie op te stellen. Hier [enkele tips](#) over gesprekken met de zorgverzekeraar.
- Zorg voor een goede businesscase. Tips vindt u [hier](#).
- De aanvraag dient gezamenlijk en schriftelijk bij ons te worden ingediend door zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder. Hierbij moet de aanvraag door beide partijen ondertekend zijn.
- De aanvraag moet het volgende bevatten:
 1. Een voorstel voor een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving;
 2. Een toelichting waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van deze beleidsregel valt.
 3. Als de zorg ook geheel in rekening gebracht kan worden via al bestaande prestaties: een onderbouwing waarom een facultatieve prestatie toch nodig is.

De informatie over deze prestatie gaat verder op de volgende pagina.

- Wij beoordelen of de aanvraag voldoet aan alle voorwaarden:
 - Als een aanvraag voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan geven wij een aparte beschikking af. De facultatieve prestatie kan vanaf dan direct gebruikt worden.
 - Als de aanvraag niet voldoet, dan wordt de aanvraag afgewezen. De aanvragers worden hiervan op de hoogte gesteld.
- Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie nemen wij binnen vier weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit.

Vervolg

- Als een facultatieve prestatie door ons is goedgekeurd, dan kan iedere zorgaanbieder en zorgverzekeraar deze gebruiken, zolang zij hier een contractafpraak over maken.
- Voor alle facultatieve prestaties geldt dat zij alleen gedeclareerd kunnen worden als hier een schriftelijke overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en de zorgaanbieder aan ten grondslag ligt.
- Soms is het niet toegestaan om naast een facultatieve prestatie andere prestaties te declareren. Dit staat dan in de beschikking.



Bekostigings opties per zorgsector

Een overzicht

START



Terug naar
inhoudsopgave

Zorgsectoren

Selecteer op het volgende scherm de zorgsector waarin uw innovatie of preventie initiatief plaatsvindt. Hier kunt u zien welke mogelijkheden er zijn om innovatie en/of preventie te bekostigen.

Weet u niet welke sector u moet selecteren? Klik dan op het vraagteken op de volgende pagina.

Sectoroverzicht

Intro

De zorg in
Nederland

Wat is innovatie
en preventie?

Regels en
bekostiging

Bekostigings-
mogelijkheden

Wijkverpleging

Geboortezorg

Eerstelijnsverblijf
(elv)

Extramurale
farmacie

Geneeskundige zorg
voor specifieke
patiëntgroepen
(gzsp)

Gecombineerde
leefstijlinterventie
(GLI) volwassenen

Ketenaanpak zorg
en ondersteuning
voor kinderen met
overgewicht en
obesitas

Huisartsenzorg

Mondzorg

Paramedische
zorg

?
Vragen?
Mail ons!

Wijkverpleging

Als iemand ouder wordt of last krijgt van zijn gezondheid, kan er verpleegkundige zorg thuis nodig zijn. De zorg kan van korte of lange duur zijn. Een wijkverpleegkundige geeft een indicatie voor welke zorg nodig is. In de meeste situaties wordt de zorg dan vergoed uit het basispakket (Zorgverzekeringswet, Zvw).

Onder wijkverpleging vallen:

- Verpleegkundige handelingen die thuis plaatsvinden, zoals wondverzorging en het klaarzetten en toedienen van medicijnen.
- Verzorging, assistentie bij de dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
- Coördineren van zorg.
- Signaleren van mogelijke problemen.
- Coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement).
- Preventieve zorg om aandoeningen, beperkingen of verslechtering van de gezondheid te voorkomen.
- Casemanagement.

Zie voor meer informatie over welke zorg onder wijkverpleging valt de website van het [Zorginstituut Nederland over Wijkverpleging \(Zvw\)](#).

Wijkverpleging – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de prestatie beloning op maat	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten	Afspraken maken binnen een experiment beleidsregel
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Er kan geen gebruik meer worden gemaakt van de reguliere beleidsregel.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).	Afhankelijk van looptijd van het experiment tot maximaal vijf jaar
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	De prestatie biedt de ruimte om op lokaal niveau (bijvoorbeeld in het kader van wijkgericht werken) afspraken te maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van zorg.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging maar wel past binnen de scope van de experiment beleidsregel.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de prestatie beloning op maat	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten	Afspraken maken binnen een experiment beleidsregel
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	- Mogelijkheid voor lokale/regionale afspraken. - Ruimte voor afspraken over wijkgericht werken.	- Mogelijkheid tot landelijke opschaling. - Sector overstijgende bekostiging mogelijk. - Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. - Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.	- Mogelijkheid tot landelijke opschaling. - Na vijf jaar kan de experiment beleidsregel reguliere bekostiging worden. - Sector overstijgende bekostiging mogelijk. - Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	- Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. - Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken, tenzij er meerjarenafspraken zijn gemaakt. - Geen landelijke opschaling mogelijk.	- Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. - Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken, tenzij er meerjarenafspraken zijn gemaakt. - Geen landelijke opschaling mogelijk.	- Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. - Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.	- Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. - Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.
Vervolg	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.	Na afloop contract opnieuw afspraken maken. Op basis van evaluatie kan na vijf jaar worden besloten om dit op te nemen als reguliere bekostiging.



Wijkverpleging

Verdieping
bekostiging

START

Wijkverpleging - Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden soms al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	Vrije tarieven gelden binnen de Wijkverpleging binnen de experimentbekostiging. Ook voor de volgende prestaties binnen de reguliere bekostiging gelden vrije tarieven: • Beloning op maat. • Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg. • Centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. • Ketenzorg dementie. • Thuiszorgtechnologie: zorg die op digitale wijze wordt ondersteund of gerealiseerd. • Onderlinge dienstverlening.
Regelgeving	• Beleidsregel verpleging en verzorging (BR/REG-24130) • Beleidsregel experiment integrale prestaties verpleging en verzorging (BR/REG-25120)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Let op: bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de wijkverpleging geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars hierover afspraken moeten maken in een contract. Bent u geen zorgaanbieder of heeft u geen contract, maar wilt u wel een innovatie bekostigen? Neem dan contact op met de zorgverzekeraar, of met een zorgaanbieder die een contract heeft met een zorgverzekeraar.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. • Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.



Korte toelichting algemeen	Binnen bepaalde sectoren is er binnen de reguliere bekostiging nog extra ruimte voor de bekostiging van innovatie en preventie.
Korte toelichting specifiek	De prestatie beloning op maat is een generiek beschreven prestatie, zodat u een grote mate van ruimte heeft om aanvullende afspraken zelf vorm te geven. Het gaat hierbij om aanvullende afspraken die gemaakt worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze prestatie biedt ruimte om op lokaal niveau afspraken te maken over het belonen van innovatie, preventie, kwaliteit en uitkomst van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder. Daarmee kan maatwerk worden geleverd wanneer u in uw regio bijzondere aandacht aan een thema geeft dat voortvloeit uit de kenmerken van uw regio. Met deze prestatie kunnen zorgaanbieders bijvoorbeeld worden gewaardeerd naar de door hen bediende populatie, of kunnen toegepaste innovatie en kwaliteit worden gewaardeerd. Ook het implementeren en gebruiken van een geautomatiseerd registratiesysteem kan bijvoorbeeld tot beloning leiden. De prestatie biedt tevens ruimte voor afspraken over wijkgericht werken. Wijkgericht werken bestaat uit activiteiten die niet direct gekoppeld hoeven te zijn aan een individueel zorgtraject en beschreven kunnen worden als het verbinden van het medisch en sociaal domein. Het tarief van de prestatie beloning op maat is een vrij tarief zoals bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a van de Wmg. Ook de eenheid waarin de prestatie beloning op maat wordt gedeclareerd is vrij. U kunt deze vinden in de Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging (TB/REG-25617-01). De prestatie beloning op maat kan slechts in rekening worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Verder mag een zorgaanbieder die de prestatie beloning op maat levert, die prestatie alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.
Regelgeving	Beleidsregel verpleging en verzorging (BR/REG-24130)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafpraak hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafpraak over? Neem dan contact op met de zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn.
Voorwaarden	Contractafpraak met zorgverzekeraar De prestatie beloning op maat kan slechts in rekening worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Verder mag een zorgaanbieder die de prestatie beloning op maat levert, die prestatie alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.
Landelijk karakter	De prestatie beloning op maat biedt ruimte om op lokaal niveau afspraken te maken over het belonen van innovatie, preventie, kwaliteit en uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder. De prestatie beloning op maat is een onderlinge contractafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt de prestatie beloning op maat in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.



Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerprijzen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de wijkverpleging betekent dit dat er ook binnen een experiment sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket waarop het eigen risico niet van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de wijkverpleging is er geen sprake van een eigen bijdrage en eigen risico.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerprijzen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.



Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er, naast de reguliere bekostiging, een experiment beleidsregel van kracht. Binnen zo'n experiment kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tijdelijk afwijken van de normale bekostiging, binnen de voorwaarden die het experiment stelt. Deze experimenten zijn er bijvoorbeeld op gericht om kwaliteit van zorg te verbeteren of om te experimenteren met nieuwe vormen van zorglevering. Doel kan ook zijn om te experimenteren met nieuwe vormen van bekostiging. De NZa stelt in die gevallen een beleidsregel op. In de beleidsregel staan landelijke voorwaarden waaronder kan worden afgeweken van de normale (reguliere) bekostiging. Zo hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om een experiment overeen te komen. Voordat een experiment beleidsregel kan worden opgesteld moeten wij wel een aanwijzing (opdracht) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport krijgen. De maximale duur van het experiment bedraagt vijf jaar. De NZa zal het experiment tijdens de uitvoering evalueren, omdat wij willen weten wat het experiment oplevert en of het experiment op termijn een vervanging voor de reguliere regelgeving kan zijn. Deze evaluatie is een verplicht onderdeel van het experiment. Een experiment via een experiment beleidsregel wordt soms ook wel een proeftuin genoemd.
Korte toelichting specifiek	Binnen de wijkverpleging geldt sinds 1 januari 2024 een experiment met integrale prestaties verpleging en verzorging (uur, dag, week, maand of kwartaal). Het doel van deze beleidsregel is om zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden een experiment aan te gaan waarbij kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging van wijkverpleging. Het experiment biedt input voor het ontwikkelen van een nieuw bekostigingssysteem om meer ruimte te bieden aan zorgprofessionals om passende zorg te bieden en te zorgen voor minder administratieve lasten. De tarieven binnen het experiment zijn vrij. Let wel, cliëntprofielen zijn per 2025 géén onderdeel meer van de regels!
Regelgeving	Beleidsregel experiment integrale prestaties verpleging en verzorging (BR/REG-25120)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafspraken hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafspraken over? Neem dan contact op met de zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Er kan geen gebruik meer worden gemaakt van de reguliere prestaties die gelden voor individueel toewijsbare v&v.
Landelijk karakter	Dit experiment staat open voor onderlinge contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Een afspraak die zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken binnen dit experiment geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	Het experiment loopt vanaf 1 januari 2024. In beginsel eindigt het experiment vijf jaar na de start daarvan
Looptijd	Zorgaanbieders kunnen gebruik maken van deze beleidsregel zolang daar een contractafspraken met de zorgverzekeraar over is. In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over het experiment. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u dan contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.



Geboortezorg

Geboortezorg bestaat in de eerste lijn uit kraamzorg en verloskunde.

Kraamzorg

Kraamzorg is de ondersteuning en verzorging die een kraamverzorg(st)er geeft:

- Bij de bevalling (naast de verloskundige hulp door de verloskundige), en
- Aan de moeder en het pasgeboren kind gedurende de kraamtijd.

Zie voor meer informatie over Kraamzorg op de website van het [Zorginstituut Nederland over Kraamzorg \(Zvw\)](#).

Verloskunde

Verloskundige zorg is de zorg aan de (aanstaande) moeder en haar kind. De zorg wordt geleverd door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Het gaat zowel om de zorg die wordt gegeven vóór, tijdens en na de bevalling. Verloskundige zorg wordt vergoed uit het basispakket.

Zie voor meer informatie over verloskundige zorg de website van het [Zorginstituut Nederland over Verloskundige zorg \(Zvw\)](#).

Dit hoofdstuk gaat alleen in op de bekostigingsmogelijkheden voor preventie en innovatie door een verloskundige die in de eerste lijn werkt. Voor verloskundige zorg geleverd door huisartsen gelden de mogelijkheden zoals beschreven onder de sector huisartsenzorg. Gynaecologie volgt in een latere versie van deze wegwijzer.

Zie voor meer informatie over huisartsenzorg de website van [Zorginstituut Nederland over Huisartsenzorg \(Zvw\)](#)

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Geboortezorg – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Afspraken maken binnen de toeslag integrale geboortezorg (beleidsregel verloskunde en beleidsregel kraamzorg)	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten	Afspraken maken binnen de Beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie.	Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie.	- Contractafpraak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.	- Contractafpraak met zorgverzekeraar. - Zorgaanbieders werken in een vorm van integrale geboortezorg organisatie waar de eerste en tweede lijn in zijn vertegenwoordigd.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Deze toeslag biedt aanvullende tariefruimte om de kwaliteit van zorg te verbeteren, inclusief de bevordering van de samenwerking en professionalisering binnen de keten. Een onderdeel hiervan kan de inzet van een medisch specialist gedurende het eerstelijns verloskundig traject zijn (het meekijkconsult), of gezamenlijke verbeteringen in het leveren van kraamzorg en postnatale verloskundige zorg.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.	Wanneer u integrale geboortezorg wilt leveren binnen een organisatie waarin de eerste en tweede lijn samen zijn vertegenwoordigd. U kunt ook gebruik maken van enkele prestaties uit deze beleidsregel terwijl u de rest van uw geboortezorg monodisciplinair organiseert en contracteert. Bijvoorbeeld, alleen de zorg rond de bevalling integraal bekostigen.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Geboortezorg – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Afspraken maken binnen de toeslag integrale geboortezorg in de beleidsregel verloskunde en beleidsregel kraamzorg	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten	Afspraken maken binnen de Beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar. • De zorgverzekeraar heeft niet alleen de mogelijkheid om deze toeslag overeen te komen met de zorgaanbieder maar ook met bijvoorbeeld een gezamenlijke organisatie waarin ook andere disciplines binnen de verloskundige keten kunnen deelnemen.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.	• Structurele sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Substitutie van tweede naar eerste lijn wordt hiermee gefaciliteerd.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • In de praktijk zullen er vaak achterliggende afspraken nodig zijn met andere geboortezorg zorgaanbieders. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.	Vergt het inrichten van een rechtspersoon waar de eerste en tweede lijn in zijn vertegenwoordigd.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.	Elke zorgaanbieder (waarin de eerste en tweede lijn in zijn vertegenwoordigd) moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.
Vervolg	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	U heeft de mogelijkheid om na afloop contract opnieuw afspraken maken.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.	U heeft de mogelijkheid om na afloop contract opnieuw afspraken maken.

Geboortezorg

Verdieping
bekostiging

START

Geboortezorg - Afspraken binnen max-max tarieven

Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er de mogelijkheid om als zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeen te komen. Het verhoogde maximumtarief (tot maximaal 10% bovenop het reguliere maximumtarief) kan gebruikt worden voor innovatie, bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur en zorg op afstand en andere toepassingen van digitale zorg. Ook nieuwe initiatieven van preventieve maatregelen binnen de zorg kunnen via deze max-max tarieven worden bekostigd. Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Korte toelichting specifiek	De NZa heeft maximumtarieven opgesteld in de geboortezorg (kraamzorg en verloskunde). Deze kunt u vinden in de Beleidsregel kraamzorg (BR/REG-24108) en de Beleidsregel verloskunde (BR/REG-25111). De maximumtarieven kunnen met maximaal 10% worden verhoogd indien er een schriftelijke overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Regelgeving	• Artikel 7 Max-max tarieven van de Beleidsregel kraamzorg (BR/REG-24108) • Artikel 6.5 Max-max tarieven van de Beleidsregel verloskunde (BR/REG-25111)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	De max-max tarieven zijn voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafspraken hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafspraken over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn.
Voorwaarden	• Contractafspraken met zorgverzekeraar Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Landelijk karakter	De max-max tarief is een onderlinge contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het max-max tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafspraken over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Geboortezorg - Afspraken maken binnen de toeslag integrale geboortezorg (Beleidsregel verloskunde en beleidsregel kraamzorg)

Korte toelichting algemeen	Naast het maximumtarief voor de verschillende (deel)prestaties verloskundige zorg kan ook een toeslag integrale geboortezorg in rekening worden gebracht. Deze toeslag biedt aanvullende tariefruimte om de kwaliteit van verloskundige zorg en kraamzorg te verbeteren, inclusief de bevordering van de samenwerking en professionalisering binnen de geboortezorg keten. Een onderdeel hiervan kan de inzet van een medisch specialist gedurende het eerstelijns verloskundig traject zijn (het meekijkconsult), of het gezamenlijk aanpakken van kraamzorgtekorten tussen kraamzorg en verloskunde.
Korte toelichting specifiek	De toeslag kan alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een overeenkomst is gesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar van de cliënt. In de overeenkomst zijn de inhoud van de te leveren zorg en de hoogte van het in rekening te brengen tarief vastgelegd. Deze toeslag kan enkel in rekening worden gebracht als er ook verloskundige zorg is geleverd aan de betrokken cliënt. De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om deze toeslag overeen te komen met een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder die verloskundige zorg levert aan de betrokken cliënt. Een voorbeeld van deze andere zorgaanbieder kan zijn een gezamenlijke juridische entiteit zijn, waarin naast de eerstelijns verloskundige ook de andere disciplines binnen de verloskundige keten deelnemen. De toeslag kan, of delen van de toeslag kunnen, met inachtneming van het geldende maximumtarief in rekening worden gebracht aan een andere zorgaanbieder. Het maximumtarief van de toeslag integrale geboortezorg bedraagt 10% van het tarief van de desbetreffende prestatie.
Regelgeving	- Artikel 6.2f Toeslag integrale geboortezorg van de Beleidsregel verloskunde (BR/REG-25111) - Artikel 4.2 Specifieke bepalingen bij prestatiebeschrijving van de Beleidsregel kraamzorg (BR/REG-24108).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	De toeslag is voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafspraken hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafspraken over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn.
Voorwaarden	Contractafspraken met zorgverzekeraar Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Landelijk karakter	De toeslag is een onderlinge contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt de toeslag in rekening brengen zolang u daar een contractafspraken over heeft met de zorgverzekeraar.

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij verzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen geboortezorg betekent dit dat er ook binnen een experiment sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket waarop het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	• Contractafspraken met zorgverzekeraar • Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa • Verplichte evaluatie
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluiter samen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Geboortezorg - Afspraken maken binnen de Beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg

Korte toelichting algemeen	De Beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg is begonnen als een experimentele mogelijkheid om geboortezorg integraal te bekostigen. Vanaf 2023 bestaat het als een reguliere bekostigingsmogelijkheid naast de monodisciplinaire bekostiging.
Korte toelichting specifiek	Er zijn acht prestaties vastgesteld. Dit zijn brede beroeps- en sector overstijgende prestaties per fase van de geboortezorg (prenataal, nataal, postnataal). Voor de prestaties geldt een vrij tarief. Hierdoor is er veel ruimte voor innovatie en preventie. De beleidsregel kan ook worden gebruikt in combinatie met de monodisciplinaire bekostigingsmogelijkheden. Bijvoorbeeld door de natale zorg integraal te organiseren en contracteren en de overige geboortezorg monodisciplinair te contracteren.
Regelgeving	Beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg (BR/REG-23130)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders die geboortezorg aanbieden in een rechtspersoon waar de eerste en tweede lijn in zijn vertegenwoordigd.
Voorwaarden	Er moet sprake zijn van een zorgaanbieder waar de eerste en tweede lijn in zijn vertegenwoordigd. Er geldt een contractvoorwaarde.
Landelijk karakter	Deze bekostigingsmogelijkheid is landelijk beschikbaar en biedt veel mogelijkheden voor innovatie en preventie. Specifieke aanvullende afspraken over innovatie en preventie kunnen in individuele contractafspraken worden vastgelegd tussen de integrale organisatie en de zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	Dit is afhankelijk van de doorlooptijd van het contract tussen de integrale organisatie en de zorgverzekeraar.

Eerstelijnsverblijf

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 verpleeginstelling kan dit bieden.

Zie voor meer informatie over welke zorg onder eerstelijnsverblijf valt de website van het [Zorginstituut Nederland over Verblijf \(Zvw\)](#).

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Eerstelijnsverblijf – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafpraak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.

Eerstelijnsverblijf – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.

Eerstelijnsverblijf

Verdieping
bekostiging

START

Eerstelijnsverblijf - Afspraken binnen max-max tarieven

Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er de mogelijkheid om als zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeen te komen. Het verhoogde maximumtarief (tot maximaal 10% bovenop het reguliere maximumtarief) kan gebruikt worden voor innovatie, bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur en zorg op afstand en andere toepassingen van digitale zorg. Ook nieuwe initiatieven van preventieve maatregelen binnen de zorg kunnen via deze max-max tarieven worden bekostigd. Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Korte toelichting specifiek	De NZa heeft in de regelgeving voor Eerstelijnsverblijf de mogelijkheid opgenomen dat de maximumtarieven met maximaal 10% kunnen worden verhoogd indien er een schriftelijke overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Regelgeving	Artikel 5.3 Max-max tarieven van de Beleidsregel eerstelijnsverblijf (BR/REG-25109).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	De max-max tarieven zijn voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafpraak hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafpraak over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn om uw innovatie of preventie via het max-max tarief te bekostigen.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar. • Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Het max-max tarief is een onderlinge contractafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het max-max tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Eerstelijnsverblijf - Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen het eerstelijnsverblijf betekent dit dat er ook binnen een experiment sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket waarop het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Extramurale farmacie

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen of de terhandstelling van die geneesmiddelen. Wat er nog meer onder extramurale farmacie valt kunt u terug vinden in de [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg](#) (BR/REG-23100).

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Extramurale farmacie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Als de interventie niet past binnen de huidige prestaties.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Extramurale farmacie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven (binnen bestaande prestaties)	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling • Er kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging. • Vrije tarieven. • Mogelijkheid tot meerjarenafspraken met de zorgverzekeraar. • Als de facultatieve prestatie is vastgesteld kunnen zorgaanbieders hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijke een aanvraag in bij de NZa. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Als de facultatieve prestatie is vastgesteld dan kunnen alle zorgaanbieders hier contractafspraken over maken met de zorgverzekeraar(s).	Andere aanbieders kunnen een aansluiters-overeenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	Het is onderdeel van de reguliere bekostiging op het moment dat de facultatieve prestatie is vastgesteld in de Prestatiebeschrijvingbeschikking facultatieve prestatie farmaceutische zorg (TB/REG-22639-01).	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.

Extramurale farmacie

Verdieping
bekostiging

START

Extramurale farmacie - Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden mogelijk al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	Voor de prestaties van farmaceutische zorg gelden vrije tarieven. Dit gaat dan bijvoorbeeld om prestaties zoals: • Terhandstelling van een geneesmiddel • Terhandstelling van een nieuw geneesmiddel met begeleidingsgesprek • Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek • Medicatiebeoordeling bij chronisch geneesmiddelengebruik
Regelgeving	Artikel 17 tariefsoort en de declaratie van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg (BR/REG-23100).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw). Let op: niet alle prestaties vallen onder de Zvw, zie de duiding in het kader van de zorgverzekering van het Zorginstituut voor meer informatie.
Voor wie toepasbaar?	De vrije tarieven gelden voor iedereen. Bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de extramurale farmacie geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars afspraken over bijvoorbeeld innovatie kunnen maken in een contract. Als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dan vergoedt de zorgverzekeraar een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. • Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Extramurale farmacie – Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie

Korte toelichting algemeen	De facultatieve prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om samen afspraken te maken over nieuwe prestaties. Met de facultatieve prestatie is het mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Hierdoor kan bestaande zorg op een andere wijze worden georganiseerd en bekostigd. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten gezamenlijk een verzoek voor een facultatieve prestatie bij ons indienen.
Korte toelichting specifiek	Binnen de extramurale farmacie kan de NZa een facultatieve prestatie vaststellen die afwijkt van de bestaande prestatiebeschrijvingen, als minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen.
Regelgeving	• Artikel 16 Facultatieve prestatie van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg (BR/REG-23100). • Prestatiebeschrijvingbeschikking facultatieve prestatie farmaceutische zorg (TB/REG-22639-01).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor elke zorgaanbieder en zorgverzekeraar die hierover gezamenlijk een verzoek bij ons indienen.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar. • Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. ○ Bij de aanvraag moet een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving toegevoegd worden. ○ Bij de aanvraag moet een toelichting toegevoegd worden waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van de beleidsregel farmaceutische zorg valt.
Landelijk karakter	Als aan de voorwaarden is voldaan die staan omschreven in de beleidsregel dan voegt de NZa de prestatie toe aan de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders deze prestatie leveren, op voorwaarde dat zij hierover in hun contract met de zorgverzekeraar een afspraak hebben gemaakt.
Doorlooptijd	Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Extramurale farmacie - Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteertpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteertpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

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.

Zie voor meer informatie over gzsp de informatiekaart [Informatiekaart overheveling van gzsp naar de Zvw](#).

▲
Naar
sectoroverzicht

▼
Volgende pagina

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (qzsp) – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	• Contractafsprak met zorgverzekeraar. • Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	• Contractafsprak met zorgverzekeraar. • Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. • Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	• Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafspraken maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafspraken maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Verdieping
bekostiging

START

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) - Afspraken binnen max-max tarieven

Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er de mogelijkheid om als zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeen te komen. Het verhoogde maximumtarief (tot maximaal 10% bovenop het reguliere maximumtarief) kan gebruikt worden voor innovatie, bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur en zorg op afstand en andere toepassingen van digitale zorg. Ook nieuwe initiatieven van preventieve maatregelen binnen de zorg kunnen via deze max-max tarieven worden bekostigd. Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Korte toelichting specifiek	De NZa heeft in de regelgeving voor gzsp de mogelijkheid opgenomen dat de maximumtarieven met maximaal 10% kunnen worden verhoogd indien er een schriftelijke overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Regelgeving	Artikel 5.3 Verhoogde maximumtarieven van de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (BR/REG-23126a).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	De max-max tarieven zijn voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafspraken hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafspraken over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn om uw innovatie of preventie via het max-max tarief te bekostigen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar - Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. - Moet passen binnen de prestaties zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Het max-max tarief is een onderlinge contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het max-max tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafspraken over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) - Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteertpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen gzsp betekent dit dat er ook binnen een experiment sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket waarop het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafsprake met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteertpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.



Gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen (GLI)

De GLI is een combinatie van behandelingen gericht op gezondere voeding en eetgewoonten, meer bewegen en eventueel individuele psychologische behandeling om verandering van gedrag te ondersteunen.

De GLI is per 1 januari 2019 ook opgenomen in het basispakket en wordt onder bepaalde voorwaarden vanuit de basisverzekering vergoed.

De GLI wordt in de vorm van een programma aangeboden. Dit kan individueel of in groepsverband. Een zorgprogramma maakt onderscheid in een behandelfase en een onderhoudsfase. De totale doorlooptijd van het zorgprogramma is 24 aaneengesloten maanden. De startdatum van het zorgprogramma is de datum waarop het eerste contact na de intake tussen de patiënt en zorgverlener plaatsvindt. Dit kan fysiek face-to-face contact zijn maar ook contact via een beeldverbinding.

Zie voor meer informatie [Vraag en antwoord gecombineerde leefstijlinterventie \(GLI\) | Preventie | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.



Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) volwassenen

Verdieping
bekostiging

START

Gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen - Afspraken binnen max-max tarieven

Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er de mogelijkheid om als zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeen te komen. Het verhoogde maximumtarief (tot maximaal 10% bovenop het reguliere maximumtarief) kan gebruikt worden voor innovatie, bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur en zorg op afstand en andere toepassingen van digitale zorg. Ook nieuwe initiatieven van preventieve maatregelen binnen de zorg kunnen via deze max-max tarieven worden bekostigd. Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Korte toelichting specifiek	De NZa heeft in de regelgeving voor Gecombineerde Leefstijlinterventie volwassenen de mogelijkheid opgenomen dat de maximumtarieven met maximaal 10% kunnen worden verhoogd indien er een schriftelijke overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Regelgeving	Artikel 5.3 Verhoogde maximumtarieven van de Beleidsregel gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen (BR/REG-25104).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	De max-max tarieven zijn voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafpraak hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafpraak over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn om uw innovatie of preventie via het max-max tarief te bekostigen.
Voorwaarden	- Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Het max-max tarief is een onderlinge contractafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het max-max tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Gecombineerde leefstijlinterventie volwassenen - Aanvragen van een experiment via de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteertpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen GLI betekent dit dat er ook binnen een experiment sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket waarop geen eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	• Contractafspraken met zorgverzekeraar. • Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. • Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteertpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas

Kinderen met overgewicht en obesitas ontvangen zorg van meerdere zorgverleners. De ketenaanpak van zorg en ondersteuning voor deze groep kinderen bij of krachtens Zvw is vanaf 2024 structureel bekostigd. De NZa heeft prestaties en maximumtarieven vastgesteld voor de centrale zorgverlener en voor GLI voor kinderen. Hiermee kan de begeleiding van kinderen voor het bereiken en behouden van een gezonde leefstijl gedeclareerd worden.

Het creëren van een goed werkbare samenwerking tussen professionals uit het sociaal en medisch domein is essentieel bij de ketenaanpak. Dit vraagt om een extra functie gericht op coördineren en bewaken van de samenhang van activiteiten: de functie van de Centrale Zorgverlener (CZV). Nadat een matig verhoogd gewichtsgerelateerd risico (GGR) is vastgesteld volgt een verwijzing naar de CZV. Een GLI kan onderdeel van de totale behandeling uitmaken. Naarmate het traject vordert, wordt de bijdrage van professionals kleiner en passen zowel het kind als gezin meer zelfmanagement toe.

Per 1 januari 2025 is de 'tijdelijke toeslag stimuleren landelijke uitrol ketenaanpak' geïntroduceerd. Deze toeslag is bedoeld voor het maken van lokale maatwerkafspraken die juist voor de regionale ketenaanpak relevant kunnen zijn.

Zie voor meer informatie over de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas de website van het [Zorginstituut Nederland over de Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas](#).

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Afspraken maken binnen de tijdelijke toeslag stimuleren landelijke uitrol ketenaanpak	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	Contractafsprak met zorgverzekeraar	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar. Deze tijdelijke toeslag is in de regelgeving opgenomen tot een volgend kostenonderzoek	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Deze toeslag is bedoeld om lokaal ruimte te bieden aan maatwerkafspraken die juist voor de regionale ketenaanpak relevant kunnen zijn. Met deze extra ruimte wil de NZa zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid bieden om deze afspraken die veelal samenhangen met het domeinoverstijgende karakter van de ketenaanpak te maken. Zo kan de landelijke implementatie en uitrol van de ketenaanpak worden versneld.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Afspraken maken binnen de tijdelijke toeslag stimuleren landelijke uitrol ketenaanpak	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafspraken maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafspraken maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk. • Tijdelijk (tot een volgend kostenonderzoek)	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafspraken maken met een zorgverzekeraar.	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafspraken maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas

Verdieping
bekostiging

START

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas – Afspraken binnen max-max tarieven

Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er de mogelijkheid om als zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeen te komen. Het verhoogde maximumtarief (tot maximaal 10% bovenop het reguliere maximumtarief) kan gebruikt worden voor innovatie, bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur en zorg op afstand en andere toepassingen van digitale zorg. Ook nieuwe initiatieven van preventieve maatregelen binnen de zorg kunnen via deze max-max tarieven worden bekostigd. Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Korte toelichting specifiek	De NZa heeft in de regelgeving voor Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas de mogelijkheid opgenomen dat de maximumtarieven met maximaal 10% kunnen worden verhoogd indien er een schriftelijke overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Regelgeving	Artikel 5.3 Verhoogde maximumtarieven van de Beleidsregel ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas (BR/REG-25105).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	De max-max tarieven zijn voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafspraken hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafspraken over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn om uw innovatie of preventie via het max-max tarief te bekostigen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Het max-max tarief is een onderlinge contractafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het max-max tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafspraken over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas – Afspraken binnen de tijdelijke toeslag stimuleren landelijke uitrol ketenaanpak

Korte toelichting algemeen	Deze tijdelijke toeslag kan in combinatie met de prestaties voor de ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas, met uitzondering van de prestatie onderlinge dienstverlening, in rekening worden gebracht.
Korte toelichting specifiek	Deze toeslag is bedoeld voor het maken van lokale maatwerkafspraken die juist voor de regionale ketenaanpak relevant kunnen zijn. De maximumtarieven kunnen ten hoogste met 10% worden verhoogd indien hieraan een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten grondslag ligt. Dit verhoogde maximumtarief kan uitsluitend in rekening worden gebracht aan (a) de zorgverzekeraar met wie het verhoogde maximumtarief schriftelijk is overeengekomen of (b) de verzekerde ten behoeve van wie een zorgverzekering met betrekking tot de centrale zorgverlener en gecombineerde leefstijlinterventie kinderen is gesloten bij een zorgverzekeraar met wie een zodanig verhoogd maximumtarief schriftelijk is overeengekomen.
Regelgeving	Artikel 4.10 Tijdelijke toeslag stimuleren landelijke uitrol ketenaanpak van de Beleidsregel ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas (BR/REG-25105) .
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	De tijdelijke toeslag is voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafpraak hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafpraak over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn.
Voorwaarden	Contractafpraak met zorgverzekeraar over lokale maatwerkafspraken die juist voor de regionale ketenaanpak relevant kunnen zijn.
Landelijk karakter	De tijdelijke toeslag is een onderlinge contractafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de toeslag. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt de tijdelijke toeslag in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas – Aanvragen van een experiment via de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen GLI betekent dit dat er ook binnen een experiment sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket waarop geen eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar. • Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. • Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Huisartsenzorg

Bij de huisarts kunnen mensen terecht met gezondheidsklachten en vragen over hun gezondheid. Bij ernstige klachten kan de huisarts ook een bezoek aan huis brengen. De huisarts behandelt zelf medische klachten, maar soms is zorg nodig van bijvoorbeeld een arts in het ziekenhuis, een psycholoog of een wijkverpleegkundige.

Huisartsenzorg bestaat onder andere uit:

- Beoordeling en behandeling van medische klachten
- (Laboratorium)diagnostiek aanvragen
- Doorverwijzen naar een dokter in het ziekenhuis voor verder onderzoek of behandeling
- Voorschrijven van medicijnen

Zie voor meer informatie over welke zorg onder huisartsenzorg valt de website van het [Zorginstituut Nederland over de Huisarts \(Zvw\)](#).

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Huisartsenzorg – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven (S2, S3)	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur. Of als de zorgaanbieder afspraken wil maken over het belonen van uitkomsten van zorg of zorgvernieuwing op lokaal niveau.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Huisartsenzorg – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven (S2, S3)	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	• Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig. • Mogelijkheid voor lokale afspraken. • Grote mate van vrijheid om de innovatie vorm te geven.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.



Huisartsenzorg

Verdieping
bekostiging

START

Huisartsenzorg - Afspraken binnen vrije tarieven (S2, S3)

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden soms al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	- Voor de volgende prestaties gelden binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vrije tarieven: - Organisatie & Infrastructuur: - O&I Wijkmanagement. - O&I Ketenzorg. - O&I Regiomanagement. - O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig. - Segment 2A: - Multidisciplinaire zorg DM2/VRM. - Multidisciplinaire zorg COPD/Astma. - De prestaties in segment 2 bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Deze vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren en te organiseren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg. - Hiervoor is op verschillende populatieniveaus een ondersteuningsstructuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en gemandateerd zijn om namens de aangesloten zorgverleners afspraken te maken met stakeholders (zoals bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZinstellingen, overige eerstelijns zorgaanbieders etc.). - Segment 3 Resultaatbeloning: - Resultaatbeloning adequaat verwijzen en diagnostiek. - Resultaatbeloning doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. - Resultaatbeloning service en bereikbaarheid. - Resultaatbeloning multidisciplinaire zorg. - Resultaatbeloning stimulering huisartsenzorg in krimpregio's. - Resultaatbeloning overig. - Segment 3 Zorgvernieuwing: - Zorgvernieuwing e-health. - Zorgvernieuwing meekijkconsult. - Overige zorgvernieuwing. - De prestaties in segment 3 van de huisartsenbesteding zijn bedoeld om extra ruimte te bieden voor het belonen van resultaat en/of zorgvernieuwing (innovatie).

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina

Huisartsenzorg - Afspraken binnen vrije tarieven (S2, S3)

Regelgeving	Artikel 6. Segment 2 en Artikel 4 Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 (BR/REG-25136)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet .
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Let op: bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars hierover afspraken moeten maken in een contract. Bent u geen aanbieder of heeft u geen contract, maar wilt u wel een innovatie bekostigen? Neem dan contact op met de zorgverzekeraar, of met een zorgaanbieder die een contract heeft met een zorgverzekeraar.
Voorwaarden	- Contractafpraak met zorgverzekeraar. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Huisartsenzorg - Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de huisartsenzorg betekent dit dat er ook binnen een experiment sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket waarop het eigen risico niet van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de huisartsenzorg is er geen sprake van een eigen risico en eigen bijdrage.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.



Mondzorg

De definitie van mondzorg zoals we hem nu gebruiken, omvat alle handelingen die de mond gezond houden of weer gezond maken.

Er zijn grofweg 3 soorten werkzaamheden te onderscheiden die bij de mondzorg horen:

- Preventieve zorg
- Diagnostiek (analyse van uw gebit)
- Behandelingen

Zie voor meer informatie over welke zorg onder mondzorg valt de website van het [Zorginstituut Nederland over Mondzorg en tandarts \(Zvw\)](#).

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Mondzorg – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten	Afspraken maken binnen een experiment beleidsregel (experiment cosmetische mondzorg)
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.	- Aanmelden bij NZa via het aanmeldformulier - Ieder kwartaal aanleveren van gegevens over de geleverde cosmetische mondzorg - Enkel voor innovatie op het gebied van cosmetische mondzorg (facings en bleken) en conform het kwaliteitskader cosmetische mondzorg
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).	Afhankelijk van looptijd van het experiment tot maximaal vijf jaar.
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Zodra de prestatie is afgerond.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigungsstructuur.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.	Wanneer het gaat om een innovatie op het gebied van cosmetische mondzorg (facings en bleken) en deze voldoet aan het kwaliteitskader cosmetische mondzorg .

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Mondzorg – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten	Afspraken maken binnen een experiment beleidsregel (experiment cosmetische mondzorg)
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.	• Er gelden vrije tarieven voor de beschreven prestaties, er is dus geen maximumtarief.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.	• Qua administratieve lasten: u dient ieder kwartaal gegevens bij de NZa aan te leveren over de geleverde cosmetische mondzorg in dat kwartaal.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.	Het experiment staat voor iedereen open, mits voldaan wordt aan de voorwaarden.
Vervolg	Niet, u heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken te maken.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of het experiment kan leiden tot reguliere bekostiging.

Mondzorg

Verdieping
bekostiging

START

Mondzorg - Afspraken binnen max-max tarieven

Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er de mogelijkheid om als zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeen te komen. Het verhoogde maximumtarief (tot maximaal 10% bovenop het reguliere maximumtarief) kan gebruikt worden voor innovatie, bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van regionale coördinatie, organisatie en infrastructuur en zorg op afstand en andere toepassingen van digitale zorg. Ook nieuwe initiatieven van preventieve maatregelen binnen de zorg kunnen via deze max-max tarieven worden bekostigd. Het verhoogde maximumtarief kan alleen in rekening worden gebracht als er een schriftelijke overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder.
Korte toelichting specifiek	De NZa heeft maximumtarieven opgesteld in de mondzorg. Deze kunt u vinden in de Beleidsregel Tandheelkundige zorg (BR/REG-25112) en de Beleidsregel Orthodontische zorg (BR/REG-25113). De maximumtarieven kunnen met maximaal 10% worden verhoogd indien er een schriftelijke overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Regelgeving	Artikel 6.4 van de Beleidsregel Tandheelkundige zorg (BR/REG-25112). Artikel 6.4 van de Beleidsregel Orthodontische zorg (BR/REG-25113). Max-Max tarieven gelden niet voor tandtechniek in eigen beheer.
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Niet-verzekerde zorg dient door de patiënt zelf betaald te worden of (indien beschikbaar) door een aanvullende verzekering.
Voor wie toepasbaar?	De max-max tarieven zijn voor alle zorgaanbieders toepasbaar, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafpraak hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafpraak over? Neem dan contact op met de (betreffende) zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn.
Voorwaarden	- Contractafpraak met zorgverzekeraar. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	De max-max tarief is een onderlinge contractafpraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dit geldt alleen voor deze specifieke zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het max-max tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Mondzorg - Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Onder deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	• Contractafspraken met zorgverzekeraar. • Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. • Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Mondzorg – Afspraken maken binnen een experiment beleidsregel (experiment cosmetische mondzorg)

Korte toelichting algemeen	In sommige sectoren is er, naast de reguliere bekostiging, een experiment beleidsregel van kracht. Binnen zo'n experiment kunnen zorgaanbieders (en zorgverzekeraars) tijdelijk afwijken van de normale bekostiging, binnen de voorwaarden die het experiment stelt. Deze experimenten zijn er bijvoorbeeld op gericht om kwaliteit van zorg te verbeteren of om te experimenteren met nieuwe vormen van zorglevering. Doel kan ook zijn om te experimenteren met nieuwe vormen van bekostiging. De NZa stelt in die gevallen een beleidsregel op. In de beleidsregel staan landelijke voorwaarden waaronder kan worden afgeweken van de normale (reguliere) bekostiging. Zo hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om een experiment overeen te komen. Voordat een experiment beleidsregel kan worden opgesteld moeten wij wel een aanwijzing (opdracht) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport krijgen. De maximale duur van het experiment bedraagt vijf jaar. De NZa zal het experiment tijdens de uitvoering evalueren, omdat wij willen weten wat het experiment oplevert en of het experiment op termijn een vervanging voor (of aanvulling op) de reguliere regelgeving kan zijn. Deze evaluatie is een verplicht onderdeel van het experiment. Een experiment via een experiment beleidsregel wordt soms ook wel een proeftuin genoemd.
Korte toelichting specifiek	Binnen de mondzorg kan sinds 1 januari 2023 gebruik worden gemaakt van de experiment beleidsregel cosmetische mondzorg. Het doel van deze beleidsregel is om zorgaanbieders de mogelijkheid te bieden om veilige, esthetisch hoogwaardige cosmetische mondzorg (specifiek facings en bleken) aan te bieden tegen een vrij tarief.
Regelgeving	Beleidsregel experiment cosmetische mondzorg (BR/REG-23150).
Vanuit welke wet betaald?	Niet van toepassing: het betreft niet-verzekerde zorg welke door de patiënt zelf betaald dient te worden of (indien beschikbaar) door een aanvullende verzekering.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders, wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafspraken hebben met de zorgverzekeraar. Bent u een zorgaanbieder en heeft u hier geen contractafspraken over? Neem dan contact op met de zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn.
Voorwaarden	• Een zorgaanbieder die wil deelnemen moet zich aanmelden bij NZa. Dat kan via het aanmeldformulier • Ieder kwartaal moet een zorgaanbieder gegevens aanleveren over de in dat kwartaal geleverde cosmetische mondzorg • Het experiment kan enkel worden gebruikt voor innovaties op het gebied van cosmetische mondzorg (facings en bleken) en aanbieders moeten zich houden aan het kwaliteitskader cosmetische mondzorg
Landelijk karakter	Dit experiment staat open voor iedere zorgaanbieder in Nederland, mits deze zich vooraf aanmeldt bij de NZa.
Doorlooptijd	Het experiment loopt vanaf 1 januari 2023 tot en met 31 december 2027.
Looptijd	De looptijd van het experiment is vijf jaar, een zorgaanbieder kan deelnemen vanaf het moment dat deze zich heeft aangemeld.

Paramedische zorg

Onder paramedische zorg die wij reguleren valt fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. Het doel van de zorg, de vergoeding en de voorwaarden zijn verschillend, evenals de bekostiging van deze sectoren.

Fysiotherapie

Oefentherapie

Logopedie

Ergotherapie

Diëtetiek

▲
Naar
sectoroverzicht

Volgende pagina
▼

Fysiotherapie

Fysiotherapie is gericht op de behandeling van lichamelijke klachten door bijvoorbeeld een ziekte, ongeval, operatie of aangeboren afwijking. Het doel is om het voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen en is onder andere gericht op pijnbestrijding en verbetering van mobiliteit.

Zie voor meer informatie over welke zorg onder fysiotherapie valt de website van het [Zorginstituut Nederland over Fysiotherapie en oefentherapie \(Zvw\)](#).

▲
Naar overzicht
paramedische zorg

Volgende pagina
▼

Fysiotherapie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafspraken met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa.	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Als de interventie niet past binnen de huidige prestaties.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	- Mogelijkheid tot landelijke opschaling. - Er kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging. - Vrije tarieven. - Mogelijkheid tot meerjarenafspraken met de zorgverzekeraar. - Als de facultatieve prestatie is vastgesteld kunnen zorgaanbieders hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar.	- Mogelijkheid tot landelijke opschaling. - Sector overstijgende bekostiging mogelijk. - Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. - Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina



Fysiotherapie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijke een aanvraag in bij de NZa. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Als de facultatieve prestatie is vastgesteld dan kunnen alle zorgaanbieders hier contractafspraken over maken met de zorgverzekeraar(s).	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	Het is onderdeel van de reguliere bekostiging op het moment dat de facultatieve prestatie is vastgesteld in de Prestatiebeschrijvingbeschikking facultatieve prestatie fysiotherapie (TB/REG-23659-01).	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.

Fysiotherapie

Verdieping
bekostiging

START

Fysiotherapie - Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden soms al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	Voor alle vastgestelde prestaties binnen de fysiotherapie gelden vrije tarieven.
Regelgeving	Artikel 3. Prestatiebeschrijvingen, Artikel 6. Tarieven van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie (BR/REG-25100).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet
Voor wie toepasbaar?	De vrije tarieven gelden voor iedereen. Bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de fysiotherapie geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars afspraken over bijvoorbeeld innovatie kunnen maken in een contract. Als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dan vergoedt de zorgverzekeraar een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. • Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Fysiotherapie - Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie

Korte toelichting algemeen	De facultatieve prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om samen afspraken te maken over nieuwe prestaties. Met de facultatieve prestatie is het mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Hierdoor kan zorg worden geleverd die anders niet in de bekostiging past. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten gezamenlijk een verzoek voor een facultatieve prestatie bij ons indienen.
Korte toelichting specifiek	Binnen de fysiotherapie kan de NZa een facultatieve prestatie vaststellen die afwijkt van de bestaande prestatiebeschrijvingen, als minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen.
Regelgeving	- Artikel 4. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen ad) Facultatieve prestatie van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie (BR/REG-25100). Prestatiebeschrijvingbeschikking facultatieve prestatie fysiotherapie (TB/REG-24682-01)
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak en eigen risico als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor elke zorgaanbieder en zorgverzekeraar die hiervoor gezamenlijk een verzoek bij ons indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar - Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. - Bij de aanvraag moet een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving toegevoegd worden. - Bij de aanvraag moet een toelichting toegevoegd worden waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van de beleidsregel fysiotherapie valt.
Landelijk karakter	Als aan de voorwaarden is voldaan die staan omschreven in de beleidsregel dan voegt de NZa de prestatie toe aan de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders deze prestatie leveren, op voorwaarde dat zij hierover in hun contract met de zorgverzekeraar een afspraak hebben gemaakt.
Doorlooptijd	Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Fysiotherapie - Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de fysiotherapie betekent dit dat er ook binnen een experiment niet automatisch sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket en dat het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Oefentherapie

Oefentherapie is gericht op de behandeling van lichamelijke klachten door bijvoorbeeld een ziekte, ongeval, operatie of aangeboren afwijking. Het doel is om het voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen en is onder andere gericht op pijnbestrijding en verbetering van mobiliteit.

Zie voor meer informatie over Oefentherapie de website van [het Zorginstituut Nederland over Fysiotherapie en oefentherapie \(Zvw\)](#).

▲
**Naar overzicht
paramedische zorg**

Volgende pagina
▼

Oefentherapie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafpraak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa.	- Contractafpraak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Als de interventie niet past binnen de huidige prestaties.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Oefentherapie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Er kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging. • Vrije tarieven. • Mogelijkheid tot meerjarenafspraken met de zorgverzekeraar. • Als de facultatieve prestatie is vastgesteld kunnen zorgaanbieders hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijke een aanvraag in bij de NZa. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Als de facultatieve prestatie is vastgesteld dan kunnen alle zorgaanbieders hier contractafspraken over maken met de zorgverzekeraar(s).	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	Het is onderdeel van de reguliere bekostiging op het moment dat de facultatieve prestatie is vastgesteld.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.



Oefentherapie

Verdieping
bekostiging

START

Oefentherapie - Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden soms al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	Voor alle vastgestelde prestaties binnen de oefentherapie gelden vrije tarieven.
Regelgeving	Artikel 3. Prestatiebeschrijvingen, Artikel 6. Tarieven van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie (BR/REG-25101).
Vanuit welke wet betaald?	Oefentherapie valt onder de Zorgverzekeringswet . De vergoeding van oefentherapie geldt voor de behandeling van lichamelijke klachten of aandoeningen. Het doel is om het voorkomen, opheffen of verminderen van beperkingen en is onder andere gericht op pijnbestrijding en verbetering van mobiliteit. Niet alle behandelingen komen voor vergoeding in aanmerking. Over welke klachten of aandoeningen het gaat, staat vermeld op de zogenaamde chronische lijst. De behandeling bij een oefentherapeut valt onder het eigen risico.
Voor wie toepasbaar?	De vrije tarieven gelden voor iedereen. Bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de oefentherapie geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars afspraken over bijvoorbeeld innovatie kunnen maken in een contract. Als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dan vergoedt de zorgverzekeraar een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Oefentherapie - Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie

Korte toelichting algemeen	De facultatieve prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om samen afspraken te maken over nieuwe prestaties. Met de facultatieve prestatie is het mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Hierdoor kan zorg worden geleverd die anders niet in de bekostiging past. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten gezamenlijk een verzoek voor een facultatieve prestatie bij ons indienen.
Korte toelichting specifiek	Binnen de oefentherapie kan de NZa een facultatieve prestatie vaststellen die afwijkt van de bestaande prestatiebeschrijvingen, als minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen.
Regelgeving	Artikel 4. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen ad) Facultatieve prestatie van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor oefentherapie (BR/REG-25101).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak en eigen risico als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor elke zorgaanbieder en zorgverzekeraar die hiervoor gezamenlijk een verzoek bij ons indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar - Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. - Bij de aanvraag moet een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving toegevoegd worden. - Bij de aanvraag moet een toelichting toegevoegd worden waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van de beleidsregel oefentherapie valt.
Landelijk karakter	Als aan de voorwaarden is voldaan die staan omschreven in de beleidsregel dan voegt de NZa de prestatie toe aan de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders deze prestatie leveren, op voorwaarde dat zij hierover in hun contract met de zorgverzekeraar een afspraak hebben gemaakt.
Doorlooptijd	Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteertpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de oefentherapie betekent dit dat er ook binnen een experiment niet automatisch sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket en dat het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteertpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Logopedie

Logopedie is zorg die nodig is als er problemen zijn met stem, spraak, taal, gehoor en slikken. Logopedisten behandelen stoornissen op het gebied van de persoonlijke communicatie. Zij houden zich daarnaast bezig met voorlichting, preventie en onderzoek.

Zie voor meer informatie over logopedie de website van het [Zorginstituut Nederland over Logopedie \(Zvw\)](#).

▲
**Naar overzicht
paramedische zorg**

Volgende pagina
▼

Logopedie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Als de interventie niet past binnen de huidige prestaties.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Logopedie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Er kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging. • Vrije tarieven. • Als de facultatieve prestatie is vastgesteld kunnen zorgaanbieders hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Als de facultatieve prestatie is vastgesteld dan kunnen alle zorgaanbieders hier contractafspraken over maken met de zorgverzekeraar(s).	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	Het is onderdeel van de reguliere bekostiging op het moment dat de facultatieve prestatie is vastgesteld.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.

Logopedie

Verdieping
bekostiging

START

Logopedie - Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden soms al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	Voor alle vastgestelde prestaties binnen de logopedie gelden vrije tarieven.
Regelgeving	Artikel 3. Prestatiebeschrijvingen en Artikel 6. Tarieven van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie (BR/REG-24104).
Vanuit welke wet betaald?	Logopedie valt onder de Zorgverzekeringswet , maar niet alle behandelingen komen voor vergoeding in aanmerking. Logopedie gericht op herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen is opgenomen in het basispakket. Voor een vergoeding vanuit het basispakket moet de behandeling een geneeskundig doel te hebben. Dat betekent dat de behandeling van de logopedist gericht moet zijn op het herstellen, verbeteren of onderhouden van het functioneren van de organen voor gehoor, stem of spraak, of het noodzakelijke reguleren van de ademhaling voor de stemgeving. De behandeling bij een logopedist valt onder het eigen risico.
Voor wie toepasbaar?	De vrije tarieven gelden voor iedereen. Bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de logopedie geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars afspraken over bijvoorbeeld innovatie kunnen maken in een contract. Als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dan vergoedt de zorgverzekeraar een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. • Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Logopedie - Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie

Korte toelichting algemeen	De facultatieve prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om samen afspraken te maken over nieuwe prestaties. Met de facultatieve prestatie is het mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Hierdoor kan zorg worden geleverd die anders niet in de bekostiging past. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten gezamenlijk een verzoek voor een facultatieve prestatie bij ons indienen.
Korte toelichting specifiek	Binnen de logopedie kan de NZa een facultatieve prestatie vaststellen die afwijkt van de bestaande prestatiebeschrijvingen, als minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen.
Regelgeving	Artikel 4. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen ad) Facultatieve prestatie van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor logopedie (BR/REG-24104).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak en eigen risico als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor elke zorgaanbieder en zorgverzekeraar die hiervoor gezamenlijk een verzoek bij ons indienen.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar • Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijke een aanvraag in bij de NZa. • Bij de aanvraag moet een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving toegevoegd worden. • Bij de aanvraag moet een toelichting toegevoegd worden waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van de beleidsregel logopedie valt.
Landelijk karakter	Als aan de voorwaarden is voldaan die staan omschreven in de beleidsregel dan voegt de NZa de prestatie toe aan de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders deze prestatie leveren, op voorwaarde dat zij hierover in hun contract met de zorgverzekeraar een afspraak hebben gemaakt.
Doorlooptijd	Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de logopedie betekent dit dat er ook binnen een experiment niet automatisch sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket en dat het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet. Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar. • Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. • Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluiter samen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Ergotherapie

Ergotherapie heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van een persoon te bevorderen of herstellen. Bij ergotherapie is de behandeling gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van lichamelijke of psychische stoornissen, beperkingen of handicaps. De persoon krijgt advies, instructie, training of behandeling om weer algemene dagelijkse of arbeidsgerelateerde handelingen te kunnen doen en weer zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren in zijn leefsituatie, woonsituatie of werksituatie.

Zie voor meer informatie over ergotherapie de website van het [Zorginstituut Nederland over Ergotherapie \(Zvw\)](#).

▲
**Naar overzicht
paramedische zorg**

Volgende pagina
▼

Ergotherapie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Als de interventie niet past binnen de huidige prestaties.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Ergotherapie – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Er kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging. • Vrije tarieven. • Als de facultatieve prestatie is vastgesteld kunnen zorgaanbieders hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Als de facultatieve prestatie is vastgesteld dan kunnen alle zorgaanbieders hier contractafspraken over maken met de zorgverzekeraar(s).	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	Het is onderdeel van de reguliere bekostiging op het moment dat de facultatieve prestatie is vastgesteld.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.

Ergotherapie

Verdieping
bekostiging

START

Ergotherapie - Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden soms al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	Voor alle vastgestelde prestaties binnen de ergotherapie gelden vrije tarieven.
Regelgeving	Artikel 3. Prestatiebeschrijvingen en Artikel 6. Tarieven van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie (BR/REG-24106).
Vanuit welke wet betaald?	Ergotherapie valt onder de Zorgverzekeringswet . De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar. De behandeling bij een ergotherapeut valt onder het eigen risico.
Voor wie toepasbaar?	De vrije tarieven gelden voor iedereen. Bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de ergotherapie geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars afspraken over bijvoorbeeld innovatie kunnen maken in een contract. Als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dan vergoedt de zorgverzekeraar een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voorwaarden	- Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Ergotherapie - Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie

Korte toelichting algemeen	De facultatieve prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om samen afspraken te maken over nieuwe prestaties. Met de facultatieve prestatie is het mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Hierdoor kan zorg worden geleverd die anders niet in de bekostiging past. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten gezamenlijk een verzoek voor een facultatieve prestatie bij ons indienen.
Korte toelichting specifiek	Binnen de ergotherapie kan de NZa een facultatieve prestatie vaststellen die afwijkt van de bestaande prestatiebeschrijvingen, als minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen.
Regelgeving	Artikel 4. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen ad) Facultatieve prestatie van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor ergotherapie (BR/REG-24106).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak en eigen risico als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor elke zorgaanbieder en zorgverzekeraar die hiervoor gezamenlijk een verzoek bij ons indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar - Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. - Bij de aanvraag moet een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving toegevoegd worden. - Bij de aanvraag moet een toelichting toegevoegd worden waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van de beleidsregel ergotherapie valt.
Landelijk karakter	Als aan de voorwaarden is voldaan die staan omschreven in de beleidsregel dan voegt de NZa de prestatie toe aan de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders deze prestatie leveren, op voorwaarde dat zij hierover in hun contract met de zorgverzekeraar een afspraak hebben gemaakt.
Doorlooptijd	Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpartijen de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de ergotherapie betekent dit dat er ook binnen een experiment niet automatisch sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket en dat het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerpartijen een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Diëtetiek

Diëtetiek is de voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Daarnaast gaat het om het behandelen met dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

Zie voor meer informatie over Diëtetiek de website van het [Zorginstituut Nederland over Diëtetiek \(Zvw\)](#).

▲
**Naar overzicht
paramedische zorg**

Volgende pagina
▼

Diëtetiek – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa.	- Contractafsprak met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij NZa. - Verplichte evaluatie.
Tijdsduur Hoelang kunt u er gebruik van maken?	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Afhankelijk van looptijd contract met zorgverzekeraar.	Drie jaar (met mogelijkheid tot verlenging).
Uitbetalen Wanneer krijgt u betaald?	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.	Dit hangt af van de individuele contractafspraken met uw zorgverzekeraar.
Wanneer kiest u hiervoor?	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Als de interventie niet past binnen de huidige prestaties.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek nodig is.

Deze tabel gaat verder op de volgende pagina.



Diëtetiek – Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
Voordelen	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Er kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging. • Vrije tarieven. • Als de facultatieve prestatie is vastgesteld kunnen zorgaanbieders hierover afspraken maken met de zorgverzekeraar.	• Mogelijkheid tot landelijke opschaling. • Sector overstijgende bekostiging mogelijk. • Meerjarig commitment van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. • Er kan onder voorwaarden worden afgeweken van de reguliere bekostiging.
Nadelen	• Iedere zorgaanbieder moet individuele contractafpraak maken met zorgverzekeraar. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken. • Geen landelijke opschaling mogelijk.	• Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijke een aanvraag in bij de NZa. • Bij elke contractonderhandeling opnieuw afspraken maken.	• Gedurende de looptijd nog niet zeker of er reguliere bekostiging komt. • Aansluiters moeten een individuele beschikking aanvragen.
Deelname door anderen Hoe kunnen anderen hier gebruik van maken?	Elke zorgaanbieder moet een individuele contractafpraak maken met een zorgverzekeraar.	Als de facultatieve prestatie is vastgesteld dan kunnen alle zorgaanbieders hier contractafspraken over maken met de zorgverzekeraar(s).	Andere aanbieders kunnen een aansluitersovereenkomst indienen bij de NZa.
Vervolg	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	Het is onderdeel van de reguliere bekostiging op het moment dat de facultatieve prestatie is vastgesteld.	Op basis van evaluatie en onderzoeksuitkomsten wordt bepaald of de innovatie wordt opgenomen in reguliere bekostiging.



Diëtetiek

Verdieping
bekostiging

START

Diëtetiek - Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden soms al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat er sprake is van vrije tarieven. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken zodat een investering in de innovatie rendabel is. Dit kan zowel een financiële investering zijn als een investering in de kwaliteit van zorg of in de efficiëntie van zorg.
Korte toelichting specifiek	Voor alle vastgestelde prestaties binnen de diëtetiek gelden vrije tarieven.
Regelgeving	Artikel 3. Prestatiebeschrijvingen en Artikel 6. Tarieven van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek (BR/REG-24107).
Vanuit welke wet betaald?	Diëtetiek valt onder de Zorgverzekeringswet . De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar. De behandeling bij een diëtist valt onder het eigen risico.
Voor wie toepasbaar?	De vrije tarieven gelden voor iedereen. Bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de diëtetiek geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars afspraken over bijvoorbeeld innovatie kunnen maken in een contract. Als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dan vergoedt de zorgverzekeraar een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Voorwaarden	- Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.
Landelijk karakter	Vrije tarieven worden afgesproken in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, de gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
Doorlooptijd	In principe vinden er ieder jaar, tussen juli en november, contractgesprekken plaats tussen zorgverzekeraars en aanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over de innovatie of preventie. Wilt u al eerder aan de slag? Neemt u contact op met de zorgverzekeraar(s), zij kunnen u vertellen of er eventueel tussentijdse mogelijkheden zijn.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Diëtetiek - Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie

Korte toelichting algemeen	De facultatieve prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om samen afspraken te maken over nieuwe prestaties. Met de facultatieve prestatie is het mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Hierdoor kan zorg worden geleverd die anders niet in de bekostiging past. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten gezamenlijk een verzoek voor een facultatieve prestatie bij ons indienen.
Korte toelichting specifiek	Binnen de diëtetiek kan de NZa een facultatieve prestatie vaststellen die afwijkt van de bestaande prestatiebeschrijvingen, als minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen.
Regelgeving	Artikel 4. Specifieke bepalingen bij de prestatiebeschrijvingen ad) Facultatieve prestatie van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor extramurale diëtetiek (BR/REG-24107).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak en eigen risico als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor elke zorgaanbieder en zorgverzekeraar die hiervoor gezamenlijk een verzoek bij ons indienen.
Voorwaarden	• Contractafspraken met zorgverzekeraar • Voor een nieuwe facultatieve prestatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. • Bij de aanvraag moet een concrete en duidelijke prestatiebeschrijving toegevoegd worden. • Bij de aanvraag moet een toelichting toegevoegd worden waarom de voorgestelde prestatiebeschrijving binnen de werkingssfeer van de beleidsregel extramurale diëtetiek valt.
Landelijk karakter	Als aan de voorwaarden is voldaan die staan omschreven in de beleidsregel dan voegt de NZa de prestatie toe aan de prestatiebeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders deze prestatie leveren, op voorwaarde dat zij hierover in hun contract met de zorgverzekeraar een afspraak hebben gemaakt.
Doorlooptijd	Bij een complete aanvraag voor een nieuwe prestatie zal de NZa binnen 4 weken na ontvangst van de schriftelijke aanvraag een besluit nemen.
Looptijd	U kunt het afgesproken tarief in rekening brengen zolang u daar een contractafpraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken.

Diëtetiek - Aanvragen van een experiment binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Korte toelichting algemeen	Wanneer een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar willen experimenteren met een innovatieve zorgprestatie die (nog) niet past binnen de bestaande prestaties, is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten een mogelijkheid. Deze beleidsregel biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om kortdurend (in eerste instantie maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg, bijvoorbeeld door nieuwe vormen van zorgverlening, efficiënte zorgorganisatie (substitutie) en verbetering van kwaliteit van zorg. Na afloop van het experiment wordt er beoordeeld of de innovatie opgenomen kan worden in de reguliere bekostiging. Om in aanmerking te komen voor deze beleidsregel moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar een gezamenlijke aanvraag bij de NZa indienen. Hierin wordt onder andere de inhoud van de zorgprestatie beschreven en het tarief wat zorgverzekeraar en zorgaanbieder hiervoor overeenkomen. Wanneer het experiment van start gaat, hebben de experimenteerpunten de plicht om een tussen- en eindevaluatie uit te voeren.
Korte toelichting specifiek	Wanneer een aanvraag voor deze Beleidsregel wordt toegewezen, geeft de NZa een declaratietitel in de vorm van een beschikking af waardoor zorgaanbieders deze zorg rechtmatig kunnen declareren bij zorgverzekeraars. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties. Binnen de diëtetiek betekent dit dat er ook binnen een experiment niet automatisch sprake is van verzekerde zorg uit het basispakket en dat het eigen risico van toepassing is.
Regelgeving	Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (BR/REG-25141).
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet . Let op: er is niet automatisch sprake van verzekerde zorg. Binnen deze Beleidsregel gelden dezelfde wettelijke regelingen ten aanzien van aanspraak, eigen risico en eigen bijdrage als voor reguliere zorgprestaties.
Voor wie toepasbaar?	Voor alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk een aanvraag indienen.
Voorwaarden	- Contractafspraken met zorgverzekeraar. - Gezamenlijke (zorgaanbieder én zorgverzekeraar) aanvraag bij de NZa. - Verplichte evaluatie.
Landelijk karakter	De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten is bedoeld om kleinschalig te kunnen experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Bij een experiment zijn in elk geval minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar betrokken. Daarnaast is er de mogelijkheid voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aan te sluiten bij een lopend experiment. Hiervoor dient de aansluitersamen met één van de oorspronkelijke experimenteerpunten een aansluitersovereenkomst innovatie in bij de NZa.
Doorlooptijd	Dit proces gaat van start wanneer er een gezamenlijke aanvraag voor een nieuw experiment of het aansluiten bij een bestaand experiment bij de NZa ingediend wordt. De NZa beoordeelt een complete aanvraag uiterlijk binnen acht weken.
Looptijd	De looptijd van een experiment is maximaal drie jaar. Na drie jaar is er de mogelijkheid om een verlenging of een instandlating aan te vragen bij de NZa. Een verlenging duurt maximaal twee jaar en kan aangevraagd worden als er nog onvoldoende uitkomsten zijn om een beslissing te nemen over het inbedden in reguliere bekostiging en er meer onderzoek nodig is; of als de onderzoeksopzet en het type onderzoek een langere onderzoeksduur vergen. Een tijdelijke instandlating duurt maximaal tot het einde van het jaar volgend op het jaar waarin het experiment afloopt. Een tijdelijke instandlating kan aangevraagd worden om de periode naar reguliere bekostiging of juist naar het afbouwen van het experiment te overbruggen.

Help

Komt u er niet uit? Of heeft u nog vragen? Neem dan contact met ons op.

Voor uitgebreide vragen kunt u ons het beste mailen op info@nza.nl.

Voor korte vragen kunt u ook contact met ons opnemen via WhatsApp op 088 - 770 8 770.

**Naar
sectoroverzicht**

Bronnenlijst

In deze wegwijzer maken wij gebruik van verschillende bronnen. Meestal is de bron via een link weergegeven. Soms nemen we teksten (deels) over, maar hebben we de bron niet vermeld omwille van de leesbaarheid van de wegwijzer. Hieronder staan deze belangrijke bronnen weergegeven:

Het zorginstituut: <https://www.zorginstituutnederland.nl>
Zo Werkt de Zorg: <https://app.zwdz.nl>
Nederlandse Zorgautoriteit: <https://www.nza.nl>
Zorg voor Innoveren: <https://www.zorgvoorinnoveren.nl>
Het loket gezond leven: <https://www.loketgezondleven.nl>
Volksgezondheid en zorg: <https://www.volksgezondheidenzorg.info>

**Terug naar
inhoudsopgave**