

A medical professional in blue scrubs is holding a glowing lightbulb with gears inside, symbolizing innovation and ideas. The background is a blurred image of a medical setting.

Wegwijzer innovatie en preventie in de medisch- specialistische zorg

Van goed idee naar
bekostiging

START

Geldig van: 01-01-2025
Geldig tot: 01-01-2026
Versie: 1.0
Editie: Medisch-specialistische zorg

Deze wegwijzer is van toepassing op:

Allergologie
Anesthesiologie (pijngeneeskunde)
Audiologie
Cardiologie
Cardiopulmonale chirurgie
Consultatieve psychiatrie
Dermatologie
Geriatrische revalidatiezorg
Gynaecologie en obstetrie
Heelkunde (chirurgie)
Inwendige geneeskunde (interne geneeskunde)
Kaakchirurgie
Kindergeneeskunde/neonatologie
Klinische chemie
Klinische genetica
Klinische geriatrie
Keel-, neus- en oorheelkunde
Longgeneeskunde

Maag-, darm- en leverchirurgie
Medische microbiologie
Neurochirurgie
Neurologie
Nucleaire geneeskunde
Oogheelkunde
Orthopedie
Paramedische zorg in de tweede lijn
Pathologie
Plastische chirurgie
Radiologie
Radiotherapie
Reumatologie
Revalidatiegeneeskunde
Spoedeisende hulp
Sportgeneeskunde
Urologie



Inhoudsopgave

Intro

**De zorg in
Nederland**

**Wat is innovatie
en preventie?**

**Regels en
bekostiging**

**Bekostigings-
mogelijkheden**

?

**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 medisch-specialistische zorg 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
maken

Toezicht
houden en
handhaven

Geen 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
bekostiging

Bekostigings-
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 [volksgezondheid en zorg](https://www.volksgezondheidenzorg.nl).

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 (nuldlijnszorg), 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:

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

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 het grootste deel van de medisch-specialistische zorg, in de gehele paramedische zorg, de farmaceutische zorg, een deel van de wijkverpleging en een deel van de huisartsenzorg. Dit betekent dat wij 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.

Om initiatieven te ondersteunen waarmee zorg verplaatst, vervangen of voorkomen kan worden, zijn er transformatiemiddelen beschikbaar. Zie het [Integraal Zorgakkoord](#) voor meer informatie

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.



BBAZ

Enkele instellingen die academische zorg leveren, ontvangen een subsidie via de Beschikbaarheidbijdrage Academische Zorg (BBAZ). Via de BBAZ kunnen ook innovaties vergoed worden.

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

▲
Terug naar
inhoudsopga
ve

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](#)).

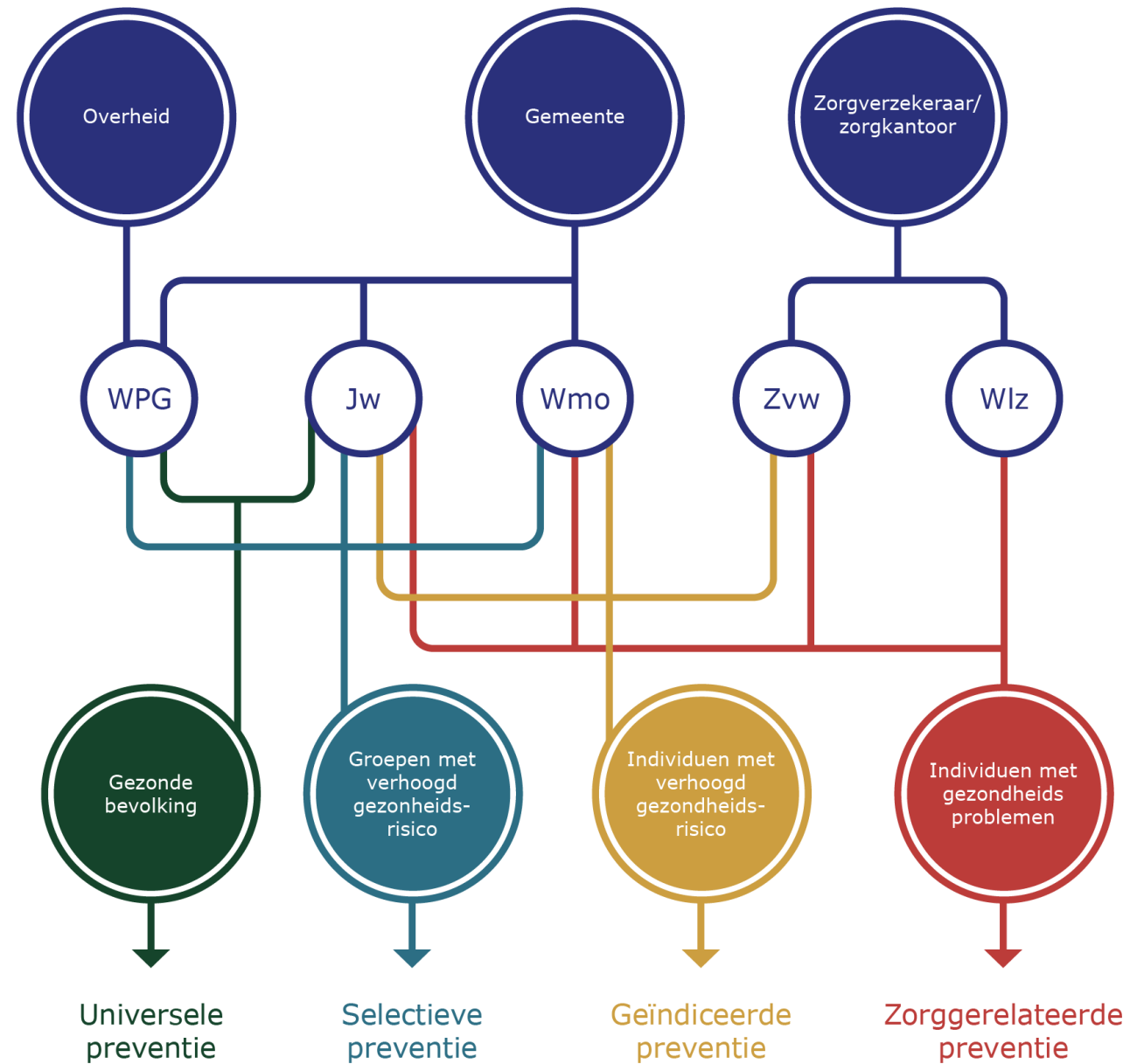
Zie volgende pagina voor een overzicht van de verschillende vormen van preventie

Verantwoordelijke
opdrachtgevers

Wetten

Doelgroepen

Vormen van
preventie



Informatiekaarten preventie

Welzijn op recept

UHR-therapie

Leefstijl-
opleidingen
ggz

The box
(Telemonitoring)

Stoppen-met-
rokenzorg

Leefstijlgeneeskunde

Heupairbag

Super Brains

Valpreventie

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 langdurige zorg 2025](#)
- [Wegwijzer innovatie en preventie in de eerstelijnszorg 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, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie.

Dbc-systematiek

Binnen de medisch-specialistische zorg wordt zorg geregistreerd en gedeclareerd op basis van de dbc-systematiek. De dbc-systematiek bestaat uit een groot aantal dbc-zorgproducten (dbc-zp's) en overige zorgproducten (ozp's). Dbc staat voor diagnose-behandelcombinatie. Een dbc-zp is een verzameling van alle (be)handelingen die een zorgaanbieder gedurende een bepaalde periode uitvoert voor een zorgvraag van een patiënt. De (be)handelingen worden geregistreerd via zorgactiviteiten.

Op basis van de dbc-systematiek kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar onderhandelen over de kwaliteit, prijs en het aantal behandelingen.

Op basis van een dbc-zp wordt een tarief gedeclareerd, gebaseerd op kosten die *gemiddeld* gemaakt worden voor desbetreffende combinatie van zorgactiviteiten en diagnose. Welk dbc-zp gedeclareerd mag worden, hangt onder andere af van de zorgactiviteiten en diagnoses die geregistreerd worden. Via een beslisboom (de productstructuur) wordt bepaald welk dbc-zp gedeclareerd mag worden. Meerdere combinaties van zorgactiviteiten en diagnoses kunnen leiden tot hetzelfde dbc-zp. Een grafische weergave van de productstructuur is te zien via de [zorgproductenapplicatie](#).

Veel zorgactiviteiten kunnen alleen geregistreerd worden in een dbc-zp. Een aantal zorgactiviteiten kunnen ook (of enkel) gedeclareerd worden als ozp. Via een ozp mag een (be)handeling los gedeclareerd worden, naast of geheel zonder een dbc-zp. Dit doen we wanneer een (be)handeling niet goed past in een dbc-zp. Denk hierbij bijvoorbeeld aan bepaalde diagnostiek die wordt aangevraagd door de huisarts (zonder doorverwijzing naar de medisch specialist) of dure geneesmiddelen.

Een uitgebreide uitleg over de dbc-systematiek is te vinden in de [Handleiding dbc-systematiek](#).

Een wijziging indienen

Nieuwe (preventieve) innovaties kunnen een aanleiding zijn om de dbc-systematiek aan te passen, door bijvoorbeeld nieuwe zorgactiviteiten toe te voegen of de regels aan te passen. Hiervoor kunnen zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars bij ons een wijzigingsverzoek indienen. Wij kijken dan vervolgens of een wijziging echt nodig is. Iedere verandering in de dbc-systematiek kan immers gevolgen hebben voor de ict-systemen of administratieve lasten. Meer informatie over het indienen van een wijzigingsverzoek is te vinden op onze [website](#).

Het doorvoeren van een wijziging is niet altijd noodzakelijk (bijvoorbeeld wanneer de innovatie al past binnen bestaande prestaties) of mogelijk (bijvoorbeeld wanneer het gaat om lokale initiatieven die niet goed passen in landelijke declaratietitels). Ook zijn er soms nog vragen over (kosten-)effectiviteit die eerst beantwoord moeten worden, voordat wij de dbc-systematiek kunnen wijzigen.

Op de volgende pagina's gaan wij dieper in op de opties indien een wijziging in de dbc-systematiek (nog) niet mogelijk is.

Programma Passende bekostiging msz

Binnen dit programma onderzoekt de NZa welke verbeteringen nodig zijn binnen de bekostiging om de beweging naar passende zorg te ondersteunen. Daarom voeren we nu tijdelijk alleen noodzakelijke wijzigingen uit. We roepen iedereen op om zelf kritisch te kijken naar de noodzaak van een wijzigingsverzoek. Meer informatie over dit programma is [hier](#) te vinden.

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 specialismen van toepassing. Zo is er bij sommige specialismen bijvoorbeeld een maximumtarief en voor andere specialismen gelden vrije tarieven. Verderop in de [checklist](#) ziet u hoe u gebruik kunt maken van de verschillende bekostigingsmogelijkheden.

In het volgende hoofdstuk [Bekostigingsmogelijkheden](#) leiden we u met een paar vragen naar mogelijke bekostigingsmogelijkheden voor uw preventieve of innovatieve idee. Hier bieden we ook verdiepende informatie over alle mogelijkheden.

U bereikt de verdiepende informatie ook door te klikken op de linkjes bovenin de overzichtstabel [Bekostigingsopties Innovatie en preventie](#) (zie voorbeeld hieronder).

Bekostigingsoptie	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de max-max tarieven
Voorwaarden Aan welke voorwaarde(n) moet u voldoen?	- Contractafsprake met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.	- Contractafsprake met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. - Moet passen binnen prestatie zoals opgesteld.

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

Vrije tarieven

Max-max
tarieven

Experiment-
beleidsregel

Beleidsregel
innovatie

Facultatieve
prestatie

Of klik hier om te
zien wat voor u het
meest passend is



Checklist

Vrije tarieven

In een groot deel van de medisch-specialistische zorg 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 kunt u 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

Voor sommige specialismen en behandelingen gelden maximum tarieven. Voor goede (preventieve) innovaties kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling een hoger tarief (maximaal 10%) dan ons maximumtarief afspreken: het max-max tarief.

Hoe kunt u 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

Binnen een experiment beleidsregel kan er worden afgeweken van de reguliere bekostiging en worden aangesloten bij de bekostiging van het experiment.

Hoe kunt u 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 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 kunt u 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 denken ook vooraf aan het indienen graag met u mee.
- 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.

Einde experiment of opvolging?

1. Beëindigen: Uw experiment wordt beëindigd, er zijn voldoende uitkomsten verzameld gedurende de looptijd van het experiment. Op basis van 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 niet 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 lokaal afspraken maken over nieuwe prestaties. Een facultatieve prestatie is bedoeld voor het oplossen van lokale knelpunten die niet op te lossen zijn binnen de bestaande landelijke dbc- of overige zorgproducten. Meer informatie over de facultatieve prestatie in te vinden in [deze informatiekaart](#).

Hoe kunt u hier gebruik van maken?

- De zorgaanbieder bespreekt de innovatie of preventieve inzet met de zorgverzekeraar(s). Hier [enkele tips](#) over gesprekken met de zorgverzekeraar.
- Zorg voor een goede businesscase. Tips vindt u [hier](#).
- De aanvraag moet door een zorgverzekeraar en zorgaanbieder gezamenlijk bij ons worden ingediend via het [aanvraagformulier](#). Deze aanvraag moet door beide partijen ondertekend zijn.
- Alle voorwaarden zijn te vinden in artikel 12 van de [Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg 2025](#). De aanvraag moet in ieder geval 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.

- 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 één tot twee maanden 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- mogelijkheden

Wat is het meest passend?

START



Terug naar
inhoudsopgave

Soort innovatie

Klik hiernaast op wat voor u van toepassing is. U komt dan op een volgende pagina met meer informatie over de mogelijkheden.

Vernieuwing van bestaande zorg

Hier gaat het om zorg die al geleverd wordt, maar waarvan (onderdelen van) het zorgproces aangepast/vernieuwd worden. Bijvoorbeeld digitale zorg in plaats van fysiek contact.

Nieuwe zorg

Hier gaat het om nieuwe interventies of zorgprocessen, waarvan nog weinig bekend is over de (kosten)effectiviteit. Bijvoorbeeld nieuwe operatie-technieken.

Overzichtstabel

Als u hier klikt komt u op een tabel uit waar alle mogelijkheden worden toegelicht.

Vernieuwing van bestaande zorg

Op basis van de Zorgverzekeringswet wordt alleen zorg vanuit het basispakket vergoed die als effectief wordt beschouwd (stand van de wetenschap en praktijk). Daarnaast moet een zorgverzekeraar alleen doelmatige zorg inkopen. Dit betekent dat zorg die even effectief is, maar duurder, niet door de zorgverzekeraar vergoed hoeft te worden uit het basispakket (Bron: Zorginstituut). Het is dus belangrijk dat uw vernieuwing effectief en doelmatig is. Zijn hier nog twijfels over? Klik dan [hier](#).

Binnen de medisch-specialistische zorg wordt zorg ingekocht en gedeclareerd via de dbc-systematiek (dbc-zorgproducten en overige zorgproducten). Dbc-zorgproducten zijn bundels van geleverde zorg. Vernieuwing van bestaande zorg past daarom regelmatig al binnen de bestaande dbc-zorgproducten. Meer informatie over de dbc-systematiek is te vinden op [pagina 21](#) van deze wegwijzer.

Er bestaat al een DBC of OZP waar deze zorg bij past

**Vrije
tarieven**

**Max-max
tarieven**

Weet ik niet

Er is nog geen DBC of OZP voor deze zorg

**Wijzigings-
verzoek**
(Indien landelijk initiatief)

**Facultatieve
Prestatie**
(Indien lokaal initiatief)

**Kleinschalig
experiment**

Nieuwe zorg

Op basis van de Zorgverzekeringswet wordt alleen zorg vanuit het basispakket vergoed die als effectief wordt beschouwd (stand van de wetenschap en praktijk). Daarnaast moet een zorgverzekeraar alleen doelmatige zorg inkopen. Dit betekent dat zorg die even effectief is, maar duurder, niet door de zorgverzekeraar vergoed hoeft te worden uit het basispakket (Bron: Zorginstituut).

Voldoende informatie over (kosten)effectiviteit is dus belangrijk. Dit betekent dat onderzoek nodig is. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden:

- ZonMW keert diverse subsidies uit. Klik [hier](#) voor meer informatie.
- Wij (de NZa) stellen tijdelijke prestaties vast voor innovaties via de Beleidsregel Innovatie. In dit kleinschalige experiment wordt onderzocht of de innovatie de prijs/kwaliteit van de zorg verbetert. De zorgverzekeraar is hierbij verantwoordelijk om te bepalen of de innovatie vergoed mag worden uit de basisverzekering. Ook voor niet-verzekerde zorg mag een innovatie-prestatie aangevraagd worden, zolang de prestatie binnen de reikwijdte van de Wet marktordering gezondheidszorg valt. Klik [hier](#) voor meer informatie.

Vindt u het lastig om in te schatten welke optie het beste passend is? Neem dan contact op met het platform [Zorg voor Innoveren](#) (Zvi). Zvi is het centrale aanspreekpunt vanuit de overheid over innovatie.



Overzichtstabel - Bekostigingsopties innovatie en preventie

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	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 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.	- 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.	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.	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.	Zorgaanbieder en zorgverzekeraars zien de toegevoegde waarde van de innovatie en het past binnen de bestaande bekostigingsstructuur.	Indien sprake is van een lokaal initiatief gericht op bestaande zorg, wat niet goed past binnen de landelijke dbc-prestaties.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging en waar nog aanvullend onderzoek naar het effect op kwaliteit/kosten nodig is.	Een innovatie die niet past binnen bestaande bekostiging maar wel past binnen de scope van de experiment Beleidsregel.

Overzichtstabel - Bekostigingsopties innovatie en preventie (vervolg)

Bekostigingsopties	Afspraken maken binnen vrije tarieven	Afspraken maken binnen de max-max tarieven	Afspraken maken binnen de facultatieve prestatie	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.	Geen aanvraag, alleen afspraak met zorgverzekeraar nodig.	- Maatwerk voor lokale initiatieven is mogelijk. - 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.	- 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. - Geen landelijke opschaling mogelijk.	- 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.	- 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.	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.	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.	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	U heeft de mogelijkheid om na afloop van het contract opnieuw afspraken met de zorgverzekeraar te maken.	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.

Afspraken binnen vrije tarieven

Korte toelichting algemeen	Onze prestaties bieden mogelijk al ruimte voor een zorginnovatie, bijvoorbeeld doordat 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 het merendeel van de dbc-zorgproducten binnen de medisch-specialistische zorg gelden vrije tarieven. Daarnaast heeft ook een deel van de overige zorgproducten een vrij tarief, zoals de overige zorgproducten voor eerstelijns diagnostiek en paramedische zorg (diëtetiek, fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie). In de Tarieven Tabel is voor alle dbc-zorgproducten en overige zorgproducten per declaratiecode terug te vinden of sprake is van een maximumtarief of vrij tarief. Indien sprake is van een vrij tarief, dan staat bij het tarief "0".
Regelgeving	Artikel 13 Tariefopbouw en tariefsoorten van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg 2025 . Voor integrale geboortezorg bestaat een aparte bekostiging. Zie hier meer informatie."
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet Let op: De dbc-systematiek geldt zowel voor verzekerde als onverzekerde zorg. Zie deze brief voor meer informatie.
Voor wie toepasbaar?	De vrije tarieven gelden voor iedereen die desbetreffende dbc-zorgproducten en/of overige zorgproducten declareert. Bij alle prestaties met vrije tarieven binnen de medisch-specialistische zorg geldt dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken over bijvoorbeeld innovatie kunnen maken in een contract. U kunt contact opnemen met uw zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn om uw (preventieve) innovatie via het max-max tarief te bekostigen. Indien er voor zorg geen contract is afgesproken, dan bepaalt de zorgaanbieder zelf wat de hoogte van het tarief is (passantentarief). Het passantentarief wordt in rekening gebracht voor het leveren van zorg aan niet-verzekerde patiënten en aan patiënten van wie de zorgverzekeraar geen contract met desbetreffende zorgaanbieder heeft afgesloten. Als er geen contract is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, dan hangt het van de polis van de patiënt af of een zorgverzekeraar het gehele markconforme tarief aan de patiënt vergoedt, of enkel een deel.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. • Moet passen binnen de prestatie zoals opgesteld. • Zorgactiviteiten mogen worden geregistreerd indien voldaan wordt aan de omschrijving van de zorgactiviteit en eventuele aanvullende voorwaarden uit de Regeling medisch-specialistische zorg 2025
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 zorgaanbieders: het contracteerproces. U kunt in het eerstvolgende contracteerproces met de zorgverzekeraar in gesprek gaan over uw (preventieve) innovatie. Wilt u al eerder aan de slag? Neem dan contact op met uw 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.



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 eerst 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.



Afspraken binnen max-max tarieven

Korte toelichting algemeen	Voor sommige prestaties binnen de medisch-specialistische zorg geldt een maximumtarief. Voor deze prestaties kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar een verhoogd maximumtarief overeenkomen, ook wel max-max tarief genoemd. Zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) hebben de mogelijkheid om (tijdelijk) een hoger tarief af te spreken – tot maximaal de hoogte van het max-max tarief – 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 sommige dbc-zorgproducten en veel overige zorgproducten stellen wij maximumtarieven vast. Het max-max tarief is maximaal 10% hoger dan het maximumtarief. Een max-max tarief kan worden afgesproken voor alle prestaties met een maximumtarief, behalve voor add-on geneesmiddelen, ozp-stollingsfactoren en de prestaties die worden overgenomen van de forensische- en geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg. In de Tarieven Tabel is voor alle dbc-zorgproducten en overige zorgproducten per declaratiecode terug te vinden of sprake is van een maximumtarief of vrij tarief. Indien sprake is van een vrij tarief, dan staat bij het tarief "0".
Regelgeving	Artikel 13 Tariefopbouw en tariefsoorten van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg 2025 .
Vanuit welke wet betaald?	Vanuit de Zorgverzekeringswet Let op: De dbc-systematiek geldt zowel voor verzekerde als onverzekerde zorg. Zie deze brief voor meer informatie.
Voor wie toepasbaar?	De max-max tarieven gelden voor iedereen die desbetreffende dbc-zorgproducten en/of overige zorgproducten declareert. Wel moet de zorgaanbieder hierover een contractafpraak hebben gemaakt met de zorgverzekeraar. U kunt contact opnemen met uw zorgverzekeraar om te bespreken wat de opties zijn om uw (preventieve) innovatie via het max-max tarief te bekostigen.
Voorwaarden	• Contractafpraak met zorgverzekeraar over innovatie en preventie. • Moet passen binnen de prestatie zoals opgesteld. • Zorgactiviteiten mogen worden geregistreerd indien voldaan wordt aan de omschrijving van de zorgactiviteit en eventuele aanvullende voorwaarden uit de Regeling medisch-specialistische zorg 2025.
Landelijk karakter	Het max-max tarief is een onderlinge contractafpraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De gemaakte afspraken gelden alleen voor deze specifieke zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Wij stellen de maximale hoogte van het max-max tarief landelijk vast (10% van het NZa maximumtarief).
Doorlooptijd	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 uw (preventieve) innovatie. Wilt u al eerder aan de slag? Neem dan contact op met uw 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 afspraak over heeft met de zorgverzekeraar. Dit kan bijvoorbeeld een contract voor een jaar zijn, maar het is ook mogelijk om meerjarenafspraken te maken. De maximale hoogte van het max-max tarief stellen wij per jaar vast (10% van het NZa maximumtarief).



Afspraken binnen de facultatieve prestatie

Korte toelichting algemeen	De facultatieve prestatie geeft zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om lokale initiatieven anders te bekostigen. Hierbij moet sprake zijn van bestaande zorg. Met de facultatieve prestatie is het mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door ons vastgestelde prestaties. Hierdoor ontstaat ruimte voor lokale initiatieven. Een zorgaanbieder en zorgverzekeraar moeten samen een verzoek voor een facultatieve prestatie bij ons indienen.
Korte toelichting specifiek	Binnen de medisch-specialistische zorg kunnen wij een facultatieve prestatie vaststellen die afwijkt van de bestaande prestatiebeschrijvingen, als minimaal één zorgaanbieder en één zorgverzekeraar hiervoor gezamenlijk een aanvraag indienen. Zie hiervoor ook de: • Informatiekaart Wat is een facultatieve prestatie msz? • Toelichting aanvraagprocedure facultatieve prestatie msz. Een facultatieve prestatie heeft een vrij tarief.
Regelgeving	Artikel 12 Aanvraagprocedure Facultatieve Prestatie msz van de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg 2025 .
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 hierover 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 medisch-specialistische zorg valt.
Landelijk karakter	Als aan de voorwaarden is voldaan zoals omschreven in de Beleidsregel, dan voegen wij 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 zullen wij binnen één tot twee maanden 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.



Voorbeelden van een (preventieve) innovatie bekostigd via een facultatieve prestatie

Voorbeeld: Thuisoediening oncolytica en/of immunotherapie

Patiënten met bepaalde vormen van kanker die onder behandeling staan van een medisch specialist kunnen soms ook thuis of op een locatie dichtbij huis hun chemotherapie- of immunotherapie infuus of injectie toegediend krijgen. De toediening wordt uitgevoerd door een specialistisch verpleegkundige vanuit de wijkverpleging of thuiszorg. De behandelend medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de behandeling.

Via de facultatieve prestatie kunnen zorgverzekeraar en zorgaanbieder aparte afspraken maken over deze zorg en de bijbehorende kosten voor het ziekenhuis. De facultatieve prestatie omvat de coördinatie, bereiding van geneesmiddelen, vervoer van de geneesmiddelen en achterwacht (zorginhoudelijk en IT).

Voor meer voorbeelden zie dit overzicht met [facultatieve prestaties](#)

[Klik hier om terug te gaan naar de overzichtstabel](#)

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 dat 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, geven wij een declaratietitel in de vorm van een beschikking af. De zorgverzekeraar kan met deze beschikking een declaratiecode bij Vektis aanvragen, 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. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk om te beoordelen of de innovatieve zorg verzekerde zorg is. Verder gelden binnen deze beleidsregel 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. Wij beoordelen 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.



Voorbeelden van een (preventieve) innovatie bekostigd vanuit beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten

Voorbeeld: Intensieve Chronische Zorg (ICZ) poli

De ICZ-poli is er voor mensen met meerdere chronische aandoeningen, waarbij in de (huidige) monodisciplinaire aanpak de regievoering ontbreekt. Deze beperkte/onvoldoende afstemming heeft een negatieve impact op de kwaliteit van leven van de patiënt en de effectiviteit van de zorg. Het doel van de ICZ-poli is om te komen tot een integraal en herschikt behandelplan. Hierbij wordt onder andere ingezet op:

- kwaliteit van leven voor de patiënt herstellen en/of verbeteren,
- keuzes maken samen met de patiënt en het geheel aan lopende medische behandeling herschikken en optimaleren,
- stimuleren leefstijladvies en/of traject zelf, dichtbij en/of via de 1^e lijn op te pakken.

Voorbeeld: Ziekenhuis op Wielen

In het Ziekenhuis op Wielen wordt medisch- specialistische zorg, zoals deze anders in het ziekenhuis wordt verleend, thuis of dichtbij de patiënt geleverd. Een verpleegkundig specialist (VS) wordt in de eerste lijn ingezet, vooral voor mensen met aandoeningen die om fysieke of psychische redenen moeilijk verplaatsbaar zijn. De VS werkt als regiebehandelaar en werkt samen met o.a. specialisten, huisartsen, collega VS uit de tweede lijn en thuiszorgorganisaties. De VS delegeert de dagelijkse zorg aan de thuiszorg en koppelt de bevindingen terug aan de huisarts. Ziekenhuis op Wielen zorgt ervoor dat de zorg persoonlijk, efficiënt en goedkoper wordt. De belasting voor de patiënt, familie en mantelzorgers is met dit concept minimaal.

Voor meer voorbeelden zie [Lopende innovatie experimenten](#)

[Klik hier om terug te gaan naar de overzichtstabel](#)

Help

Tip: Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de geleverde zorg te vertalen naar passende diagnoses en zorgactiviteiten. Wij adviseren u contact op te nemen met een zorginstelling om uw innovatie te bespreken.

Werkt u in een zorginstelling, dan adviseren wij u eerst contact op te nemen met uw zorgadministratie of financiële afdeling.

Heeft u nog vragen over de wegwijzer en/of bekostiging? 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.

Terug naar
inhoudsopgave

Naar
Overzichtstabel



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:

Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl>
Zo Werkt de Zorg: <https://app.zwdz.nl>
NZa: <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**

