



Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2026

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_655318_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2026

Permalink: https://puc.overheid.nl/doc/PUC_655318_22

Soort document:

Type: Beleidsadvies - Advies

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 02-10-2025

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_655318_22

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 23-09-2021

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Eerstelijnsverblijf
- Geneesmiddelenzorg
- Geboortezorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Huisartsenzorg
- Kortdurende zorg
- Langdurige zorg
- Medisch-specialistische zorg
- Mondzorg
- Paramedische zorg
- Wijkverpleging
- Zorgverzekeraars

Inhoudsopgave

Wegwijzer bekostiging digitale zorg.....	4
1 Digitale zorg in vogelvlucht.....	6
2 Bekostigen digitale zorg per zorgsector.....	12
2.1 Huisartsenzorg.....	12
2.2 Medisch-specialistische zorg.....	15
2.3 Paramedische zorg.....	18
2.4 Geboortezorg.....	19
2.5 GGZ en forensische zorg.....	20
2.6 Langdurige zorg.....	21
2.7 Wijkverpleging.....	23
3 Capaciteit verhogende zorgtechnologie.....	26
3.1 Randvoorwaarden voor het benutten van de potentie.....	28
4 Samenwerking bij de inkoop van digitale zorg en ICT.....	29
5 Toelichting begrippen.....	32



Iedereen binnen de zorg werkt hard om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te behouden terwijl de omgeving en inhoud snel verandert. Er ligt veel nadruk op een verschuiving naar gezondheid en preventie en samenwerking met het sociale domein. Hoe we dat doen staat uitvoerig beschreven in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO). Zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten werken samen aan plannen om de zorg regionaal en landelijk te transformeren. Veel plannen omvatten ook het leveren van digitale of hybride zorg als onderdeel van het lokaal transformeren van de zorg. Waar het passend ingezet wordt, kan digitale zorg bijdragen aan toegankelijke en betaalbare zorg. Daarom geven we in deze wegwijzer informatie over hoe digitale zorg bekostigd kan worden. We laten ook zien welke ruimte nu al bestaat in de bekostiging voor zorgvernieuwing, zodat hier niet meer gewacht hoeft te worden.

Met deze wegwijzer stimuleren we zorgaanbieders en zorgverzekeraars te handelen en afspraken te maken om dezelfde beweging voor het transformeren van zorg mogelijk te maken. Door zorg digitaal of hybride aan te bieden waar het kan en van toegevoegde waarde is, werken we aan passende zorg voor de patiënt. Zo kunnen we er samen voor zorgen dat de zorg, nu en in de toekomst, toegankelijk en van goede kwaliteit blijft.

Transformeren is iets dat organisatiebreed, en ook tussen en over organisaties heen, plaatsvindt. Digitale zorgtoepassingen moeten zoveel mogelijk worden ingebed in een zorgproces, zodat het resulteert in het daadwerkelijk (her)ontwerpen van processen en zorgpaden. Terwijl nieuwe werkwijzen en zorgprocessen worden geïmplementeerd, worden traditionele werkwijzen en zorgprocessen afgeschaald. Op die manier komt daadwerkelijk [digitale transformatie van zorg](#) tot stand, waar mogelijk ook domein- of sectoroverstijgend. Bekostiging is maar één stukje van die puzzel. Transformeren met behulp met digitale zorg moet daarom altijd plaatsvinden vanuit een breder perspectief. De mogelijkheden en meerwaarde van digitale zorg is erg afhankelijk van de zorgvorm en van de patiënt. Daarom blijven de behoeften en wensen van patiënt en zorgverlener het uitgangspunt bij het verlenen van zorg, ongeacht de vorm waarin zorg gegeven wordt.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 zetten we achtergrondinformatie en context op een rij. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de bekostigingmogelijkheden per sector. Hoofdstuk 3 beschrijft verschillende technologieën met potentie om de capaciteit te vergroten. Hoofdstuk 4 beschrijft de mogelijkheden

tot samenwerking op inkoop. Tot slot worden in hoofdstuk 5 de belangrijkste begrippen toegelicht.

Deze versie van de wegwijzer is geactualiseerd naar 2026 en is nadrukkelijk ingestoken in de huidige context van zorgakkoorden, samenwerking en technologische ontwikkelingen.

Als u bij het lezen onjuistheden tegen komt of ideeën heeft over hoe deze informatie beter aan kan sluiten bij de praktijk, kunt u ons een bericht sturen via info@nza.nl of ons Whatsapp-nummer: 088 - 770 8 770.

1 Digitale zorg in vogelvlucht



Definitie: wat is digitale zorg?

Digitale zorg is een verzamelnaam voor een breed aanbod van digitale zorgtoepassingen in verschillende sectoren en domeinen van de zorg (Zvw en Wlz). Digitale zorg omvat alle zorg en ondersteuning die niet fysiek maar digitaal wordt geleverd. Wanneer een zorgproces bestaat uit een mix van digitale en fysieke zorg, noemen we dat hybride zorg. We hebben het dan over het primaire zorgproces: de levering van zorg, of directe ondersteuning aan de patiënt of cliënt. Wij sluiten daarmee aan bij de [definitie van Zorginstituut Nederland](#). Ter verduidelijking onderscheidt zij vier categorieën van digitale zorg binnen de Zvw en Wlz:

1. Digitale diagnostiek en prognostiek.
2. Digitale behandeling en ondersteuning (ook wel digital therapeutics genoemd).
3. Digitale controle en monitoring (ook wel telemonitoring, thuismonitoring en remote patiënt monitoring genoemd).
4. Digitale preventie op patiëntniveau (dat wil zeggen: geïndiceerde of zorggerelateerde preventie).

Voor de duidelijkheid onderscheiden we digitale zorg van het paraplu begrip *e-Health*. Onder die term vallen ook e-zorg, e-ondersteuning en e-public health. Deze termen omschrijven respectievelijk digitale randprocessen, zoals administratie en communicatie, en digitale toepassingen ter bevordering van de algemene volksgezondheid die op bevolkingsniveau worden ingezet. Beiden zijn geen onderdeel van het primaire zorgproces, en vallen daarmee buiten de reikwijdte van deze wegwijzer.

Wie bepaalt of digitale zorg kan worden geleverd?

De patiënt en de zorgverlener bepalen dat samen. De zorgvraag van de patiënt vormt het startpunt voor de zorg en de patiënt behoudt zo veel mogelijk de regie over de zorg. De zorgverlener geeft informatie en uitleg over de wijze waarop de inzet van digitale zorg kan bijdragen aan het herstelproces en weegt de voor- en nadelen af. Dan kan de patiënt in samenspraak met de zorgverlener een weloverwogen keuze maken hoe zorg te ontvangen: face-to-face, digitaal, hybride zorg of zelfzorg. De Patiëntenfederatie heeft handige [handreikingen](#) gemaakt om te helpen bij het proces van samen beslissen.

Er zijn verschillende initiatieven die gericht zijn op het toegankelijk maken van digitale zorg voor iedereen, waaronder de stichting [Helpdesk Digitale Zorg](#). De Helpdesk Digitale Zorg heeft als doel om de drempel voor het gebruik van digitale zorg te verlagen en dat iedereen, ongeacht digitale vaardigheden, toegang heeft tot zorgtechnologie. In een land waar ongeveer 4,5 miljoen inwoners niet digitaal vaardig zijn draagt dit bij aan een goede inzet van digitale zorg voor zowel de burger als de zorgverlener. De helpdesk is op verschillende manieren toegankelijk, waarbij in eenvoudige taal een patiënt stap-voor-stap meegenomen

wordt. Naast het op een goede manier inzetten van digitale zorg geeft dit de gebruiker ook het gevoel van zelfstandigheid en eigen regie, wat het gebruik bevordert. Daarin werken ze ook samen met initiatieven vanuit het sociaal domein. De ondersteuning is beschikbaar voor veel verschillende sectoren binnen de gezondheidszorg, binnen zowel de eerste- als de tweedelijnszorg.

Zijn er zorgprestaties en tarieven voor digitale zorg?

Prestaties en tarieven voor digitale zorg verschillen afhankelijk van het soort digitale zorg en de sector. Per sector lichten we dit toe in hoofdstuk 2. Voor alle sectoren geldt dat we de zorgprestaties (altijd in overleg met veldpartijen) zoveel mogelijk functioneel beschrijven. De prestatie omschrijft in de regel een medische handeling door een zorgaanbieder die - zo nodig - ook op afstand kan plaatsvinden. We omschrijven dus de zorg, maar schrijven niet voor wie de zorg levert, waar of op welke manier deze wordt uitgevoerd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren veel ruimte om eigen keuzes te maken over de inzet van digitale zorg.

Een zorgaanbieder mag als enige de prestaties en tarieven van de NZa in rekening brengen bij zorgverzekeraar, zorgkantoor of patiënt. Een zorgaanbieder is - kort samengevat - een natuurlijke of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg levert. Bij digitale zorg zijn daarnaast vaak leveranciers betrokken die digitale toepassingen en oplossingen ontwikkelen. De zorgaanbieder koopt dan de digitale toepassing als klant in en de leveranciers zal zelf geen zorgprestaties in rekening brengen.

Wie beoordeelt of digitale zorg wordt vergoed?

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te toetsen of gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zvw valt en dus vergoed mag worden. Dit is ook het geval voor digitale zorgtoepassingen. Bij de Wlz zijn het de zorgkantoren die oordelen welke digitale zorg wordt vergoed. Zorginstituut Nederland heeft begin 2025 de [Handleiding – Beoordeling digitale en hybride zorg](#) geschreven zodat partijen betrouwbaar en overzichtelijk kunnen beoordelen of digitale zorg tot het basispakket behoort. Met duidelijke uitleg en voorbeelden beschrijft het Zorginstituut wat zij onder digitale zorg verstaan.

Digizo.nu

Voor het agenderen en beoordelen van nieuwe innovatieve processen in zorg en ondersteuning met daarin digitale toepassingen en/of technologie is het Platform Digizo.nu opgezet. Digizo.nu selecteert processen met daarin digitale toepassingen die naar verwachting de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning verbeteren en de werkdruk van medewerkers verlagen. Ook worden er afspraken gemaakt over randvoorwaarden voor opschaling en wordt er hulp bij implementatie en opschaling geboden.

Digizo.nu hanteert hierbij het Zorgtransformatiemodel. Dit model biedt een gestructureerde aanpak voor het prioriteren, toetsen, waarde bepalen en evalueren van zorg- ondersteuningsprocessen met daarin digitale toepassingen of technologie. Hierbij worden verschillende experts geraadpleegd gedurende de verschillende stappen van het proces. Het uiteindelijke doel is om toegankelijkheid van de zorg bewezen te verbeteren doormiddel van effectieve innovatie processen gezamenlijk verder te brengen door deze breed op te schalen.

Alle kennis, ervaring en geleerde lessen die uit toetsing, waardebeoordeling en opschaling voortkomen, worden op de website Digizo.nu openbaar beschikbaar gemaakt. Meer informatie is [hier](#) te vinden.

Welke digitale zorg wordt vergoed?

Alleen digitale zorg die voldoet aan de zogenaamde 'pakketcriteria' mag door zorgaanbieders worden gedeclareerd ten laste van de Zvw en Wlz. Zorginstituut Nederland legt in de [Handleiding Beoordeling Digitale en Hybride zorg](#) duidelijk en met voorbeelden uit welke criteria dit zijn en hoe die in praktijk

werken. Soms is het noodzakelijk dat nieuwe vorm van digitale zorg formeel aan die criteria getoetst wordt. Dat kan een langdurig en intensief traject zijn, maar is gelukkig voor veel vormen van digitale zorg niet nodig.

Als bestaande, verzekerde zorg in een digitale vorm wordt aangeboden, blijft dit verzekerde zorg als de samenstelling en de effectiviteit ervan niet wezenlijk wijzigt ten opzichte van de oorspronkelijke zorg. Zorginstituut Nederland noemt dit een technische variant. Hiervoor kan bestaand bewijs van effectiviteit hiervoor voldoende zijn, en hoeft dus weinig of geen extra bewijs aangeleverd te worden. Wanneer dit het geval is, heeft het Zorginstituut uitgewerkt in eerder genoemde handleiding.

Nieuwe zorg wordt vergoed uit het basispakket zodra zorgpartijen het erover eens zijn dat deze zorg effectief is en voldoet aan de voorwaarden die de stand van wetenschap en praktijk stelt. Slechts voor een klein deel van de zorg vindt een beoordeling door het Zorginstituut plaats, voordat de zorg wordt toegelaten tot de basisverzekering. Partijen in de zorg bepalen dus grotendeels zelf welke zorg uit de basisverzekering wordt vergoed. Ook bepalen zij gezamenlijk wat goede zorg is. Over dit proces heeft Zorginstituut Nederland twee documenten gepubliceerd: [informatiemateriaal over de stand van de wetenschap en praktijk \(SWP\)](#) en [Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023](#).

Wat als de huidige zorgprestaties van de NZa niet voldoende ruimte bieden?

Wanneer bestaande zorgprestaties niet voldoende ruimte bieden om nieuwe of een ander type zorg te leveren, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren een nieuwe prestatie aanvragen. De NZa kan ook uit eigen beweging een nieuwe prestatie vaststellen. In dat geval consulteren we stakeholders zoals brancheorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties over nut en noodzaak van de nieuwe prestatie. Bij een positieve conclusie stellen we de prestatie en een bijbehorend tarief vast. Vaak is dat een vrij tarief waarbij veel maatwerk mogelijk is. Veel sectoren kennen extra ruimte om digitale zorg te bekostigen, zoals een facultatieve prestatie, max-max tarieven of bijvoorbeeld segment 3 van de huisartsenzorg (zie ook de begrippenlijst in hoofdstuk 6).

Is de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten ook geschikt voor digitale zorg?

Ja. De [Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten](#) biedt de mogelijkheid om drie jaar (eventueel verlengd tot vijf jaar) een kleinschalig experiment uit te voeren met een innovatieve vorm van zorg. Bij een geslaagd experiment kunnen de innovatoren een aanvraag indienen voor een landelijke prestatie. De innovatie moet gericht zijn op een van de volgende verbeteringen:

- Nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs-kwaliteitverhouding;
- Een efficiëntere zorgorganisatie;
- Betere kwaliteit van zorg.

Zorgaanbieder en zorgverzekeraar of zorgkantoor moeten gezamenlijk een verzoek tot experiment indienen. Tijdens het experiment kunnen andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren aansluiten om de schaal van het experiment te vergroten. Voor de afloop van het experiment kunnen zij een aanvraag bij ons indienen om de zorg in het experiment regulier te bekostigen. Wij onderzoeken vervolgens of de zorg een plek kan krijgen binnen de reguliere bekostiging.

Zelfmanagement

Mensen gebruiken steeds vaker applicaties (hierna: apps) om hun gezondheid of leefstijl in kaart te brengen of als ondersteuning bij een ziekte. Een app is een medisch hulpmiddel wanneer deze door een fabrikant is ontwikkeld om een diagnose te stellen, ziekten of gebreken te voorkomen of te behandelen. De fabrikant van zo'n app is verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid ervan; het toezicht ligt bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

In alle zorgsectoren worden apps gebruikt. Sommigen ondersteunen de bedrijfsvoering, sommigen worden gebruikt om te communiceren, anderen spelen een directe rol in de zorglevering. Af-

hankelijk van wat de app doet of waar deze wordt gebruikt, valt deze onder verschillende regels. Dit is van invloed op hoe de app bekostigd of gedeclareerd kan worden.

Digitale zorgtoepassingen ondersteunen met name de primaire zorgverlening aan de patiënt. Een digitale toepassing is op zichzelf meestal geen zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Voor dit soort toepassingen kunnen we dus geen zorgprestatie vaststellen. Kosten die gemaakt worden voor digitale zorgtoepassingen kunnen in de regel niet los gedeclareerd worden door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraars naast de zorgprestaties voor de geleverde zorg. Deze kosten moeten worden terugverdiend door de zorgaanbieder als onderdeel van de tarieven voor de geleverde zorg. Daarnaast kan digitale zorg(transformatie) ook onderdeel zijn van het versterken van regionale en lokale samenwerking. Dit kan worden meegenomen in de aanvraag van een impactvolle transformaties die bijdraagt aan de IZA-doelen.

Voor digitale zorg in de vorm van een ICT-applicatie of gezondheidsapp die losstaat van een geneeskundige behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt of cliënt kunnen we ook geen zorgprestatie vaststellen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de [ondersteuning van mantelzorgers](#) die de mogelijkheden van digitale zorgtoepassingen willen benutten. Consumentenapps om bijvoorbeeld fitheid te meten vallen (meestal) niet onder verzekerde zorg.

Wanneer is een app een medisch hulpmiddel?

Software, zoals een app, kan ook een medisch hulpmiddel zijn als de fabrikant het gemaakt heeft om therapeutisch of diagnostisch te gebruiken. Als software nodig is voor de goede werking van een medisch hulpmiddel, is de software zelf ook een medisch hulpmiddel (hierna: een medische app). Bijvoorbeeld een app voor thuismonitoring van patiënten met hartfalen. Bij het bepalen of iets een medisch hulpmiddel is, maakt het niet uit waar de patiënt, cliënt of zorgaanbieder het hulpmiddel gebruikt. De wet op de Medische Hulpmiddelen heeft een brede definitie van [medische hulpmiddelen](#). Medische hulpmiddelen zijn producten die gebruikt worden bij het voorkomen, het diagnosticeren, de behandeling en de ondersteuning van een ziekte of beperking/handicap. Door deze brede definitie zijn zaken als hoortoestellen, operatiematerialen en bloeddrukmeters allemaal medische hulpmiddelen.

Het is belangrijk dat een patiënt of cliënt of burger de juiste zorg krijgt. Omdat zorgprestaties veelal functioneel omschreven worden, staat doorgaans omschreven welk soort zorg geleverd moet worden, niet hoe de geleverd moet worden. Als een medisch hulpmiddel gebruikt wordt als onderdeel van zorglevering, staat in onze regelgeving vaak geen bepaling of dat een medische hulpmiddel *digitaal of analoog* moet zijn. Dat betekent dat als een medische app een functie vervult die eerder analoog werd vervuld, deze op dezelfde manier vergoed en betaald kan worden.

Voor alle zorg, dus ook die door medische apps geleverd of ondersteund wordt, geldt voor alle sectoren dat deze moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk om gedeclareerd te mogen worden. Als een medische app voldoet aan de stand van wetenschap en de praktijk, geldt dat dit hulpmiddel op dezelfde manier gefinancierd wordt als de eerder bestaande zorglevering. Wanneer deze norm niet van toepassing is, kan er sprake zijn van eenzelfde financiering wanneer het medisch hulpmiddel in het vakgebied wordt gezien als effectieve en veilige zorg volgens het [Besluit zorgverzekering](#).

Met zorg bedoelen we hier specifiek geneeskundige zorg zoals beschreven in het [besluit zorgverzekering](#) en zorg zoals beschreven in [artikel 3.1 van de wet langdurige zorg](#). Dit omvat onder andere zorg zoals huisartsen en medisch-specialisten die plegen te bieden, en zorg als onderdeel van verblijf in een Wlz-instelling.

Hoe wordt een medische app bekostigd?

Als een medisch hulpmiddel gebruikt wordt als onderdeel van zorglevering, staat in onze regelgeving vaak geen bepaling of dat een medische hulpmiddel *digitaal of analoog* moet zijn. Dat betekent dat als een medische app een functie vervult die eerder analoog werd vervuld, deze op dezelfde manier vergoed en betaald kan worden. Het is belangrijk dat een patiënt of cliënt of burger de juiste zorg krijgt. Omdat

zorgprestaties veelal functioneel omschreven worden, staat doorgaans omschreven welk soort zorg geleverd moet worden, niet hoe de geleverd moet worden.

Voor alle zorg, dus ook die door medische apps geleverd of ondersteund wordt, geldt voor alle sectoren dat deze moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk om gedeclareerd te mogen worden. Als een medische app voldoet aan de stand van wetenschap en de praktijk, geldt dat dit hulpmiddel op dezelfde manier gefinancierd wordt als de eerder bestaande zorglevering. Wanneer deze norm niet van toepassing is, kan er sprake zijn van eenzelfde financiering wanneer het medisch hulpmiddel in het vakgebied wordt gezien als effectieve en veilige zorg volgens het [Besluit zorgverzekering](#).

Met zorg bedoelen we hier specifiek geneeskundige zorg zoals beschreven in het [besluit zorgverzekering](#) en zorg zoals beschreven in [artikel 3.1 van de wet langdurige zorg](#). Dit omvat onder andere zorg zoals huisartsen en medisch-specialisten die plegen te bieden, en zorg als onderdeel van verblijf in een Wlz-instelling.

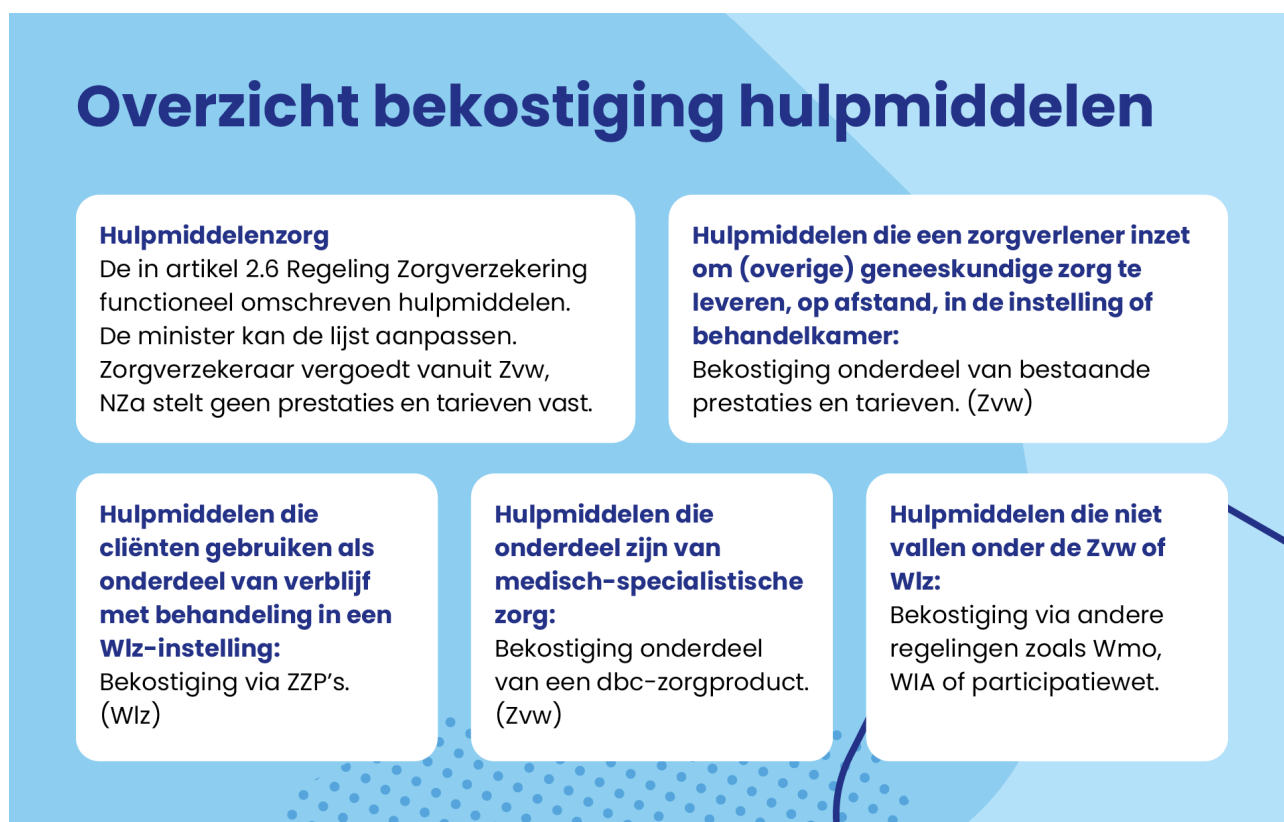
Wat valt er onder hulpmiddelenzorg?

Hulpmiddelen die onder de functionele beschrijvingen in [artikel 2.6 van de regeling zorgverzekering](#) vallen, omvatten bijvoorbeeld een hoortoestel of een digitale glucosemeter. Deze digitale glucosemeter maakt het mogelijk om bloedsuikerwaarden snel en accuraat te meten zonder dat hiervoor een vingerprik nodig is. De sensor op de bovenarm van de gebruiker zorgt ervoor dat de waarden kunnen worden afgelezen in een app op een smartphone of via een speciale reader. Daarnaast kunnen deze waarden ook direct worden teruggekoppeld aan de praktijk van de behandelend arts.

De vergoeding van de hulpmiddelenzorg in dit artikel kan door de minister van Volksgezondheid worden gewijzigd. De NZa stelt voor deze groep hulpmiddelen geen zorgprestaties of tarieven vast.

Overzicht bekostiging

Het overzicht biedt een eerste handvat bij het bepalen van welke bekostiging van toepassing kan zijn voor een (digitaal ondersteund) hulpmiddel.



Hoe zit het met de nodige landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling?

VWS heeft geld beschikbaar gesteld om gegevensuitwisseling te bevorderen. Er wordt het komende jaar verder gewerkt aan de ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk. Daarbinnen gaat Stichting CumuluZ Zorgdata met subsidie van VWS werken aan de ontwikkeling van de data-infrastructuur, implementatiediensten en beheer. Op basis van use-cases worden bestaande bouwblokken hergebruikt of nieuwe bouwblokken ontwikkeld om te komen tot data-ontsluiting, dataconformiteit en data-integratie. Dit alles binnen de kaders van de European Health Data Space (EHDS) die dit jaar in werking is getreden en de Wet Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (Wegiz) die met de EHDS in lijn dient te worden gebracht.

Deze ontwikkelingen moeten bijdragen aan databeschikbaarheid en daarmee aan het verminderen van werkdruk op zorgprofessionals en kwaliteit en toegankelijkheid van zorg bevorderen.

Houdt de NZa rekening met nieuwe ontwikkelingen in de tarieven?

In de zorgsectoren waarin we de tarieven vaststellen (dat gedeelte van de zorg waar geen vrije tarieven gelden) nemen we de kosten van digitale zorgtoepassingen zoveel mogelijk mee in de hoogte van het tarief.

Als NZa voeren we periodiek kostenonderzoeken uit in deze zorgsectoren, waarbij integraal alle kosten van zorgaanbieders in kaart worden gebracht. Bij dit proces van tariefherijkingen worden steeds de laatste ontwikkelingen meegenomen in de nieuw vast te stellen tarieven voor de zorg. Hierbij geldt in het algemeen dat kosten in de loop van de tijd kunnen veranderen en lokaal of per zorgaanbieder sterk kunnen verschillen. Soms worden de kosten op normatieve basis vastgesteld.

We beoordelen steeds per geval of een nieuwe zorgactiviteit of nieuwe toepassing daadwerkelijk bij zorg hoort die valt onder de Zvw of Wlz. We consulteren hierbij steeds de relevante veldpartijen over nut en noodzaak van de nieuwe prestaties en tarieven.

Waarmee moet ik nog meer rekening houden?

U moet rekening houden met wettelijke kaders die ook gelden voor de reguliere zorg. Belangrijke wettelijke kaders zijn de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). De Wkkgz omschrijft normen voor het aanbieden van goede zorg die van goede kwaliteit en van goed niveau moeten zijn. Per zorgvraag en situatie moet hieraan invulling worden gegeven door de zorgaanbieder. De WGBO regelt de rechten en plichten van de patiënt.

De zorgaanbieder is bij al haar contacten met patiënten verplicht om 'de zorg van een goed hulpverlener' in acht te nemen. Dit criterium verwijst naar professionele normen, richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep en door de inspectie en de tuchtrechter ontwikkelde kaders. Dit criterium van 'goed hulpverlenerschap' is niet anders bij de inzet van digitale zorg door de zorgaanbieder.

In het bijzonder wordt verwezen naar de [KMNG-richtlijn Omgaan met medische gegevens](#). Hierin zijn richtlijnen opgenomen over digitaal contact tussen zorgaanbieders en patiënten en tussen zorgaanbieders onderling. Deze vermelden dat zorgvuldigheid is geboden bij digitaal contact, onder andere omdat fysiek onderzoek niet mogelijk is en de veiligheid van de uitgewisselde informatie van belang is. Als er geen bestaande behandelrelatie met de patiënt is, kan online contact slechts plaatsvinden als de daaraan verbonden risico's geminimaliseerd zijn en als dat contact de patiënt ten goede komt.

Voor het voorschrijven van medicijnen geldt bovendien de [Geneesmiddelenwet](#). Wij adviseren voor het digitaal voorschrijven van medicijnen door een arts de meest actuele richtlijnen daarover te raadplegen.

Kan een behandelrelatie ook tot stand komen met digitale zorg?

De behandelrelatie kan ook tot stand komen via een digitale route. Bijvoorbeeld wanneer tijdens beeldbellen een diagnose kan worden gesteld of als een medisch beleid bepaald en geleverd wordt. Een geneeskundige behandelovereenkomst is wettelijk vereist om zorg te mogen declareren. De zorgaanbieder die de (digitale) zorg wil declareren, moet wel daadwerkelijk bij de behandeling betrokken zijn geweest.

2 Bekostigen digitale zorg per zorgsector

2.1 Huisartsenzorg



Het maakt niet uit of een consult digitaal, telefonisch of fysiek plaatsvindt omdat de zorgprestaties algemeen omschreven zijn. Alleen de duur van het consult maakt uit: kort, normaal of lang. Dit geldt voor een consult bij de huisarts en de praktijkondersteuner (poh-ggz).

De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten en een aantal prestaties dat buiten de segmenten valt.

- Segment 1 bevat prestaties met een maximumtarief om de basiszorg van de huisarts te bekostigen. Zo zijn er zorgprestaties voor consulten met de huisarts of poh-ggz. Ook is er een vast inschrijftarief per patiënt voor de financiering van overheadkosten.
- Segment 2 is bedoeld voor de bekostiging voor een specifieke groep chronisch zieken. Het bevat bijvoorbeeld zorgprestaties met een vrij tarief om ketenzorg voor diabetes mellitus type 2, vasculair risicomanagement en COPD te bekostigen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afspreken om zorg voor deze aandoeningen met één prestatie en één tarief in rekening te brengen, maar dat hoeft niet. Zij zijn hiertoe niet verplicht en kunnen de zorgverlening ook met de zorgprestaties van segment 1 in rekening brengen. Het is daarnaast mogelijk om zonder contract een maximumtarief in rekening te brengen voor de meest voorkomende ketenzorgprestaties.
- Met segment 3 kunnen (gezondheids)uitkomsten en vernieuwing van zorg geleverd in segment 1 en 2 worden beloond. De huisarts kan zorgprestaties in dit segment alleen in rekening brengen als hij/zij hierover een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar. In deze overeenkomst kunnen ook voorwaarden staan over de invulling van deze zorgprestatie. De prestaties in dit segment hebben een vrij tarief.
- Overig: tot slot valt een aantal losse zorgprestaties buiten de segmenten.

Bekostigen digitale zorg

In ieder segment zijn mogelijkheden voor het bekostigen van digitale zorg.

Segment 1: Het inschrijftarief kan worden ingezet om de website te onderhouden en een online afsprakenplanner te financieren. Ook kan men in dit segment consulten op afstand declareren als reguliere consulten. In de opslag op het inschrijftarief voor inzet van poh-ggz valt onder andere de vergoeding voor begeleiding van zelfmanagementprogramma's door de poh-ggz die de huisartsenpraktijk via een vorm van e-health aanbiedt. Hierover kunnen eventueel nog aanvullende afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar.

Als een consult op afstand zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met een consult in de spreekkamer, mag men een vorm van consult declareren. Bij bijvoorbeeld uitgebreider e-mailcontact kan men dus een declaratietitel kort consult, consult of lang consult declareren bij de zorgverzekeraar. Het gebruikte communicatiemiddel tussen huisarts en patiënt (face-to-face, telefoon, e-mail, persoonlijke gezondheidsomgeving etc.) doet er niet toe. De poh-ggz die consulten heeft met de patiënt kan vergelijkbare prestaties declareren als de huisarts. Ook voor de poh-ggz geldt dat het communicatiemiddel met de patiënt (digitaal of niet) er niet meer toe doet. Uit [onderzoek van het Nivel](#) is gebleken dat de afgelopen jaren het gebruik van het consult op afstand sterk is toegenomen, zodanig dat bijna elke huisartsenpraktijk hier (regelmatig) gebruik van maakt.

Kortom, het maakt niet uit of een consult digitaal, telefonisch of fysiek plaatsvindt omdat de zorgprestaties algemeen omschreven zijn. Alleen de duur van het consult maakt uit: kort, normaal of lang. Dit geldt voor een consult bij de huisarts en voor een consult bij de poh-ggz.

Segment 2: Met dit segment wordt zorg rondom een specifieke groep chronisch zieken bekostigd. De ketenprestaties zijn algemeen beschreven. Hierdoor kunnen zorgaanbieders onderdelen van de ketenzorg op afstand leveren, of zelfmanagementprogramma's inzetten. Deze toepassingen van digitale zorg kunnen vergoed worden met het afgesproken tarief voor de integrale ketenprestatie (of indien van toepassing het maximumtarief).

Segment 3: In dit segment kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken maken om toepassingen van digitale zorg te bekostigen die volgens hen van waarde zijn voor de patiënt. Zo kunnen zij via de prestatie 'Zorgvernieuwing e-health' afspraken maken over de vergoeding van of beloning voor inzet van digitale zorg binnen de geboden zorgverlening. Dit geldt voor:

- digitale instrumenten voor zelfmanagement door de patiënt;
- digitale behandelvormen.

Via de prestatie 'Resultaatbeloning service en bereikbaarheid' kunnen huisartsen met verzekeraars afspraken maken over beloning van zorgkwaliteit en/of kosten door een verbetering in service en bereikbaarheid. Hieronder vallen afspraken over mogelijkheden voor patiënten om digitaal afspraken te maken met de huisartspraktijk, digitaal herhaalrecepten aan te vragen of volledige telefonische bereikbaarheid.

Regionale schaarste huisartsen

In verschillende regio's in Nederland heerst een tekort aan huisartsenpersoneel om de huidige zorgvraag te beantwoorden. Een van de gevolgen hiervan is dat het voor sommige mensen in Nederland niet mogelijk is om zich in te schrijven bij een huisartsenpraktijk in de buurt. In een aantal regio's wordt dit opgelost door de inwoners digitale consulten aan te bieden bij een huisarts uit een regio waar voldoende capaciteit is. Voor sommige vragen is een fysiek bezoek aan de praktijk vereist. Ook bij een (grotendeels) digitaal georganiseerde huisarts moet dit dus altijd mogelijk zijn. Op deze manier kan digitale zorg er voor zorgen dat de basiszorg voor iedereen toegankelijk blijft, ook bij tekorten.

Meekijkconsult

Ook kan de huisarts de prestatie 'Meekijkconsult' gebruiken. Dit consult is bedoeld om expertise van andere zorgverleners, zoals medisch specialisten of andere experts, in te roepen om behandelbeleid te bepalen. In dit consult is gelijktijdig ook contact met de patiënt, en kan zowel face-to-face als op afstand plaatsvinden. Het doel van de raadpleging is om verwijzing te voorkomen of, als dat nodig is, doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft bij het invoeren van deze expertise de hoofdbehandelaar.

Meedenkadvies

Het meedenkadvies is een nieuwe uniforme, landelijke zorgprestatie vanaf 1 januari 2026 voor de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg (msz). Het is een schriftelijke adviesaanvraag van de huisarts aan een medisch specialist, met als doel onnodige verwijzingen van de huisarts naar de tweede of derde lijn te voorkomen. Met het advies kan de patiënt in de eerste lijn behandeld blijven worden. Bij het meedenkadvies vindt er geen contact plaats tussen patiënt en medisch specialist. Samen met de FMS, LHV, InEen, NVZ, NFU en ZN is een [handreiking opgesteld](#) waar alle details rondom deze zorgprestatie zijn uitgewerkt.

Huisartsenposten: (triage)consult ook mogelijk op afstand

Binnen de ANW-zorg is onderscheid te maken tussen het eerste contact (de triage) en het mogelijke vervolg (consult of visite). Bij de triage wordt de zorgvraag geïnventariseerd en wordt bepaald of verder onderzoek middels een consult of visite noodzakelijk is. Voor het mogen declareren van de triage is het van belang dat de triage leidt tot een zorgadvies aan de patiënt. De wijze waarop triage plaatsvindt (via een speciale app, de telefoon of fysiek) is daarbij niet van belang. Ook het reguliere consult kan fysiek op de huisartsenpost, telefonisch en in digitale vorm (via bijvoorbeeld beeldbellen) plaatsvinden. De zorgprestaties zijn namelijk algemeen omschreven waardoor de wijze waarop de levering van zorg plaatsvindt niet uitmaakt.

Extra ruimte voor digitale zorg

- Deels vrije tarieven
- Veel maatwerkafspraken mogelijk in segment 3
- Ruime prestatiebeschrijvingen in segment 1 en 2
- Specifieke prestaties zoals 'Zorgvernieuwing e-health'

Goede voorbeelden

- [LHV: Advies over inzet beeldbellen en videoconsult](#)
- [Onderzoek digitaal ondersteunde huisartsenzorg: wat werkt?](#)
- [Digitale triage voor het ontzorgen van huisartsen](#)

2.2 Medisch-specialistische zorg



Per 2023 is de zorgprestatie *Telemonitoring* (039133) omgezet van een registratieve zorgactiviteit naar een overig zorgproduct (ozp) met een maximumtarief dat separaat geregistreerd en gedeclareerd kan worden.

De bekostiging van medisch-specialistische zorg gebeurt met dbc-zorgproducten en overige zorgproducten. De registratie van een diagnose en zorgactiviteiten binnen een vastgestelde periode leidt tot een dbc-zorgproduct. De zorgaanbieder brengt dit in rekening bij de zorgverzekeraar of patiënt. Afhankelijk van de kosten en inhoud van het zorgtraject zijn er verschillende dbc-zorgproducten. Deze producten weerspiegelen een gemiddeld zorgtraject. Zorg die vergelijkbaar is qua prijs en zorginhoud resulteert dan in hetzelfde dbc-zorgproduct, ook als de zorgactiviteiten niet identiek zijn.

Soms is het ook mogelijk om zorgactiviteiten los te bekostigen met een overig zorgproduct. Een voorbeeld zijn ic-dagen omdat de hoge kosten van deze zorg een vertekend beeld geven van de kosten van het zorgproduct waar deze bij hoorden.

De meeste dbc-zorgproducten (circa 70%) hebben een vrij tarief. Voor de overige 30% gelden geregleerde maximumtarieven (of hogere max-maxtarieven).

Bekostigen digitale zorg

Zorgactiviteiten beschrijven een medische handeling en mogen dus ook geregistreerd worden indien deze zorg op afstand heeft plaatsgevonden. Zorgactiviteiten zijn namelijk vorm- en locatieonafhankelijk, tenzij dit in de regelgeving of zorgactiviteitenomschrijving beperkt wordt.

Vaak staan in de regels geen nadere voorwaarden. Over het algemeen geldt dus dat een zorgactiviteit geregistreerd mag worden als deze op afstand is uitgevoerd, mits in de omschrijving geen face-to-face contact wordt vereist.

Voor een aantal toepassingen van digitale zorg gelden in overleg met veldpartijen wel specifieke zorgactiviteiten. Het gaan dan om de volgende toepassingen.

Meedenkadvies

Het meedenkadvies is een nieuwe uniforme, landelijke zorgprestatie vanaf 1 januari 2026 voor de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg (msz). Het is een schriftelijke adviesaanvraag van de

huisarts aan een medisch specialist, met als doel onnodige verwijzingen van de huisarts naar de tweede of derde lijn te voorkomen. Met het advies kan de patiënt in de eerste lijn behandeld blijven worden. Bij het meedenkadvies vindt er geen contact plaats tussen patiënt en medisch specialist. Samen met de FMS, LHV, InEen, NVZ, NFU en ZN is een [handreiking opgesteld](#) waar alle details rondom deze zorgprestatie zijn uitgewerkt.

Telemonitoring

Per 2023 is zorgprestatie [telemonitoring](#) (039133) omgezet naar een overig zorgproduct (add-on overig) met een maximumtarief.

De prestatie telemonitoring (039133) kan maximaal één keer per 120 dagen gedeclareerd worden, en declaratie vindt plaats zolang de patiënt gebruik maakt van telemonitoring. Ook wanneer er gedurende die 120 dagen tijdsintervallen zijn waarbinnen geen meting plaatsvindt, wordt de prestatie gedeclareerd.

Als bij een patiënt met meerdere (chronische) aandoeningen tegelijkertijd meerdere vormen van telemonitoring wordt gebruikt, kan dit per aandoening worden geregistreerd en gedeclareerd, mits het gaat om verschillende parameters en/of meetwaarden bij verschillende medisch specialismen.

Met deze prestatie kunnen kosten voor software, hardware en de inzet van medisch professionals worden bekostigd. Het maximumtarief is hetzelfde voor alle aandoeningen en soorten patiënten. Meer informatie is te vinden in de [documenten van deze dbc-release](#).

Om deze zorgprestatie tot stand te laten komen, heeft veel overleg met veldpartijen plaatsgevonden. In dat proces zijn zorgvuldige afwegingen gemaakt welke registratie- en declaratiebepalingen gelden. Tegelijk is afgesproken welke zorginhoudelijke afspraken en gedetailleerde uitwerking in de door partijen opgestelde [Handreiking Telemonitoring](#) komt te staan.

Veldpartijen bepalen gezamenlijk voor welke zorgpaden en voor welke aandoeningen telemonitoring ingezet mag worden, de NZa heeft hier geen oordeel over. Veel antwoorden op vragen over de inzet binnen zorgpaden en welke aandoeningen zich goed lenen voor de inzet van telemonitoring zijn ook terug te vinden in de [Handreiking Telemonitoring](#).

Consulten op afstand

Voor een eerste consult op afstand kan de zorgaanbieder de zorgactiviteit voor een screen-to-screen consult (190165), belconsult (190164) of schriftelijke consultatie (190167) registreren. Voor een herhaalconsult op afstand kan de zorgaanbieder een van deze zorgactiviteiten voor screen-to-screen consult (190166), belconsult (190162) of schriftelijke consultatie (190163) registreren.

Voorwaarde is wel dat het consult op afstand zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening tijdens een regulier polikliniekbezoek.

Intercollegiaal consult en medebehandeling

Sinds 2022 is het *structureel* toegestaan om, wanneer de situatie daar om vraagt, de zorgactiviteiten voor het intercollegiaal consult (190009) en medebehandeling (190017) te declareren als deze op afstand worden gegeven. Beoordeling van iedere situatie wordt gedaan door de medisch specialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Elektronische berichten met patiënt

In het algemeen geldt dat een zorgactiviteit pas geregistreerd mag worden als deze volledig is uitgevoerd en deze voldoet aan de omschrijving. Voor een schriftelijke consultatie betekent dit dat deze zorgactiviteit pas geregistreerd kan worden na het laatste contact van de consultatie. De verschillende (elektronische) berichten waar het schriftelijk consult uit bestaat maken samen de zorgactiviteit, en is dus bij het laatste bericht pas compleet uitgevoerd. Als een arts verspreid over meerdere dagen meerdere berichten stuurt

naar een patiënt (en bijv. vrijdag is het laatste, afsluitende bericht), kunnen deze berichten samen op vrijdag als één schriftelijke consultatie worden geregistreerd.

Medisch-specialistische zorg in de thuissituatie

Steeds vaker is het mogelijk om medisch-specialistische zorg bij patiënten thuis te leveren. Dit is een goed voorbeeld van passende zorg; zorg zoveel mogelijk dichtbij de patiënt leveren en alleen in het ziekenhuis als het moet. Vandaar dat de meeste zorgactiviteiten ook locatie-onafhankelijk zijn omschreven. Voor patiënten is het fijn als zij niet steeds op en neer naar het ziekenhuis moeten. Ook kan deze ontwikkeling helpen de zorg betaalbaar te houden. Hierdoor is er een zorgprestatie (190228) die de declaratie van klinische zorg in de thuissituatie mogelijk maakt. Zo worden er sinds enkele jaren patiënten met hartfalen succesvol in de thuissituatie behandeld, waardoor deze groep niet naar een zorginstelling hoeft voor behandeling. Deze zorgactiviteit wordt enkel geregistreerd indien er sprake is van een consult dat minimaal twee keer de standaard consulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is. Hiervoor geldt een contractvereiste met de zorgverzekeraar.

Beoordelen van diagnostiek op verzoek van de huisarts

Een medisch specialist kan op verzoek van de huisarts diagnostiek beoordelen. Dit gebeurt meestal via digitale uitwisseling van gegevens. Een medisch specialist kan bijvoorbeeld een dermatologische klacht, een ECG, holteronderzoek, inspanningsonderzoek, of longfunctieonderzoek beoordelen. Hiervoor kunnen de zorgprestaties voor eerstelijnsdiagnostiek gedeclareerd worden. Voor deze prestaties gelden vrije tarieven.

Onderlinge dienstverlening

Om de samenwerking tussen zorgaanbieders niet in de weg te staan, kan onderlinge dienstverlening ook plaatsvinden tussen zorgaanbieders uit de eerste lijn en zorgaanbieders uit de tweede lijn. Ook dit is passende zorg: zorg in de eerste lijn als het kan en alleen in de tweede lijn als het moet.

Facultatieve prestatie

Sinds 2021 is er binnen de medisch specialistische zorg een aanvullende mogelijkheid voor bekostiging ingevoerd die kansen biedt voor het anders organiseren van zorg, bijvoorbeeld met digitale zorg: de facultatieve prestatie. Binnen deze prestatie kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over lokale of regionale zorgvormen die lastig te bekostigen zijn met de reguliere dbc's. Over de facultatieve prestatie is september 2022 [een informatiekaart](#) gemaakt met meer informatie.

Extra ruimte voor digitale zorg

- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Grotendeels vrije tarieven
- Max-max tarieven
- Facultatieve prestatie
- Speciale zorgactiviteiten voor digitale zorg
- Transformatiegelden beschikbaar

Goede voorbeelden

- [Vliegwiël-coalitie: praktische voorbeelden, handreikingen en tools telebegeleiding](#)
- [Canisius Wilhelmina Ziekenhuis: telemonitoren bij 20+ zorgpaden](#)
- [Zorg bij Jou: samenwerking tussen ziekenhuizen voor thuismonitoring](#)
- [Minder ziekenhuisopnames en minder polikliniekbezoeken bij chronische darmpatiënten](#)
- [Implementatiekaart telebegeleiding hartfalen](#)

2.3 Paramedische zorg



Paramedische zorgprestaties (veelal zittingen) zijn algemeen omschreven. Om deze te kunnen declareren maakt het dus niet uit of de zorg digitaal, telefonisch of fysiek plaatsvindt, mits de zorg voldoet aan de wet- en regelgeving en richtlijnen voor goede zorg. Dit biedt zorgaanbieders en –verzekeraars ruimte om keuzes en afspraken te maken over de inzet van digitale zorg.

Onder paramedische zorg vallen de sectoren fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. De eerste drie sectoren kennen prestaties per patiëntcontact waarbij een bedrag per prestatie (zoals een zitting) wordt gedeclareerd. Bij ergotherapie en diëtetiek worden deze in tijdseenheden per vijftien minuten gedeclareerd. Alle prestaties in de paramedische sectoren kennen een vrij tarief en zijn veelal ruim omschreven. Zo kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf verder invulling geven aan hun afspraken in die sector.

Bekostigen digitale zorg

- Binnen bestaande zorgprestaties mogen zorgaanbieders het zorgproces veranderen door bijvoorbeeld digitale zorg in plaats van een behandeling in de praktijkruimte aan te bieden. Door de ruim omschreven zorgprestaties, zoals de algemene prestatie 'zitting', is het mogelijk om digitale zorg te declareren. In het geval dat (de voorwaarden van) een prestatiebeschrijving de declaratie van een andere manier van zorgverlening belemmert, kunnen in sommige gevallen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen een facultatieve prestatie aanvragen.

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) heeft een [leidraad voor het gebruik van zorg op afstand](#). Hierin staan verschillende richtlijnen opgenomen voor het wel of niet toepassen van digitale zorg binnen een behandeling. Ook wordt er besproken welke vormen van digitale zorg toegepast kunnen worden binnen de fysiotherapie, en wat er gedaan kan worden om een goede patiënt-therapeutrelatie te hebben. Voorwaarde voor het declareren van digitale zorg is altijd dat de zorg op afstand inhoudelijk vergelijkbaar is met de reguliere zorgverlening.

Kosten die zorgaanbieders maken voor digitale zorgtoepassingen mogen niet afzonderlijk in rekening gebracht worden. Deze kosten zijn inbegrepen in de tarieven van de zorgprestaties.

Extra ruimte voor digitale zorg

- Vrije tarieven
- Ruime omschrijvingen zorgprestaties
- Facultatieve prestatie

Goede voorbeelden

- [KNGF-richtlijn Zorg op Afstand](#)
- [Digitale gegevensuitwisseling binnen de paramedie](#)

2.4 Geboortezorg



Het verschilt per discipline van geboortezorg hoe de zorgprestaties omschreven zijn. De begeleiding van de zwangerschap of postnatale zorg kunnen (gedeeltelijk) digitaal worden geleverd. Door de algemene omschrijvingen van prestaties kunnen deze dus fysiek of digitaal worden geleverd.

Geboortezorg is de zorg voor moeder en kind rondom de zwangerschap en geboorte. Dit kan op twee manieren bekostigd worden.

- Integrale bekostiging, bedoeld om samenwerking van zorgaanbieders in de geboortezorg makkelijker te maken en kwaliteit van zorg te verhogen. Deze integrale prestaties hebben een vrij tarief waarover zorgaanbieders en zorgverzekeraar afspraken maken.
- Monodisciplinaire bekostiging: prestaties die specifiek gelden voor de verloskundige zorg, kraamzorg of gynaecologische zorg.

Verloskunde

Zorgprestaties in de verloskundige zorg omvatten soms een individuele handeling en soms een periode in de zwangerschap, de bevalling of de kraamperiode, zoals volledige prenatale zorg en natale verloskundige zorg. Ook zijn er zorgprestaties voor de volledige verloskundige zorg van een zwangere. De prestaties in de verloskundige zorg hebben een maximumtarief.

Bekostiging digitale zorg

Echo's en acute zorg rondom de bevalling kunnen uiteraard alleen gegeven worden als de cliënt fysiek aanwezig is. De [begeleiding van de zwangerschap](#) of de begeleiding van de postnatale zorg kan tot op zekere hoogte wel digitaal geleverd worden. In de meeste gevallen staat in deze [zorgprestaties](#) van verloskunde en gynaecologie dan ook niet beschreven hoe de zorg geleverd moet worden. Hetzelfde geldt voor de breed omschreven integrale prestaties. Dat betekent dat de zorg ook digitaal geleverd mag worden, wanneer dat mogelijk is. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld digitale consulten georganiseerd worden.

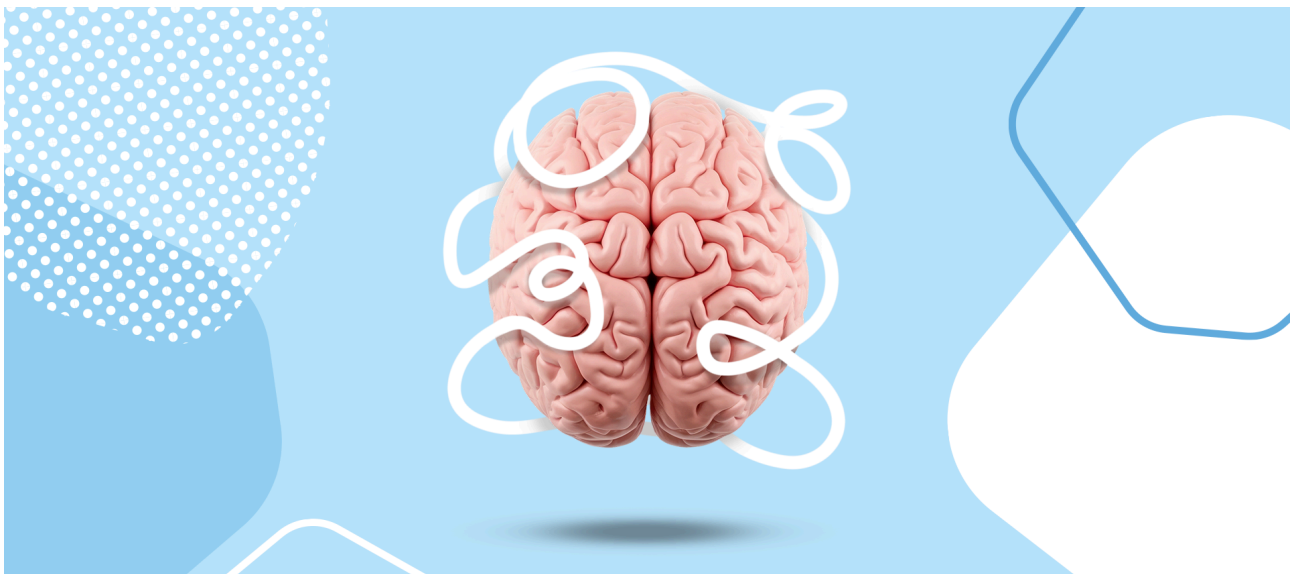
Extra ruimte voor digitale zorg

- Vrije tarieven en ruime omschrijvingen voor integrale bekostiging
- Vrije tarieven voor gynaecologie en max-max tarieven voor eerstelijns verloskunde
- Aanvullende tariefruimte via de toeslagprestatie
- Ruime omschrijvingen verschillende zorgprestaties bij verloskunde

Goede voorbeelden

- [Thuismonitoring bij zwangerschap](#)
- [Digitale kraamzorg ter vervanging van fysieke kraamzorg](#)

2.5 GGZ en forensische zorg



De ggz en forensische zorg kennen algemeen omschreven zorgprestaties, wat betekent dat de manier waarop zorg wordt geleverd niet is voorgeschreven. Dit betekent dat de zorg zowel fysiek als digitaal geleverd kan worden. Het wordt hiermee mogelijk gemaakt om op vele manieren digitale zorg aan te bieden, mits het tarief onder het maximumtarief blijft.

Binnen de ggz en forensische zorg wordt geen onderscheid gemaakt tussen fysieke of digitale consulten. Dit betekent dat het mogelijk is om op veel manieren digitale zorg aan te bieden. Het tarief moet hierbij onder het maximumtarief blijven. In afspraak met de zorgverzekeraar kan een zorgverlener ook gebruik maken van het hogere max-maxtarief.

Asynchrone digitale zorg

Ook e-mail of chatcontact is te declareren binnen het Zorgprestatie­model. Dit noemen we asynchrone digitale zorg. De zorgaanbieder registreert per patiënt één consult per dag op basis van de totale tijd besteed aan het contact met de patiënt op verschillende momenten van die dag. Deze totale tijd op een dag mag dus onderbroken zijn.

Facultatieve of innovatieve prestatie

Naast het bekostigen van digitale zorg binnen de reguliere prestaties, is het mogelijk voor een zorgaanbieder en zorgverzekeraar om samen een facultatieve of innovatieve prestatie aan te vragen als de zorg niet past binnen de bestaande prestatie­structuur. Voorbeelden van digitale zorg waarvoor nu facultatieve prestaties zijn goedgekeurd, zijn Superbrains en Goalie. Dit zijn apps binnen de behandeltraject worden ingezet.

Extra ruimte voor digitale zorg

- Max-max tarieven
- Ruime omschrijvingen zorgprestaties
- Facultatieve prestatie

Goede voorbeelden

- [Super brains, een digitaal platform voor mensen met AD\(H\)D](#)
- [Online zoeken en vergelijken van behandel­mogelijkheden](#)
- [Online therapie wordt vergoed](#)

2.6 Langdurige zorg



Wonend in een zorginstelling of (geclusterd) thuiswonend: Het (dag)tarief behorende bij een zorg­zwaartepakket (zzp) of volledig pakket thuis (vpt) kan je naar eigen inzicht besteden, dus ook aan digitale zorg.

Thuiszorg: telefonisch of digitaal contact mag je ook als direct contact declareren, hierbij geldt dus hetzelfde uurtarief. Daarnaast mag je per cliënt per maand in totaal maximaal 6,5 uur declareren

voor thuiszorgtechnologie tegen het afgesproken tarief voor verpleging, persoonlijke verzorging of begeleiding. Toezicht op cliënten valt hier ook onder.

Cliënten die verpleging en verzorging nodig hebben kunnen deze zorg thuis krijgen of gaan wonen bij een zorgaanbieder. Deze zorg valt onder de Wlz of (in het geval van wijkverpleging; zie aldaar) de Zvw. Voor de Wlz-zorg heeft een cliënt een indicatie van het CIZ nodig in de vorm van een zorgprofiel.

Wonen in een instelling

Het declareren van Wlz-zorg in een instelling gebeurt op basis van zorgzwaartepakketten (zzp). Een zzp heeft een beleidsregelwaarde per dag. De zorgkantoren en zorgaanbieders komen in de inkoop tot de definitieve prijs (tarief). De langdurige ggz en gehandicaptenzorg kennen eenzelfde bekostigingssystematiek.

Thuiswonend

In de Wlz gebeurt de bekostiging van zorg thuis via het modulair pakket thuis (mpt), het volledig pakket thuis (vpt) of via een persoonsgebonden budget. Voor het mpt en vpt zijn prestaties vastgesteld met beleidsregelwaardes per uur, per dagdeel of per dag.

Bekostigen digitale zorg

Wonen in een instelling

Zorgaanbieders kunnen het afgesproken dagtarief voor Wlz-zorg in een instelling naar eigen inzicht besteden. Ze kunnen een deel ervan inzetten voor digitale toepassingen voor hun cliënten zoals slimme sensoren die de beweegruimte van cliënten vergroten. Daarnaast kan een instelling met het zorgkantoor afspraken maken over een hoger tarief voor de inzet van digitale zorg. Voorwaarde is wel dat het afgesproken tarief niet hoger is dan de beleidsregelwaarde.

Thuiswonend

In de Wlz kan de zorgaanbieder direct contact met de cliënt in de thuissituatie bekostigen via het uurtarief. Deze prestaties gelden ook voor contacten via beeldscherm en telefonische contacten.

Aanvullende vergoeding voor thuiszorgtechnologie

Deze vergoeding kan gedeclareerd worden bovenop de uren voor (verplaatste) directe contacttijd, waarbij het niet uit maakt welke vorm van thuiszorgtechnologie ingezet wordt. Zorgkantoor en zorgaanbieder bepalen samen welke thuiszorgtechnologie, zowel software als hardware, voor welke cliënt wordt ingezet. De totaal declareerde zorg (inclusief thuiszorgtechnologie) moet wel binnen de Wlz-aanspraak vallen. Een voorbeeld is het inzetten van digitaal toezicht op afstand in de thuissituatie die het langer thuis wonen mogelijk maakt. Ook de kosten van de inzet van een deskundige die met thuiszorgtechnologie op afstand meekijkt, valt onder deze aanvullende vergoedingsmogelijkheid. Ook valt te denken aan kosten zoals:

- Aanschaf/huur, installatie, (preventief) onderhoud en storingsonderhoud van het digitale middel;
- Beschikbaarheid van de achterwachtfunctie;
- Telefonische controles in geval van falen van apparatuur;
- Verwerken van uitgiften en signaleringen;
- Abonnementsgelden.

Per cliënt die door middel van thuiszorgtechnologie zorg ontvangt op basis van een modulair pakket thuis (mpt), kan een instelling in totaal maximaal 6,5 uur per maand declareren tegen maximaal het afgesproken tarief van de prestatie persoonlijke verzorging (H138) of begeleiding (H306) of verpleging (H139). Let op! Dit zijn aparte prestatiecodes voor thuiszorgtechnologie.

Ook kan overeengekomen worden met de zorgaanbieder bijvoorbeeld hardware niet te vergoeden, als een patiënt hier al over beschikt (zoals een mobiele telefoon of tablet). Onder de wettelijke aanspraak van de

Wlz valt ook het toezicht op cliënten. Dit betekent dat de mogelijkheid voor een extra vergoeding ook geldt voor deze zorgactiviteit.

Zorgaanbieders maken gebruik van de ruimte die dag- of uurtarieven bieden om samen met de cliënt passende keuzes te maken voor een goede inzet van middelen. Voor zorg thuis kunnen zorgaanbieders gebruik maken van de prestaties voor thuiszorgtechnologie.

Extra ruimte voor digitale zorg

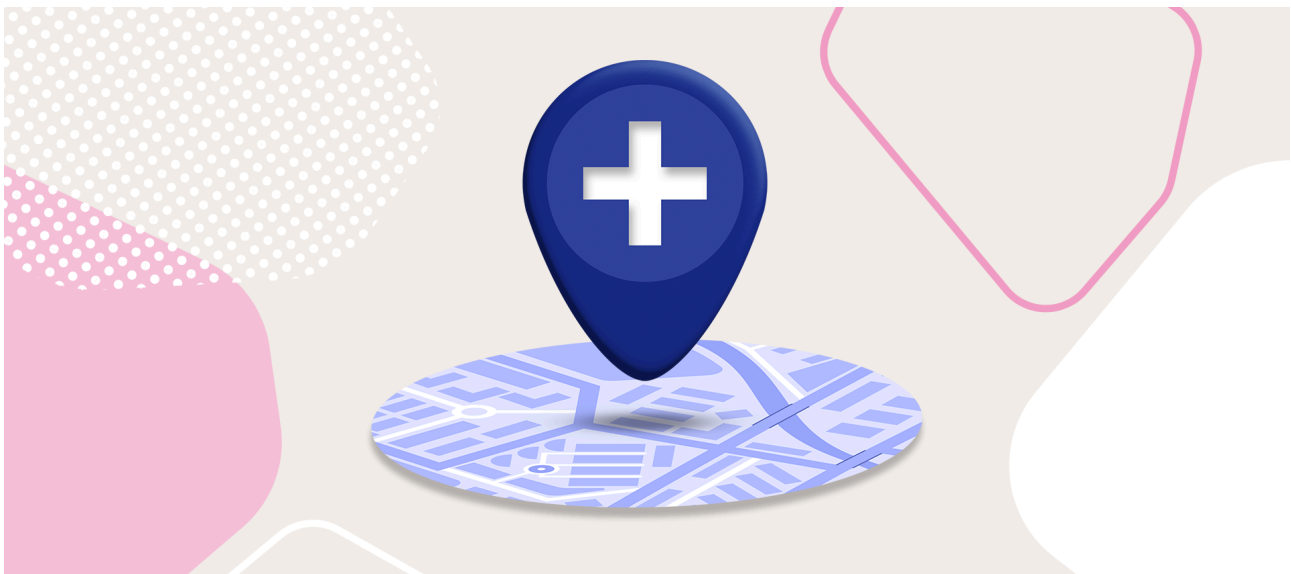
- Aanvullende vergoeding thuiszorgtechnologie
- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Zorg op afstand mogelijk met directe contacttijd

Goede voorbeelden

Kennisorganisatie Vilans heeft een uitgebreide kennisbank digitale zorg opgezet. Hier geven ze van verschillende technologieën informatie over ervaringen met pilots, de opzet van pilots, financieringsmogelijkheden en in welke context toepassingen waardevol zijn.

- [Digitale ondersteuning voor meer dagstructuur](#)
- [Digitale ontmoetingsplek voor ouders en verwanten van kind](#)
- [Heupfractuur bij vallen voorkomen door een heupairbag](#)
- [Met externe leefsirkels vrij bewegen in de buitenlucht](#)

2.7 Wijkverpleging



Directe zorglevering op afstand mag als directe contacttijd gedeclareerd worden, hierbij geldt dus hetzelfde uurtarief. Daarnaast mag je per maand per cliënt maximaal 6,5 uur declareren voor thuiszorgtechnologie tegen het afgesproken tarief voor verpleging en/of persoonlijke verzorging. Hiervoor geldt wel een contractvoorwaarde met de zorgverzekeraar. Begeleiding van en toezicht op cliënten zijn niet van toepassing in de Zvw. Bovendien is er binnen het experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging veel ruimte om afspraken te maken over digitale zorgtoepassingen.

Bekostiging wijkverpleging algemeen

Clënten die verpleging en verzorging nodig hebben kunnen deze zorg in instellingen ontvangen op basis van de Wlz, of thuis op basis van de Wlz of Zvw. Hier gaan wij in op verpleging en verzorging thuis op basis van de Zvw, oftewel de wijkverpleging.

Uitgangspunt: digitale zorg, tenzij

De sector heeft in 2022 definitief het principe 'digitale zorg, tenzij' omarmt voor de wijkverpleging. Technologie wordt ingezet waar het kan tenzij dat (nog) niet kan, bijvoorbeeld vanwege de context van de individuele cliënt die niet in staat is zorg via de digitale weg te ontvangen. Het is aan de wijkverpleegkundige in samenspraak met de cliënt om dit te bepalen of digitale zorg passend is.

Met de regelgeving verpleging en verzorging zorgen we voor financiële prikkels om de toepassing van zorgtechnologie aantrekkelijker te maken en onbedoelde financiële belemmeringen weg te nemen.

Bekostigen digitale zorg

Naast het experiment is het mogelijk om gebruik te maken van de ruimte in de reguliere bekostiging met uurtarieven. Ook deze bekostiging biedt ruimte voor afspraken over inzet van digitale zorg. Zorg via beeldschermcommunicatie of telefonisch maken ook onderdeel uit van het uurtarief voor directe contacttijd met een patiënt.

Aanvullende vergoeding voor thuiszorgtechnologie

De aanvullende vergoeding voor het inzetten van thuiszorgtechnologie is al enkele jaren verruimd. Deze vergoeding kan gedeclareerd worden bovenop de uren voor directe contacttijd. Voor deze aanvullende vergoeding geldt een contractvereiste. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar bepalen samen welke thuiszorgtechnologie, zowel software als hardware, voor welke patiënt wordt ingezet. Een voorbeeld zijn sensoren in de thuissituatie die het langer thuis wonen mogelijk maakt.

De kosten voor de inzet van een deskundige die met thuiszorgtechnologie op afstand meekijkt, vallen ook onder deze aanvullende vergoedingsmogelijkheid. Tevens valt te denken aan kosten zoals:

- Aanschaf/huur, installatie, (preventief) onderhoud en storingsonderhoud van het digitale middel;
- Beschikbaarheid van de achterwachtfunctie;
- Telefonische controles in geval van falen van apparatuur;
- Verwerken van uitgiften en signaleringen;
- Abonnementsgelden.

Per patiënt die door middel van thuiszorgtechnologie zorg ontvangt, kan maximaal 6,5 uur per maand tegen maximaal het afgesproken tarief van verpleging en/of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. Directe contacttijd die nodig is bij thuiszorgtechnologie kan via de reguliere prestaties gedeclareerd worden.

Prestatie 'beloning op maat'

Daarnaast biedt de prestatie 'beloning op maat' ruimte om samen op lokaal niveau afspraken te maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder. Zo kan men bijvoorbeeld een extra beloning afspreken omdat een aanbieder patiënten op afstand monitort. Voordeel van deze prestatie is dat deze een vrij tarief kent. Ook voor deze aanvullende vergoeding geldt een contractvereiste.

Mogelijkheden gebruik contractering via shared savings en shared benefits

In de contractering is het mogelijk om gebruik te maken van afspraken over digitale zorg via shared savings en shared benefits (SS/SB). Met SS/SB afspraken is het mogelijk om digitale zorg in de wijkverpleging te stimuleren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over de inzet van digitale zorg bij cliënten. Hierbij komen de besparing of winsten door de inzet van digitale zorg thuis ten opzichte van de reguliere zorg ter beschikking van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

In de praktijk kan er vervolgzorg (bijvoorbeeld een spoedopname in het ziekenhuis) worden voorkomen door de inzet van digitale zorg in de thuisomgeving. In dit soort gevallen kunnen afspraken het mogelijk maken dat de besparing door het voorkomen van vervolgzorg terugvloeit naar de zorgaanbieder binnen de wijkverpleging. Zo wordt de besparing die zich voordoet bij de zorgverzekeraar in de praktijk gedeeld met de zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor de besparingen. Deze contractinnovatie stimuleert de doelmatigheid binnen de wijkverpleging, omdat bij gelijke patiëntuitkomsten de sector meeprofiteert van de lagere kosten van geleverde zorg.

Besparing in de vorm van beschikbare uren van personeel bij zorgaanbieders kunnen aan andere cliënten besteed worden. Ook kunnen zorgaanbieders met zorgverzekeraars afspraken maken over de financiële besparing die de inzet van digitale zorg oplevert. Zorgaanbieders kunnen dan een deel van de besparing (of winsten) zelf houden en (mogelijk) besteden aan het verbeteren van digitale zorg in de wijkverpleging.

Tips voor het gebruik van shared savings en shared benefits voor zorgaanbieders

- Begin niet te groot. Begin als zorgaanbieder met een beperkt aantal cliënten en kijk of de contractafspraken leiden tot de gewenste effecten. Hierdoor wordt het risico beperkt.
- Stel samen met de zorgverzekeraar een businesscase op, waarbij duidelijk wordt hoe de besparing en winsten verdeeld worden.
- Schaal op als dat wenselijk en mogelijk is. Rol deze contractafspraken uit naar andere zorgverzekeraars. Hier kan ook weer begonnen met beperkte omvang van de afspraak.

Extra ruimte voor digitale zorg

- Aanvullende vergoeding voor thuiszorgtechnologie
- Ruime binnen de prestatiebeschrijvingen
- Vrije tarieven voor een aantal prestaties wijkverpleging
- Experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging biedt veel vrijheid
- Mogelijkheid gebruik shared savings en shared benefits in de contracten met zorgverzekeraar(s)

Goede voorbeelden

- [Inzicht door leefpatroonmonitoring](#)
- [Thuiszorgorganisatie combineert probleem en oplossing via beeldbellen](#) of intelligent AI systeem
- [Medicijnen niet meer vergeten met slimme medicijn dispensers](#)
- [Toegang tot woning met elektronisch toegangsbeheer](#)

3 Capaciteit verhogende zorgtechnologie

Personeelstekorten

De zorg kenmerkt zich door groeiende tekorten aan personeel en een groeiende zorgvraag. Deze ontwikkeling zal de komende jaren niet stoppen. Momenteel zijn er 1,4 miljoen mensen die werkzaam zijn in die zorg. Dit aantal zal als we op de huidige weg verder gaan stijgen tot 2 miljoen mensen in 2040. Dit betekent dat van de werkzame bevolking niet 1 op de 7, maar 1 op de 4 mensen werkzaam zal zijn in de zorg. Om toegankelijk van goede zorg te kunnen waarborgen moeten we op zoek naar nieuwe manieren van zorglevering die bijdragen aan effectiviteit en efficiëntie. Plannen om de zorg toegankelijk te houden en arbeidsmarkttekorten tegen te gaan staan beschreven in het [AZWA](#). Eén van die manieren is de inzet van capaciteit verhogende technologie.

Passende zorg

Bij passende zorg staat de patiënt of cliënt centraal. Dat betekent dat de zorg voor iedereen die het nodig heeft voldoende toegankelijk moet zijn. Door een groeiende zorgvraag moet er naar oplossingen worden gezocht die bijdragen aan efficiëntie. Hierbij blijft altijd het uitgangspunt dat zowel de patiënt als de zorgverlener dit op een goede manier moeten kunnen gebruiken. De afgelopen jaren heeft technologie een steeds grotere rol gekregen. Dit geldt voor de maatschappij, maar ook zeker voor de zorg. Er worden op dit moment al diverse manieren technologieën ingezet binnen de zorg, met uiteenlopende effectiviteit en omvang. De plek waar de technologie wordt ingezet varieert, dit kan zowel in de thuisomgeving als binnen de muren van een zorginstelling zijn. Hieronder zullen een aantal technologieën worden toegelicht die hebben aangetoond dat ze de potentie hebben om de capaciteit van zorglevering te kunnen verhogen.

Technologie met potentie

Door snelle ontwikkelingen zijn er inmiddels veel verschillende soorten technologie die ingezet worden binnen de zorg. De toegevoegde waarde van zorgtechnologie is niet overal hetzelfde en niet altijd even goed aan te tonen. Per patiënt en per zorgsoort is het belangrijk dat technologie passend wordt ingezet. Zo kan het verschil tussen gebruik in een thuisomgeving of binnen een zorginstelling ontzettend groot zijn.

Hieronder zullen een aantal verschillende soorten technologie worden besproken, waarbij ook wordt toegelicht waar de meeste potentie zit. De meeste technologieën hebben betrekking op de langdurige zorg en de basis van de toegelichte technologieën is een onderzoek dat is uitgevoerd door [Vilans](#) in opdracht van VWS.

Monitoring (medisch specialistische zorg)

Er zijn verschillende patiëntgroepen die vanwege chronische aandoeningen metingen moeten doen om waardes te testen. Door de inzet van sensoren kunnen deze waardes gemeten worden zonder dat de patiënt hier hinder van ondervindt. Deze sensoren zorgen ervoor dat er een constante uitwisseling van informatie met een zorgverlener op afstand mogelijk is, waardoor minder fysieke contactmomenten nodig zijn en meer informatie beschikbaar is. Hierdoor vindt monitoring met name plaats bij cliënten die thuis wonen en last hebben van chronische ziektes zoals COPD, diabetes of hartfalen. Voor meer informatie [klik hier](#).

Ondersteuning dagstructuur (GGZ of langdurige zorg)

Bij patiënten die hinder ondervinden bij het maken van een dagplanning of het herinneren van afspraken kan de inzet van een sociale robot ondersteuning bieden. De technologie in deze robots zijn verbonden met het zorgdossier, waardoor afspraken automatisch worden overgenomen. Dit kan de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van patiënten verbeteren. Ook de naasten van een patiënt ervaren dit in veel gevallen als rustgevend. Deze technologie wordt met name in de thuisomgeving ingezet, waarbij de inzet gedurende de hele dag plaats kan vinden. Voor meer informatie [klik hier](#).

Beeldschermtechnologie (GGZ, wijkverpleging of langdurige zorg)

Bij beeldschermtechnologie vindt de communicatie tussen patiënt en zorgverlener op afstand plaats. Hierdoor is dit met name geschikt om gebruikt te worden in de thuissituatie wanneer er geen fysiek

behandeling door een zorgverlener nodig is. Doordat er sprake is van digitale contactmomenten kan dit als laagdrempeliger worden ervaren dan fysieke contactmomenten. Voor meer informatie [klik hier](#).

Leefstijlmonitoring (wijkverpleging, preventie en langdurige zorg)

Door leefstijlmonitoring kan het leefpatroon van alleenwonende cliënten worden gemonitord. Sensoren meten de activiteit die plaatsvindt waardoor een verandering in gedrag wordt gedetecteerd en vastgelegd. Met name in het geval van progressieve ziektebeelden zoals dementie kan deze technologie worden ingezet. Door vroege signalering van verandering van gedrag kunnen vervolgonpnames binnen het eerstelijnsverblijf of zorginstelling worden verminderd. Ook zijn er minder bezoeken van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige nodig. Voor meer informatie [klik hier](#).

Medicijndispensers (wijkverpleging of langdurige zorg)

Medicijndispensers kunnen op afstand medicijnen aanbieden aan een cliënt, op het tijdstip dat deze moeten worden ingenomen. Dit zorgt voor meer zelfredzaamheid bij de patiënt en minder noodzakelijke contactmomenten met een zorgverlener. De inzet van medicijndispensers vindt met name plaats in de thuissituatie (extramurale zorg). Voor meer informatie [klik hier](#).

Thuiszorgtechnologie (wijkverpleging of langdurige zorg)

Door een bundeling van verschillende soorten technologie in de thuissituatie kunnen verschillende controles digitaal worden uitgevoerd. Deze bundels kunnen bijvoorbeeld bestaan uit online bloeddrukmeters, slimme weegschalen of personenalarmering. Voor meer informatie [klik hier](#).

Toegangsbeheer woning (wijkverpleging of langdurige zorg)

Wanneer er sprake is van alleenwonende cliënten die thuiszorg ontvangen kan het lastig zijn om de voordeur te openen wanneer er een zorgafpraak is. Dit kan ook gelden voor noodsituaties. Door elektronisch toegangsbeheer kunnen zorgverleners sneller en makkelijker toegang tot een woning krijgen. Voor meer informatie [klik hier](#).

Smart glass (wijkverpleging of langdurige zorg)

De smart glass is een speciale bril die is uitgerust met een camerafunctie. Hierdoor kan er via een liveverbinding worden meegekeken of kunnen er video-opnames worden gedeeld. Een mantelzorger of zorgverlener kan hiermee in direct contact staan met iemand die een specifieke expertise heeft, waardoor er een betere besluitvorming plaats kan vinden. Voor meer informatie [klik hier](#).

Heupairbag (wijkverpleging of langdurige zorg)

In verschillende situaties is er sprake van een verhoogd valrisico bij een cliënt. Wanneer een cliënt valt is er een risico van heup-, bekken- en beenfracturen die in sommige situaties kan worden voorkomen door het dragen van een heupairbag. Sensoren meten een val waardoor de airbag zich opblaast en de impact wordt reduceert. Vervolgens worden er een alarmbericht verstuurd naar een contactpersoon, waardoor actie kan worden ondernomen. Voor meer informatie [klik hier](#).

Externe leefsirkels (langdurige zorg)

Deze technologie kan worden ingezet bij cliënten die regelmatig de weg kwijt raken of weglopen. De cliënt kan hiermee worden gevolgd of er kan een melding worden verstuurd wanneer er bepaald leefgebied verlaten wordt. Cliënten kunnen hiermee sneller worden gevonden en teruggebracht. Tegelijkertijd kan de client meer bewegingsvrijheid ervaren. Voor meer informatie [klik hier](#).

Slim incontinentiemateriaal (langdurige zorg)

Wanneer er sprake is van incontinentie bij een cliënt kan slim incontinentiemateriaal worden gebruikt om te meten in welke mate er sprake is van verzadiging van het gedragen materiaal. Wanneer verzadiging optreedt wordt er een melding verstuurd. Dit zorgt voor een onverstoorde nachtrust voor de patiënt, minder huidaandoeningen en wordt ervaren als comfortabel. Speciale koolstofvezelbanen maken dit mogelijk. Voor meer informatie [klik hier](#).

3.1 Randvoorwaarden voor het benutten van de potentie

Een aantal randvoorwaarden zijn belangrijk om de inzet van technologie succesvol te laten zijn. Het ontbreken van één of meerdere voorwaarden leidt ertoe dat mogelijkheden onvoldoende benut worden, niet veilig zijn om in te zetten óf ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. In veel gevallen zijn de hieronder genoemde randvoorwaarden geen losstaande factoren, maar hangen ze in een belangrijke mate met elkaar samen.

Gezamenlijk doel voor verandering

Alle delen van de organisatie moeten hetzelfde doel voor ogen hebben om op een andere manier te gaan werken en de zorg te organiseren. Als het gezamenlijk doel ontbreekt is de motivatie om te veranderen vaak laag. Het is belangrijk dat dit op alle niveaus binnen een organisatie wordt ervaren voordat het lukt om zorgprocessen te veranderen.

Herziening van het zorgproces

Een belangrijk onderdeel van een goede implementatie is dat het oude zorgproces ook opnieuw tegen het licht wordt gehouden. Technologie bovenop bestaande zorgprocessen 'plakken' zonder te kijken welke aspecten van het oude zorgproces kunnen vervallen of veranderen leidt veelal tot een toename van de werkdruk. Met de gezamenlijke doelstelling kan het zorgproces zo worden hervormd dat technologie ook daadwerkelijk die doelstelling kan bereiken.

Kennis

Op alle verschillende niveaus is kennis over technologie een vereiste om het te laten slagen. Wanneer dit ontbreekt is het vaak onduidelijk wat de impact is, hoe het zorg kan voorkomen, verbeteren of efficiënter kan maken. Daarnaast is kennis van de technologie een belangrijke voorwaarde om op een veilige manier zorg te kunnen leveren.

Financiële prikkels

Voer een transparant gesprek met de zorgverzekeraar over welke financiële prikkels niet helpen voor een verandering. Het kan voorkomen dat het anders leveren van zorg lastig is vanwege een productieprikkel. Zo kan het voorkomen van zorg tot een lagere productie leiden, omdat er minder zorg geleverd hoeft te worden. In deze gevallen kan dat leiden tot een daling van omzet. Zo kunnen investeringen die binnen de Zvw worden gedaan ertoe leiden dat er besparingen zijn binnen de Wlz. Hierdoor kan er terughoudendheid zijn om investeringen te doen die op korte termijn geld kosten op de ene plek en zich pas op de langere termijn terugbetalen op een andere plek.

Opschaling

Bij een innovatie in de zorg is het van belang dat er opschaling plaatsvindt om tot een duurzame inzet te komen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er een (digitale) infrastructuur nodig is voor de inzet van de innovatie en hieraan (hoge) vaste kosten zijn verbonden. Door fragmentatie is het lastig om de kosten per patiënt laag genoeg te houden. Regionale samenwerking kan bijdragen aan de opschaling en het creëren van grotere patiëntvolumes. Samenwerking tussen zorgaanbieders is dus erg belangrijk.

4 Z Samenwerking bij de inkoop van digitale zorg en ICT



Samenwerking tussen zorgverzekeraars

Wij vinden het belangrijk dat goede digitale zorg initiatieven niet alleen lokaal succesvol worden toegepast, maar juist breed beschikbaar komen in het belang van de patiënt. In de praktijk is het opschalen van digitale zorg een weerbarstig proces voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Samenwerking bij de inkoop door zorgverzekeraars draagt bij aan het opschalen.

In de volgende situaties is dat toegestaan:

- Als zorgverzekeraars een best practice met andere zorgverzekeraars willen delen, staan de mededingingsregels dit niet in de weg. De zorgverzekeraar ziet het bijvoorbeeld als zijn maatschappelijke taak om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Andere zorgverzekeraars mogen deze ideeën dan overnemen en bijvoorbeeld in hun eigen kernregio's toepassen. Zorgverzekeraars prikkelen elkaar op die wijze om met goede ideeën voor de zorg te komen.
- In het algemeen geldt dat naarmate informatie breder toegankelijk is (voor zorgaanbieders en verzekerden), er minder snel sprake is van een concurrentiebeperking. Van die informatie kan immers iedereen profiteren. Zorgverzekeraars dus ook.
- Ook is er ruimte voor zogenaamd **volgbeleid** waarin individuele zorgverzekeraars de 'preferente' zorgverzekeraar van een zorgaanbieder in een regio volgen bij het toepassen van een digitaal zorg initiatief. Dit is toegestaan zolang het initiatief om te volgen van de zorgaanbieder komt en de zorgverzekeraars zelfstandig beslissen of ze willen volgen of niet. Zorgaanbieders dienen dit dus zelf voor te leggen aan de andere zorgverzekeraars. Hierbij zijn de andere zorgverzekeraars niet verplicht te volgen. Het is hierbij wel belangrijk dat zorgverzekeraars individueel prijsafspraken maken met de zorgaanbieder. Uitgangspunt blijft dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders contracteervrijheid houden en dat de beschikbare ruimte voor zorgverzekeraars om zich desgewenst van elkaar te onderscheiden blijft bestaan.

Autoriteit Consument en Markt

Er is ruimte voor zorgverzekeraars om samen te werken bij de inkoop van zorg, mits de samenwerking geen mededingingsrisico's oproept. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval als zorgverzekeraars gezamenlijk afspreken om bepaalde innovaties niet te implementeren. De Autoriteit Consument en Markt ziet toe op de samenwerking in de zorg. Meer informatie over samenwerking tussen is te vinden op de [website van de ACM](#).

Rechtmatigheid kosten van digitale zorg

Wij zijn voorstander van zoveel mogelijk transparantie over de rechtmatigheid van contractuele afspraken over digitale zorg 'aan de voorkant'.

Vanwege de collectieve financiering van zorg en ondersteuning is de zorgsector voor een belangrijk deel gereguleerd. Om invulling te geven aan deze regulering hebben we prestaties voor de levering van zorg opgesteld. De regels en prestaties worden soms aangevoerd als argument dat digitale zorg niet ingekocht mag worden. De informatie uit de Wegwijzer maakt duidelijk dat dit anders ligt. Er is juist heel veel mogelijk!

Uitgangspunt is dat zorgverzekeraar of zorgkantoor en zorgaanbieder samen afspraken maken over het leveren van zorg. Hieronder vallen ook inhoudelijke afspraken over de inzet van digitale zorg in het zorgproces van de zorgverlener en de daarbij behorende vergoeding door de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Bij het maken van de afspraken is niet altijd vooraf duidelijk of de inzet van digitale zorg daadwerkelijk leidt tot positieve uitkomsten voor de patiënt, betaalbaarheid of toegankelijkheid van zorg. Achteraf kan de conclusie zijn dat de gedane investeringen in tijd en middelen niet de beoogde resultaten hebben opgeleverd. In de basis is dit niet anders dan bij andere projecten in de zorg waarin wordt geïnvesteerd en die bedoeld zijn om de zorg of het zorgproces te verbeteren.

Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die digitale zorg stimuleren zullen we in principe achteraf niet alsnog ter discussie stellen als rechtmatige uitgaven. Dit geldt ook als achteraf blijkt dat de inzet van digitale zorg niet leidde tot bewezen betere uitkomsten voor de kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid van zorg. Vanzelfsprekend moet de zorgverzekeraar ten tijde van de afspraken samen met de zorgaanbieder kunnen uitleggen waarom de kosten ten laste komen van de Zvw of Wlz. Ook richting zijn verzekerden geldt dat de zorgverzekeraar moet onderbouwen waarom hij een in rekening gebrachte prestatie al dan niet vergoed. Wij kunnen toetsen of de zorgverzekeraar zijn beslissing op afdoende wijze heeft onderbouwd en transparant is geweest richting de verzekerde. Zie hiervoor artikel 20 van de [Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten](#).

Door duidelijkheid te geven over de ruimte voor de inkoop van digitale zorg (ook in verhouding tot onze rechtmatigheidstoets) hopen we bij te dragen aan het opschalen van goede digitale zorg initiatieven in Nederland.

Samenwerking tussen zorgaanbieders

Zorgaanbieders kunnen gezamenlijk hun benodigde ICT inkopen. Om digitale zorg goed te laten functioneren is een goed werkende ICT-infrastructuur een belangrijke randvoorwaarde.

Bij de inkoop van ICT is hier veel ruimte voor. Gezamenlijke inkoop van deze diensten beperkt namelijk in veel gevallen de concurrentie niet. Door gezamenlijk in te kopen kunnen zorgaanbieders lagere prijzen en betere voorwaarden bedingen en hun ICT-systemen beter op elkaar laten aansluiten. Dit zijn voordelen die uiteindelijk ook aan patiënten en verzekerden ten goede kunnen komen.

In februari 2025 heeft de NZa een [rapport](#) opgeleverd over [de sturing op kwaliteit en betaalbaarheid van zorg-ICT](#). In dit rapport haalden we ook verschillende voorbeelden aan die ter inspiratie kunnen dienen voor de gezamenlijke inkoop van zorg-ICT.

Voorbeelden gezamenlijke inkoop:

- Een huisartsencollectief uit de regio Utrecht (vertegenwoordiging van meer dan 80% van alle praktijken) heeft gekozen voor hetzelfde huisartsinformatiesysteem (HIS). Daarbij is de keuze gevallen op een HIS dat voldoet aan de huidige vereisten én het grootste gebruiksgemak heeft.
- In Rotterdam en omgeving is er de Coöperatie Zorg op Zuid. Die coöperatie gebruikt de multi

bedrijveninrichting van Chipsoft, waarbij de vier ziekenhuizen werken in één EPD met gescheiden databases.

- RegiozorgNU heeft middels een HIS-selectieteam een HIS-harmonisatie gerealiseerd waardoor meer dan 80% van de eerstelijnszorgpraktijken op hetzelfde informatiesysteem zijn aangesloten.

De NVZ heeft in 2023 onderhandeld met Microsoft en is tot een gezamenlijke overeenkomst gekomen namens alle leden van de NVZ.

Gezamenlijke inkoop levert alleen risico's op als de gezamenlijke inkoop een dusdanig grote afname van een bepaald ICT-product of dienst in een bepaalde markt omvat (als bijvoorbeeld alle zorgaanbieders in Nederland gezamenlijk zouden inkopen), dat de inkopers gezamenlijk 'kopersmacht' kunnen uitoefenen en hier misbruik van maken. Door een te lage prijs te bieden zou dit bijvoorbeeld tot risico's op kwaliteitsvermindering en/of het terugschroeven van innovatie-inspanningen van een ICT-leverancier kunnen leiden. Hierdoor kunnen er ook nadelige effecten ontstaan voor patiënten. Gezamenlijke inkoop kan ook risico's voor de concurrentie opleveren. Dit is het geval als die inkoop individuele zorgaanbieders onnodige beperkingen oplegt en zij gedwongen of genooddaakt worden om via het gezamenlijke verband in te kopen.

Autoriteit Consument en Markt: informatiesystemen en gegevensuitwisseling in de zorg

Goed functionerende ICT-markten in de zorg dragen bij aan goede, toegankelijke en betaalbare digitale zorg. Kwalitatief goede zorg vereist een adequate en actuele uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders, die op een veilige manier met elkaar kunnen worden gedeeld. Hiervoor moeten verschillende systemen en applicaties goed kunnen samenwerken (interoperabel zijn). De ACM wil vanuit haar rol als markttoezichthouder bijdragen aan het verbeteren van het zorginformatiestelsel. Hiervoor is [een leidraad opgesteld](#) waarin kaders en verplichtingen zijn opgenomen met het oog op de Mededingingswet. De ACM benadrukt dat er ruimte is om samen te werken om de benodigde functies en infrastructuur tot stand te brengen. Deze ruimte is er ook voor de inkoop, aangezien deze inkoop samenwerking en technische afstemming bij kan dragen aan interoperabiliteit en het publieke belang.

Algemene informatie over [de concurrentieregels in de zorg is hier](#) te vinden. Mochten er breder levende vragen zijn over de mogelijkheden en risico's van voorgenomen samenwerkingen tussen zorgaanbieders bij de inkoop van ICT, dan gaat de ACM graag met de sector in gesprek.

Goede voorbeelden

- [Werkgroep inkoop van UMC's](#)
- [Inkoopalliantie ziekenhuizen](#)

5 Toelichting begrippen

Hieronder volgen de begrippen uit de Wegwijzer die we extra willen toelichten.

Max-max tarieven

In bepaalde gevallen is er extra tariefruimte bovenop het (standaard) maximumtarief voor aanvullende afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Deze extra tariefruimte is het max-maxtarief. Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars digitale zorg willen stimuleren, is er dus ruimte om hierover afspraken te maken.

Bij een max-maxtarief is een schriftelijke afspraak nodig met de zorgverzekeraar, waarbij de hoogte van het tarief in de regel maximaal 10% is bovenop het (standaard) maximumtarief van ons als NZa. Een voordeel is dat de gemaakte afspraken niet vooraf door ons getoetst hoeven te worden.

Max-max tarieven zijn mogelijk in de volgende sectoren:

- Mondzorg
- Medisch-specialistische zorg
- GGZ
- Geboortezorg

Vrije tarieven

Bij vrije tarieven bestaat er veel ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over digitale zorg.

Dat geldt niet alleen voor de hoogte van de prijs, maar vaak ook voor de samenstelling van de te leveren zorg. Als zorgverzekeraars en zorgaanbieders digitale zorg willen stimuleren, is er dus ruimte om hier afspraken over te maken. Onderhandelen over digitale zorg binnen de tariefruimte van een maximumtarief is vanzelfsprekend ook mogelijk.

Sectoren met vrije tarieven

- Fysiotherapie
- Diëtetiek
- Ergotherapie
- Oefentherapie
- Logopedie
- Farmaceutische zorg
- Experiment geboortezorg
- Experiment verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Deels vrije tarieven

- Huisartsenzorg
- Medisch-specialistische zorg inclusief eerstelijnsdiagnostiek (met uitzondering van trombosezorg)
- Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Facultatieve prestatie

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen samen een nieuwe prestatie afspreken in aanvulling op of in plaats van de door ons vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Zij kunnen deze als facultatieve prestatie

aanvragen bij ons. Dit biedt veel ruimte om afspraken te maken over digitale zorg. Wij voeren een beperkte toetsing uit en stellen bij een positief resultaat de prestatie vast. Dit hele proces neemt minder dan vier weken in beslag.

Ook andere zorgaanbieders kunnen deze nieuwe zorgprestatie leveren als zij hiervoor een overeenkomst hebben met de zorgverzekeraar.

In de volgende sectoren is een facultatieve prestatie mogelijk:

- Diëtetiek
- Ergotherapie
- Farmaceutische zorg
- Forensische zorg
- Fysiotherapie
- Ggz
- Logopedie
- Medisch-specialistische zorg
- Oefentherapie

Prestaties (achtergrond)

Patiënten hebben recht op een duidelijke zorgnota. Zorgverzekeraars en zorgkantoren leggen in contracten met zorgaanbieders vast welke zorg er geleverd wordt, van welke kwaliteit en tegen welk tarief. Wij helpen hieraan mee door omschrijvingen van de behandelingen (prestaties) vast te stellen. Voor bepaalde behandelingen gelden maximumtarieven. Dit betekent dat de tarieven dan wel lager, maar niet hoger mogen zijn dan dat maximum. Wij stellen deze maximumtarieven vast op basis van periodiek kostenonderzoek. In een aantal sectoren gelden vrije tarieven: in de gehele paramedische zorg, het grootste deel van de medisch-specialistische zorg en een deel van de huisartsenzorg. Dit betekent dat we voor deze zorg geen kostenonderzoek doen en geen maximumtarief vaststellen. De minister van VWS en de Tweede Kamer bepalen voor welke zorgsectoren vrije tarieven gelden.

Patiënt, cliënt, burger, mens

De Wegwijzer richt zich vooral op de ruimte in de regels voor digitale zorg die wordt vergoed op basis van de Zvw en Wlz. Afhankelijk van dat laatste gaat het om een patiënt of cliënt. Als het functioneren van mensen centraal staat of het betreft een bredere context dan bekostigen van zorg op basis van de Zvw en Wlz gebruiken we ook burger, mens of inwoner.

Informatiekaarten

Voor een aantal sectoren zijn informatiekaarten gemaakt met informatie over de bekostiging van innovatie en preventie: [eerstelijnszorg](#), [langdurige zorg](#) en [medisch-specialistische zorg](#).