



Nederlandse
Zorgautoriteit



Wegwijzer bekostiging e-health

Overzicht per zorgsector

2017
september

Inhoud



1

Inleiding

2

E-health in vogelvlucht

3

Declareren van e-health

E-health in de zorgsectoren

4

Toelichting begrippen





1

2

3

4

Inleiding

E-health vervult een steeds grotere rol in de zorg. De NZa moedigt e-health aan als daardoor de zorg beter en betaalbaarder wordt. De implementatie van e-health gaat nog langzaam omdat de bekostiging van e-health niet altijd duidelijk is. De NZa wil met deze publicatie duidelijk maken wat de mogelijkheden zijn van het bekostigen van e-health per zorgsector. Daarmee hopen we de verdere invoering van e-health te stimuleren.

Missie NZa

De missie van de NZa is het beschermen van belangen van burgers op het gebied van toegankelijkheid, de betaalbaarheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Hiervoor bepaalt de NZa onder andere welke zorg zorgaanbieders in rekening mogen brengen en wat die zorg (maximaal) mag kosten. Dus ook de zorg die wordt ondersteund door e-health toepassingen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken over de meeste zorg afspraken over de inhoud van de zorg, de kwaliteit en prijs ervan.



Stimuleren van e-health

Het onderwerp e-health staat al enige jaren op de agenda van het ministerie van VWS en NZa. De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving publiceerde het afgelopen jaar het advies '[Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte](#)'. Het beeld is dat de invoering van e-health langzaam gaat. Om de implementatie te versnellen zijn bijvoorbeeld in het recent afgesloten onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg voor 2018 afspraken gemaakt over de implementatie van e-health. De NZa vindt het belangrijk om de inzet van e-health te stimuleren in het belang van de burger. Daarbij heeft de individuele zorgaanbieder een belangrijke rol.

Zorgaanbieder

De zorgaanbieder wil de beste zorg leveren aan zijn patiënt. Hij kan e-health inzetten als het ten goede komt aan de patiënt. Het is vooral de individuele zorgaanbieder die met e-health de zorg voor patiënten kan verbeteren. Zorgaanbieders hebben een aanjagende rol bij het opnemen van e-health in bestaande zorgprocessen. Deze publicatie kan hen helpen om het gesprek met zorgverzekeraars aan te gaan. Er is ook binnen de bestaande bekostiging al meer mogelijk dan je denkt.





1

2

3

4

1. E-health in vogelvlucht

In deze publicatie willen we laten zien hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de verschillende zorgsectoren afspraken kunnen maken over de vergoeding van e-health. Hier lichten we toe wat we verstaan onder e-health en waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de praktijk rekening mee moeten houden.

Wat is e-health?

E-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, met name via internet, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

We hanteren de volgende indeling:

- E-zorg: e-diagnose, e-consulten, e-care zoals monitoring.
- E-ondersteuning: e-inzage in patiëntendossier, e-management zoals het maken van afspraken online.
- E-public health: e-gezondheidsvoorlichting, e-preventie zoals het opsporen van bepaalde risicogroepen.

De prestaties en tarieven die zorgaanbieders kunnen declareren voor geleverde zorg richten zich voornamelijk op e-zorg. E-ondersteuning wordt veelal bekostigd als onderdeel van de integrale zorgprestatie net zoals overheadkosten. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen zowel afspraken maken over de financiering van e-zorg en e-ondersteuning als deze voorwaardelijk maken voor levering en declaratie van zorg. Bijvoorbeeld als e-health noodzakelijk is voor de kwaliteit van zorgverlening. In deze publicatie gebruiken wij de term e-health met name voor e-zorg toepassingen.

Bekostiging verschilt per zorgsector

Een huisarts krijgt op een andere manier betaald (via een inschrijftarief per patiënt en consulten) dan een ziekenhuis (na afsluiten van een subtraject). Een fysiotherapeut krijgt anders betaald (per zitting) dan een ggz-instelling (op basis van zorgprofiel). Bij veel vormen van zorg is fysiek contact met de patiënt onontbeerlijk. Denk hierbij aan de hulp bij het aantrekken van steunkousen. Er zijn veel verschillen tussen de zorgsectoren. Dit betekent ook dat de bekostiging en de specifieke toepassingen van e-health sterk verschillen per sector.





1

Verzekerde zorg

Alleen die e-health die onderdeel uitmaakt van zinnige en effectieve zorg mag door zorgaanbieders worden gedeclareerd ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz).

Algemeen geldt dat als bestaande, al verzekerde zorg in een e-healthvorm wordt aangeboden, die zorg verzekerde zorg blijft als de samenstelling en de effectiviteit ervan niet wezenlijk wijzigen ten opzichte van de oorspronkelijke zorg. Het omgekeerde geldt ook: zorg die in de oorspronkelijke vorm geen verzekerde zorg was, zal dat ook niet zijn als zij in de vorm van e-health wordt aangeboden. Zie ook het [CVZ rapport](#) uit 2011.

Als door e-health de samenstelling of effectiviteit van zorg wijzigt is er mogelijk geen sprake meer van verzekerde zorg. Om te beoordelen of er nog sprake is van verzekerde zorg is het van belang om na te gaan wat de meerwaarde van de e-health toepassing is ten opzichte van de bestaande manier van zorglevering. Daarvoor dient duidelijk te zijn om welke technologie het precies gaat en of de e-health toepassing reeds bestaande zorg vervangt dan wel aan een bestaande behandeling wordt toegevoegd. Steeds geldt dat er sprake dient te zijn van zorg conform '[de stand van de wetenschap en praktijk](#)'.

Zelfmanagement en consumenten e-health vallen meestal niet onder verzekerde zorg.

Zorginstituut Nederland

Eén van de taken van het Zorginstituut is het doorlichten van het verzekerd pakket met de focus op gepast gebruik en kwaliteit van behandelingen. Vanuit het programma Zinnige Zorg geeft het Zorginstituut adviezen over het verzekerde pakket, zodat verouderde behandelingen het pakket uitstromen. Daarnaast kan het Zorginstituut met ingang van 1 januari 2017 subsidie verlenen voor [anonieme e-mental health](#).

“Ga na wat de meerwaarde van de e-health toepassing is voor de bestaande manier van zorglevering.”





1

2

3

4

Behandelrelatie

Een zorgaanbieder kan zorg alleen bij de patiënt of diens verzekeraar declareren als hij daarvoor een zelfstandige rechtsgrond heeft. Die rechtsgrond is de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De zorgaanbieder die zorg wil declareren moet daadwerkelijk bij de behandeling betrokken zijn geweest. Deze behandelrelatie hoeft niet perse face-to-face tot stand te komen, maar kan ook (via zorg) op afstand ontstaan. Via e-health is het bijvoorbeeld mogelijk om op afstand een diagnose te stellen of medisch behandelbeleid te bepalen en te leveren.

Goede zorg

Of zorg op afstand geleverd kan worden is in de meeste gevallen ter beoordeling aan de zorgaanbieder. De KNMG heeft hierover een richtlijn opgesteld '[online arts-patiënt](#)'. Daarin stelt zij dat er bij online-zorgverlening sprake moet zijn van een bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt en dat zorgverlening via internet niet moet worden ingezet bij de eerste beoordeling van een aandoening. Als er geen bestaande behandelrelatie met de patiënt is, kan online contact slechts plaatsvinden als de daaraan verbonden risico's geminimaliseerd zijn en dat contact de patiënt ten goede komt.

De zorgaanbieder is bij al zijn contacten met patiënten verplicht om 'de zorg van een goed hulpverlener' het criterium 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 zorgverlenerschap' is niet anders bij de inzet van e-health door de zorgaanbieder in de behandelrelatie met de patiënt. Voor het voorschrijven van medicijnen geldt bovendien de Geneesmiddelenwet die bepaalt dat medicijnen enkel voorgeschreven mogen worden als er een behandelrelatie is die fysiek tot stand is gekomen.

De bekostiging van e-health in de verschillende zorgsectoren volgt in de meeste situaties de uitgangspunten zoals beschreven in de KNMG richtlijn 'online arts-patiënt contact'. Dit betekent dat de bekostiging over het algemeen toestaat dat zorg op afstand gedeclareerd kan worden, mits door de zorgaanbieder wordt voldaan aan de van toepassing zijnde richtlijnen.





1

2

3

4

2. Declareren van e-health

De NZa bepaalt welke zorg aanbieders in rekening mogen brengen en wat de zorg (maximaal) mag kosten. De NZa stelt hiervoor prestaties en tarieven vast waarmee zorgaanbieders voor de geleverde zorg declareren. Hier lichten we toe voor welke e-health toepassingen de NZa prestaties vaststelt.

Wanneer is e-health onderdeel van bestaande prestaties?

Elke zorgsector kent zijn eigen bekostigings-systeem. Het is afhankelijk van het type verleende zorg welke mogelijkheden er zijn om e-health in te zetten. De NZa streeft ernaar om zorgprestaties in functionele termen te omschrijven. Daarmee bedoelen we dat we de zorg omschrijven en niet voorschrijven wie de zorg levert en waar de zorg wordt uitgevoerd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel ruimte om specifieke keuzes te maken over de inzet van e-health.

Het staat zorgaanbieders vrij om binnen de geschetste kaders hun zorgproces te veranderen door bijvoorbeeld face to face contact gedeeltelijk te vervangen door e-health of door e-health als aanvulling op de behandeling aan te bieden zonder dat de bestaande prestaties gewijzigd moeten worden.

Wanneer is voor e-health een nieuwe prestatie nodig?

Vaak bieden de bestaande prestaties voldoende ruimte voor zorg ondersteunt door e-health toepassingen. Waar dat niet het geval is, kunnen aanbieders en verzekeraars een nieuwe prestatie aanvragen. De NZa consulteert stakeholders, zoals brancheorganisaties, wetenschappelijke verenigingen of patiëntenorganisaties in de betreffende sector, over de nut en noodzaak van de nieuwe prestatie. Na een positieve consultatie stelt de NZa de prestatie en een bijbehorend tarief vast. Vaak is sprake van een vrij tarief. De NZa kan ook uit eigen beweging een nieuwe zorgprestatie vaststellen.

Voor welke e-health zijn geen prestaties mogelijk?

E-health toepassingen ondersteunen doorgaans de primaire zorgverlening aan de patiënt. Zij kwalificeren als zodanig niet als zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg. Dat betekent dat aanbieders de kosten die zij maken voor e-health toepassingen niet los kunnen declareren.





1

2

3

4

In de zorgsectoren waarin de NZa de tarieven bepaalt nemen we de kosten van e-health die redelijkerwijs nodig en onvermijdelijk zijn vanwege de nauwe relatie met de levering van de zorg mee in de prestatie en hoogte van het tarief.

We beoordelen per geval of een nieuwe zorgactiviteit of e-health toepassing daadwerkelijk zorg betreft in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg en of de kosten noodzakelijk en onvermijdelijk zijn. Er zijn vormen van zorg waarvoor de NZa geen prestaties vaststelt. Bijvoorbeeld voor de niet receptplichtige geneesmiddelen die vrij verkrijgbaar zijn bij de drogist.

Geen prestatie mogelijk

Voor e-health in de vorm van een ICT-applicatie of app die losstaat van een geneeskundige behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt kan de NZa geen prestatie vaststellen.

Beleidsregel innovatie

Voor e-health toepassingen die niet passen in bestaande zorgprestaties kunnen aanbieders een beroep doen op de [beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten'](#). Deze beleidsregel biedt de mogelijkheid om drie jaar (en in sommige gevallen vijf jaar) een kleinschalig experiment uit te voeren met een innovatieve vorm van zorg.

Deze route is vooral interessant als innovators snel een declaratietitel willen voor hun e-health toepassing en lokaal willen experimenteren op één van onderstaande verbeterpunten ten opzichte van bestaande zorg.

De innovatie moet gericht zijn op één van de volgende verbeteringen:

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

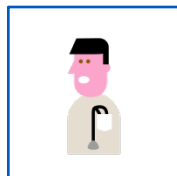
Het verzoek voor een experiment moet tweezijdig zijn, van een zorgaanbieder en een verzekeraar gezamenlijk. Tijdens het experiment kunnen andere zorgaanbieders of zorgverzekeraars daarbij aansluiten. Na afloop van het experiment kunnen zij een aanvraag indienen bij de NZa om het experiment regulier te bekostigen. De NZa onderzoekt vervolgens of de zorg een plek kan krijgen binnen de reguliere bekostiging.





3. E-health in de zorgsectoren

De bekostiging en toepassing van e-health verschilt sterk per zorgsector. In de volgende sheets beschrijven we per zorgsector wat de ruimte is om e-health toepassingen te declareren.



Huisartsenzorg



Medisch-specialistische zorg



Paramedische zorg



Farmaceutische zorg



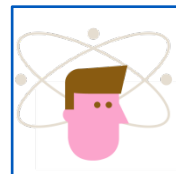
Mondzorg



Geboortezorg



Basis-ggz



Gespecialiseerde ggz



Verpleging & verzorging



Zintuiglijk
Gehandicaptenzorg
Zvw



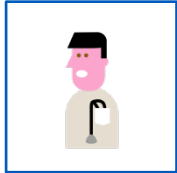


1

2

3

4



Huisartsenzorg

Bekostiging huisartsenzorg

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

- **Segment 1** bevat prestaties met een maximumtarief om de basiszorg van een huisarts te bekostigen. Zo zijn er prestaties voorconsulten met de huisarts of poh-ggz en is er een vast inschrijftarief per patiënt waarmee overhead kosten gefinancierd worden.
- **Segment 2** bevat prestaties met een vrij tarief om ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (DM type 2), vasculair risicomangement (VRM) en COPD te bekostigen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afspreken om de zorg rondom deze aandoeningen met één prestatie en één tarief in rekening te brengen. Zij zijn hiertoe niet verplicht en kunnen de zorgverlening ook met de prestaties van segment 1 in rekening brengen. Vanaf 1 januari 2018 is het daarnaast mogelijk om zonder contract een tarief tegen 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 prestaties in dit segment kunnen alleen in rekening worden gebracht als er een overeenkomst is gesloten tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van de betreffende verzekerde. In deze overeenkomst kunnen verdere voorwaarden worden afgesproken over de invulling van deze prestatie. De prestaties in het derde segment hebben een vrij tarief.
- De prestaties die geen onderdeel uitmaken van de drie segmenten zijn divers.

Hoe kan e-health in de huisartsenzorg worden bekostigd?

In ieder segment zijn mogelijkheden voor het bekostigen van e-health.

Segment 1

Het inschrijftarief kan gebruikt worden om de website te onderhouden en een online afsprakenplanner te financieren. Ook kunnen in segment 1 consulten op afstand gedeclareerd worden als reguliere consulten. Voorwaarde is wel dat het consult op afstand zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening in een regulier face-to-face consult. Ook kan men gebruik maken van de prestatie 'e-mailconsult', of 'telefonisch consult'.





1

2

3

4

De poh-ggz die consulten heeft met de patiënt kan hiervoor dezelfde prestaties declareren als de huisarts. Aanvullend kan de inzet van de poh-ggz bekostigd worden met de prestatie 'consultatieve raadpleging poh-ggz'.

Hieronder valt ook de begeleiding van zelfmanagementprogramma's die via een vorm van e-health worden aangeboden.

Segment 2

Met segment 2 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 e-health toepassingen kunnen vergoed worden met het afgesproken tarief voor de integrale ketenprestatie (of indien van toepassing per 2018 het maximumtarief).

Voorbeeld

Een bestaande e-health toepassing is een zelfmanagementprogramma voor patiënten die ketenzorg ontvangen. Met deze e-health toepassing hebben alle zorgverleners in de keten toegang tot het behandelplan. Daarnaast kan de patiënt, als hij voldoende zelfredzaam is, zelf metingen uitvoeren en invullen in het platform. Via het platform hebben patiënt en zorgverlener interactief contact over de gezondheid van de patiënt.

Segment 3

In segment 3 kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken maken om e-health toepassingen 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 e-health binnen de geboden zorgverlening voor:

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

Ook kan de huisarts de prestatie meekijkconsult gebruiken. Dit type consult is bedoeld om expertise van andere zorgverleners, zoals medisch specialisten of andere experts, in te roepen om behandelbeleid te bepalen. Deze raadpleging 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 inroepen van expertise de hoofdbehandelaar.





1

2

3

4

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.

Voorbeeld

De prestatie 'Teledermatologie' is bedoeld om te stimuleren dat de huisarts beeldmateriaal deelt van een huidafwijking met een dermatoloog. De inzet van de dermatoloog die de huidafwijking beoordeelt, wordt vervolgens bekostigd met een prestatie (overig zorgproduct) uit de tweede lijn. De uitslag bespreekt de huisarts met de patiënt.

Extra ruimte voor e-health

- Deels vrije tarieven
- Veel maatwerkafspraken mogelijk in segment 3
- Ruime prestatiebeschrijvingen

“Huisartsen kunnen met verzekeraars een extra vergoeding afspreken voor de inzet van e-health toepassingen die van waarde is voor de patiënt.”





1

2

3

4



Medisch-specialistische zorg

Bekostiging medisch-specialistische zorg

Medisch-specialistische zorg wordt bekostigd met dbc-zorgproducten en overige zorgproducten. Registratie van zorgactiviteiten in combinatie met een diagnose binnen een vastgestelde periode leidt tot een dbc-zorgproduct dat in rekening wordt gebracht bij de zorgverzekeraar of patiënt. Een combinatie van verschillende zorgactiviteiten en diagnoses kan leiden tot declaratie van hetzelfde dbc-zorgproduct. Dit komt omdat dbc-zorgproducten gemiddelde producten zijn. Zorg die vergelijkbaar is qua prijs en zorginhoud valt onder hetzelfde dbc-zorgproduct. Soms is het ook mogelijk om zorgactiviteiten los te bekostigen met een overig zorgproduct. In deze sector bestaat de mogelijkheid om een zogenaamd max-max tarief af te spreken. De meeste zorgproducten (70%) hebben een vrij tarief. Voor de overige 30% gelden maximum tarieven of max-max tarieven.

Hoe kan e-health in de medisch-specialistische zorg worden bekostigd?

In de medisch-specialistische zorg wordt e-health bekostigd als onderdeel van zorgproducten. Aan de hand van het zorgproduct of geregistreerde zorgactiviteiten is niet altijd inzichtelijk of gebruik is gemaakt van e-health.

Dit komt, omdat de zorgactiviteiten die zorgaanbieders registreren een medische handeling beschrijven. Er zijn vaak geen nadere voorwaarden voor de wijze waarop de handeling wordt uitgevoerd. Dat betekent dat de meeste zorgactiviteiten ook geregistreerd kunnen worden als zij uitgevoerd zijn of ondersteund worden met e-health. Voor een aantal e-health toepassingen zijn wel specifieke zorgactiviteiten beschikbaar.

Zorgactiviteiten voor consulten op afstand

Tot en met 2017 is het mogelijk om zorgactiviteiten te registreren voor consulten op afstand als een patiënt in herhaling, dus niet voor de eerste keer, een consult heeft. Deze consulten worden geregistreerd met de zorgactiviteiten screen-to-screen beeldcontact ter vervanging van een fysiek herhaalconsult' (zorgactiviteitcode: 190019) en de zorgactiviteit 'teleconsult (exclusief screen-to-screen beeldcontact)' (zorgactiviteitcode: 190025). De zorgactiviteit teleconsult is een registratieve zorgactiviteit, wat betekent dat registratie van enkel deze zorgactiviteit niet leidt tot een declarabel dbc-zorgproduct. Meestal zal deze zorgactiviteit in combinatie met andere zorgactiviteiten worden geleverd en geregistreerd. De tarieven van dbc-zorgproducten kunnen aangepast worden op deze combinatie van zorgactiviteiten.





1

2

3

4

Per 1 januari 2018 verandert de declaratie van consulten op afstand. Het wordt mogelijk om een zorgtraject met zorg op afstand te starten, mits ergens in het initiële dbc-zorgproduct een fysiek face-to-face contact plaatsvindt met de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Dit face-to-face contact is vereist om de kwaliteit van zorg te borgen.

Vanaf 1 januari wordt de zorgactiviteit teleconsult beëindigd en kunnen specifieke zorgactiviteiten voor belconsulten en schriftelijke consulten worden geregistreerd. Voorwaarde is wel dat het consult zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier herhaal-polikliniekbezoek wordt geboden. Zo kan met een belconsult of schriftelijke consultatie ook de beoordeling van diagnostiek op afstand worden gedeclareerd, mits de zorgaanbieder rechtstreeks terugkoppeling geeft aan de patiënt. De nieuwe zorgactiviteiten krijgen dezelfde rol in de afleiding als een polikliniekbezoek, waardoor registratie van één van deze zorgactiviteiten afleidt tot een declarabel dbc-zorgproduct.

“Per 1 januari 2018 kunnen belconsulten en schriftelijke consultaties gedeclareerd worden.”

Zorgactiviteiten voor het monitoren van patiënten op afstand

In de medisch-specialistische zorg kunnen patiënten worden gemonitord om de effectiviteit van een behandeling te beoordelen, of om afwijkende klinische waarden te signaleren, zodat ernstige complicaties worden voorkomen.

Bij welke patiëntengroepen telemonitoring een doelmatige manier van zorgverlening is, is niet altijd onderzocht. Voordat een zorgaanbieder telemonitoring aanbiedt aan zijn patiënten en de zorgverzekeraar dit vergoedt, dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een bewuste afweging te maken of de monitoring verzekerde zorg is.

Het dbc-systeem biedt wel mogelijkheden om telemonitoring te bekostigen. Voor het monitoren van patiënten op afstand kan de zorgactiviteit telemonitoring geregistreerd worden. Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd als een patiënt continu elektronische gegevens, over bijvoorbeeld het gewicht of bloeddruk, vanuit huis aan het ziekenhuis aanlevert. Het ziekenhuis analyseert deze gegevens en interveenieert als dat medisch noodzakelijk is (afhankelijk van de medische noodzaak/inrichting initiatief). Registratie van enkel deze zorgactiviteit leidt niet tot een declarabel dbc-zorgproduct.





1

2

3

4

Dat betekent dat de kosten van deze zorg onderdeel uitmaken van dbc-zorgproducten die wel gedeclareerd worden. Als er bijvoorbeeld gedurende het telemonitoringstraject nog andere zorg wordt verleend kan telemonitoring als onderdeel van die dbc-zorgproducten gedeclareerd worden.

De NZa is voor het dbc-pakket 2019 in gesprek met veldpartijen over de vraag of er voldoende mogelijkheden zijn voor het bekostigen van telemonitoring.

Zorgactiviteiten voor het 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 gevraagd worden om een ECG, holter, inspanningsonderzoek, longfunctieonderzoek, of dermatologische klacht te beoordelen. Voor deze zorg kunnen overige zorgproducten met een max-max tarief gedeclareerd worden (39757, 39929).

Voorbeeld 1

Een academisch ziekenhuis maakt gebruik van een zelfmanagementplatform bij de behandeling van patiënten met chronische darmziekten (ziekte van crohn of collitus ulserosa). Hierin leert de patiënt wat hij moet doen om zijn darmziekte onder controle te houden. Daarnaast is het een interactief platform waarin het behandelplan voor de patiënt is opgenomen. De MDL-verpleegkundige en MDL-arts houden samen met de patiënt bij hoe de behandeling verloopt. Doordat de patiënt ook klinische waarden kan invullen in het programma, kunnen verpleegkundige en arts tijdig interventies inzetten als afwijkende waarden worden gesignaleerd.

Extra ruimte voor e-health

- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Grotendeels vrije tarieven
- Max-max tarieven





1

2

3

4



Paramedische zorg

Bekostiging paramedische zorg

Onder paramedische zorg vallen fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Ergotherapie en diëtetiek worden bekostigd met prestaties voor tijdseenheden per 15 minuten. Fysiotherapie, oefentherapie en ergotherapie worden bekostigd met prestaties voor patiëntencontacten. De paramedische sectoren kunnen naast de reguliere prestaties ook een facultatieve prestatie aanvragen bij de NZa. Alle prestaties hebben een vrij tarief.

Hoe kan e-health in de paramedische zorg worden bekostigd?

Dat verschilt nu nog per sector. Voor 2019 bekijken we of we de bekostiging van e-health in de paramedische zorg kunnen harmoniseren.

In de diëtetiek en ergotherapie declareren zorgverleners zorg in tijdseenheden van 15 minuten. Direct patiëntgebonden behandelingsduur die zorgverleners via e-health leveren, kunnen via deze tijdseenheden bekostigd worden. Daarnaast is in de diëtetiek indirect patiëntgebonden tijd, in tegenstelling tot de andere paramedische sectoren, onderdeel van de behandelingsduur.

Voor de sectoren fysiotherapie, oefentherapie en logopedie is de bekostiging van e-health voor het grootste deel op dezelfde manier geregeld. Behandelingen op afstand kunnen via de prestaties die beschreven zijn in de NZa-beleidsregels worden gedeclareerd. Daarbij is de specifieke prestatie telefonische zitting van belang. Deze prestatie mag ook gebruikt worden voor declaratie van beeldschermcontact. De prestatie telefonische zitting mag enkel worden gedeclareerd als ook face-to-face behandelingen plaatsvinden.

In de logopedie bestaat de specifieke e-health prestatie telelogopedie, ofwel logopedie via internet. Deze prestatie mag enkel gedeclareerd worden als er ook face-to-face zittingen zijn met de patiënt.

Voorbeeld

De prestatie telelogopedie kan bijvoorbeeld worden gebruikt om een cloud-applicatie te bekostigen die veel verder gaat dan alleen een beeld- en geluidsverbinding met een patiënt. De logopedist kan inloggen via een webapplicatie. Ook scholen kunnen hier gebruik van maken. De logopedist stelt een behandelprogramma op, waarna de patiënt via games gericht kan oefenen. Daarnaast is het een applicatie waarmee bijvoorbeeld ook afspraken gemaakt en beheerd kunnen worden, kinderen en ouders thuis kunnen oefenen, en waarin een behandelplan wordt aangeboden.





1

2

3

4

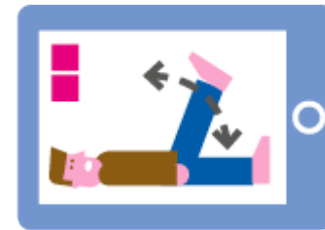
Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat er minder behandelsessies nodig zijn om tot hetzelfde resultaat te komen.

In de fysiotherapie en oefentherapie vinden we ook dergelijke applicaties terug. Waarbij een online applicatie oefeningen voordoet en uitleg geeft bij deze oefeningen. Deze online applicatie ondersteunt patiënten bij het juist uitvoeren van de oefeningen. In de fysiotherapie en oefentherapie zijn er zijn geen specifieke prestaties om dit soort e-health applicaties te bekostigen, de kosten kunnen meegenomen worden in de hoogte van het tarief van prestaties voor zittingen.

Extra ruimte voor e-health

- Vrije tarieven
- Facultatieve prestatie

“De prestatie telefonische zitting mag in de fysiotherapie en oefentherapie ook geregistreerd worden voor beeldschermcontact.”





1

2

3

4



Farmaceutische zorg

Bekostiging farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg wordt bekostigd met prestaties voor de verstrekking van een geneesmiddel, uitleg over geneesmiddelen en begeleiding van een patiënt.

Hoe kan e-health in de farmaceutische zorg worden bekostigd?

In de prestaties voor farmaceutische zorg is niet omschreven hoe de zorg precies geleverd moet worden. Dit kan dus zowel face-to-face met de patiënt als op afstand. De zorg die valt onder de terhandstelling van geneesmiddelen (denk hierbij aan de uitleg) of het begeleidingsgesprek bij een voor de patiënt nieuw geneesmiddel hoeft dus niet per se aan de balie plaats te vinden om het te kunnen declareren. Ook als dit via het beeldscherm gebeurt, kan de apotheker deze zorg declareren. Met de facultatieve prestatie voor apotheekzorg is het ook mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Zo kan een facultatieve prestatie voor een e-health toepassing worden aangevraagd, als het lastig is om dit met de bestaande prestaties te bekostigen.

Voorbeeld

E-health wordt in de farmaceutische zorg voornamelijk gebruikt voor het online aanvragen van (herhaal)recepten het stellen van vragen en informeren of de medicatie klaarligt.

Extra ruimte voor e-health

- Vrije tarieven
- Facultatieve prestatie
- Ruime prestatiebeschrijvingen





1

2

3

4



Mondzorg

Bekostiging mondzorg

Mondzorg wordt bekostigd met specifieke mondzorgprestaties. Deze prestaties hebben een maximumtarief.

Hoe kan e-health in de mondzorg worden bekostigd?

In de mondzorg is direct contact met patiënten vaak noodzakelijk om zorg te kunnen leveren. E-health toepassingen zijn in deze sector dan ook beperkt aanwezig. Als (een deel van de) mondzorg toch via e-health gegeven kan worden, dan vindt de vergoeding plaats als onderdeel van de bestaande prestaties. Er is één specifieke e-health prestatie in de mondzorg, namelijk de prestatie 'documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur'.

Deze prestatie omschrijven we als het door middel van elektronische apparatuur meten, monitoren en vastleggen van de therapietrouw bij de patiënt bij het dragen van uitneembare apparatuur en retentieapparatuur (inclusief uitlezen chip) en het op gezette tijden bespreken van de resultaten daarvan met patiënt en/of ouders. De prestatie 'elektronische chip' is eenmalig gedurende de gehele actieve behandelduur in rekening te brengen.

Het tarief is niet van toepassing op vacuümgevormde apparatuur.

De patiënt dient, voorafgaand aan de behandeling met een apparaat voorzien van elektronische chip, door de zorgaanbieder op de hoogte te zijn gesteld van de extra kosten die verbonden zijn aan deze behandelingen. De patiënt moet hier voorafgaand aan de behandeling mee ingestemd hebben. De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Voorbeeld

Een voorbeeld van een e-health toepassing in de mondzorg is een chip in beugels die de therapietrouw van cliënten meet. Zo wordt bijgehouden wanneer en hoe lang de cliënt de beugel draagt. De orthodontist gebruikt deze informatie bij de behandeling.

Extra ruimte voor e-health

- Max-max tarieven





1

2

3

4



Geboortezorg

Bekostiging geboortezorg

Geboortezorg is de zorg voor moeder en kind rondom de zwangerschap en geboorte. Deze zorg kan worden bekostigd met een integraal tarief voor zorg geleverd voor verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen. Of met prestaties die specifiek gelden voor de eigen sector, voor verloskundige zorg, kraamzorg en gynaecologische zorg.

- De integrale prestatie is bedoeld om de samenwerking tussen de verschillende disciplines van zorgaanbieders makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Deze integrale prestatie heeft een vrij tarief waarover zorgaanbieders en zorgverzekeraar afspraken maken.
- Prestaties in de verloskundige zorg omvatten een periode in de zwangerschap, zoals volledige prenatale zorg en natale verloskundige zorg. Ook is het mogelijk om een prestatie in rekening te brengen die de volledige verloskundige zorg bij een zwangere bekostigt. De prestaties in de verloskundige zorg hebben een maximumtarief.

- Kraamzorg wordt bekostigd met prestaties voor kraamzorg en partusassistentie die per uur gedeclareerd kunnen worden. Aanvullend kunnen prestaties geregistreerd worden per inschrijving, intake en partusassistentie. De prestaties in de kraamzorg hebben een maximumtarief.
- Gynaecologische zorg wordt bekostigd met een dbc-zorgproduct (zie hiervoor eerder: medisch-specialistische zorg). De gynaecologie prestaties hebben een vrij tarief.

Hoe kan e-health in de geboortezorg worden bekostigd?

De prestaties in de geboortezorg zijn allen algemeen beschreven en geven geen nadere invulling van hoe de geboortezorg geboden moeten worden. Daardoor hebben zorgaanbieders mogelijkheden om e-health in hun zorgaanbod op te nemen.





1

2

3

4

Voorbeeld

Voor diabetespatiënten is er een specifiek dbc-zorgproduct voor het monitoren van insuline waarden. Voor zwangere vrouwen met diabetes en patiënten met diabetes type 1 en hypoglykemie is optimale regulatie van de glucose van belang. Deze patiënten kunnen gebruik maken van Real Time Continue Glucose Monitoring (RTCGM); een sensor die net onder de huid is geplaatst. Met de sensor is het mogelijk om continu de bloedsuikerwaarden te meten en kan direct op schommelingen worden gereageerd. Registratie van de zorgactiviteit begeleiding van patiënten met sensor (RT-CGM) ten behoeve van glucosemeting in combinatie met de zorgactiviteit voor de device leiden tot een declarabel dbc-zorgproduct voor het begeleiden en plaatsen van de RC-CGM.

Extra ruimte voor e-health

- Deels vrije tarieven
- Max-max tarieven bij kraamzorg
- Ruime prestatiebeschrijvingen

“De prestaties in de geboortezorg zijn algemeen beschreven, daardoor hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om e-health op te nemen in hun zorgaanbod.”





Basis-ggz

Bekostiging basis-ggz

De basis-ggz kent vier integrale prestaties (licht, middel, intensief en chronisch) die gebaseerd zijn op de zorgvraagwaarde van de patiënt. De NZa stelt de inhoud van de prestaties niet op detailniveau vast. Het is aan de zorgaanbieders (in samenspraak met zorgverzekeraars) om binnen de kaders van de prestatieomschrijving een passend zorgaanbod te organiseren voor de patiënt. Voorwaarde is dat dit gebeurt binnen het max-max tarief en dat bij de behandeling minstens een regiehoofdbehandelaar betrokken is.

De beroepsgroepen die als regiebehandelaar basis-ggz kunnen leveren zijn: klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, gz-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater en verpleegkundig specialist ggz en gz-psycholoog. Bij vrijgevestigde aanbieders kunnen alleen de eerstgenoemde vier beroepsgroepen regiebehandelaar zijn. Daarnaast kan de zorgverzekeraar bij de inkoop aanvullende regels stellen en zo de mogelijkheid om te declareren beperken tot enkele beroepen.

Hoe kan e-health in de ggz worden bekostigd?

In de ggz kunnen allerlei vormen van e-health worden bekostigd doordat de prestaties algemeen beschreven zijn. Voorwaarde is wel dat dit plaatsvindt binnen het max-max arief.

We zien dat e-health in de ggz steeds vaker wordt ingezet in combinatie met reguliere zorg. In de ggz wordt hiervoor de term 'blended care' gebruikt, wat betekent dat reguliere face-to-face gesprekken gecombineerd worden met online interventies zoals bijvoorbeeld chat, beeldbellen en online behandelmodules. Deze vormen van e-health kunnen met de bestaande prestaties worden bekostigd.

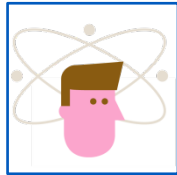
Voorbeeld

In de ggz zijn een groot aantal online behandelplatformen beschikbaar die het mogelijk maken om 'blended care' behandelingen aan te bieden aan patiënten. Het platform is vaak een combinatie van face-to-face contact met digitale dagboeken, psycho-educatie, complete behandelmodules en ondersteunende communicatiefuncties. Zorgverzekeraars kunnen het gebruik stimuleren door hierover afspraken te maken c.q. een hoger tarief te vergoeden.

Extra ruimte voor e-health

- Max-max tarieven
- Ruime prestatiebeschrijvingen





Gespecialiseerde ggz

Bekostiging gespecialiseerde ggz

De gespecialiseerde ggz wordt bekostigd met diagnose behandelingcombinaties (dbc's). Een dbc bestaat uit patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. Afhankelijk van de uitgevoerde uren en aantallen activiteiten wordt een dbc en overige prestatie afgeleid met een maximumtarief.

Hoe kan e-health in de gespecialiseerde ggz worden bekostigd?

Voor de meeste patiëntgerichte activiteiten schrijven behandelaren tijd. Het gaat dan om de tijd die een behandelaar in het kader van behandeling of diagnostiek contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt. Op welke manier het contact met de patiënt plaatsvindt is ter invulling aan de behandelaar. Het contact kan naast face-to-face dus ook per telefoon of schriftelijk plaatsvinden. Wel moet de initiële dbc altijd direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar bevatten. De regiebehandelaar stelt de diagnose en het behandelplan bij een patiënt vast, waarbij direct contact met de patiënt nodig is om goede zorg te kunnen leveren.

In de gespecialiseerde ggz zien we dat, net als in de basis-ggz, e-health vooral wordt ingezet in combinatie met reguliere zorg (zogenoemde blended-care).

Ook voor deze vormen van e-health kunnen behandelaren tijd registreren.

Voorbeeld

Een e-health toepassing die in de plaats komt van directe tijd is de zelfhulpmodule. Er zijn verschillende varianten zelfhulpmodules, waaronder zelfhulpmodules voor ggz-stoornissen, slaapstoornissen, depressie, burn-out en angst en paniekstoornissen. In de gespecialiseerde ggz worden zelfhulpmodules aanvullend op het directe contact met de patiënt ingezet.

De inzet van zelfhulp zal de zorgaanbieder meestal weinig tot geen tijd kosten. De bekostiging van de tijd die zorgaanbieders wél besteden aan het inzetten van zelfhulpmodules verloopt via de dbc. Het is mogelijk dat er door gebruik van de zelfhulpmodules minder tijd geschreven kan worden door de behandelaar. Indien het maximumtarief van de dbc ontoereikend is om de zelfhulpmodules of andere e-health toepassingen te bekostigen, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken maken over een tarief dat maximaal 10% hoger is dan het door de NZa vastgestelde maximumtarief.

Extra ruimte voor e-health

- Max-max tarieven
- Ruime prestatiebeschrijvingen



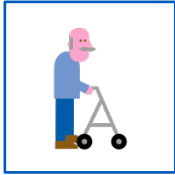


1

2

3

4



Verpleging en verzorging

Bekostiging verpleging en verzorging

Cliënten die verpleging en verzorging nodig hebben kunnen deze zorg in instellingen (intramuraal) ontvangen op basis van Wlz, of thuis (extramuraal) op basis van de Wlz of Zvw. De zorg in instellingen (intramurale Wlz) wordt bekostigd met zorgzwaartepakketten (zzp's). Afhankelijk van de zorgbehoefte wordt een patiënt ingedeeld in een zorgzwaartepakket. Ieder zorgzwaartepakket kent een door de NZa bepaald maximum dagtarief waarmee de zorg voor de patiënt bekostigd kan worden. De zorgkantoren bepalen in hun inkoop de definitieve prijs.

De verpleging en verzorging in de thuissituatie wordt in de Wlz en Zvw (de laatste wordt ook wel genoemd: de wijkverpleging) voor het grootste deel bekostigd met uurtarieven voor verpleging en verzorging. Deze uurtarieven zijn maximumtarieven. In de extramurale Wlz zijn daarnaast prestaties met maximumtarieven per dagdeel en in de Zvw zijn daarnaast een aantal prestaties met vrije tarieven.

Hoe kan e-health in de verpleging en verzorging worden bekostigd?

Het dagtarief dat zorgaanbieders voor intramurale Wlz-zorg ontvangen kunnen instellingen naar eigen inzicht besteden. Dat betekent dat een stukje van het dagtarief ook ingezet kan worden voor e-health toepassingen. Daarnaast is er de mogelijkheid om met het zorgkantoor afspraken te maken over een hoger tarief in verband met de inzet van e-health. Voorwaarde is wel dat het tarief binnen het maximumtarief blijft.

In de thuissituatie kan zowel in de Zvw als Wlz met het uurtarief direct contact met de patiënt bekostigd worden. Beeldschermcommunicatie en telefonische contacten maken ook onderdeel uit van het uurtarief. Bovenop de geleverde uren directe contacttijd kan voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telegeneeskunde per cliënt respectievelijk maximaal 4 uur of 2,5 uur per maand tegen het afgesproken basistarief van de prestaties verpleging of persoonlijke verzorging gedeclareerd worden.

Verder is het in de Zvw mogelijk om e-health te bekostigen met de prestatie beloning op maat. Met die prestatie kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over bijvoorbeeld het belonen van extra kwaliteit, innovatieve vormen van zorg of de organisatie daarvan. Zo kan bijvoorbeeld een extra beloning worden afgesproken omdat een aanbieder patiënten op afstand monitort.





1

2

3

4

Voorbeeld

In verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen worden allerlei ICT-tools ingezet om de zorg rondom de patiënt te verbeteren. Je kunt daarbij denken aan bewakingsapparatuur en apparatuur voor valpreventie. Ook is er slim incontinentiemateriaal dat met een sensor in de luier meet of de luier verschoond moet worden.

Extra ruimte voor e-health

- Aanvullende vergoeding beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg mogelijk
- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Vrije tarieven voor een aantal prestaties wijkverpleging

“Voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg in de thuissituatie kunnen extra uren in rekening worden gebracht.”





1

2

3

4



Zintuiglijk gehandicaptenzorg Zvw

Bekostiging zintuiglijk gehandicaptenzorg Zvw

De zintuiglijk gehandicaptenzorg kent vijf prestaties waarmee de zorg aan een patiënt met een zintuiglijk handicap geleverd kan worden. Hiervoor stelt de NZa maximumtarieven vast.

Hoe kan e-health in de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden bekostigd?

De prestaties voor zintuiglijk gehandicaptenzorg schrijven niet voor hoe de zorg precies geleverd moet worden. Dit kan dus zowel face-to-face als screen-to-screen. Wel moet sprake zijn van directe behandel tijd. Hieronder valt de tijd waarin de zorgverlener in direct contact staat met de patiënt, een groep patiënten of het patiëntensysteem. Dit contact kan zijn: face-to-face, telefonisch, elektronisch (o.a. e-mail).

De indirecte cliëntgebonden tijd die besteed wordt aan dossieronderzoek, overleg en opstellen van rapportages en plannen om te komen tot een behandelplan behoort ook tot de declarabele tijd. Indien de indirecte cliëntgebonden tijd ingezet wordt ter uitvoering van de opgestelde plannen dan is deze tijd niet declarabel.

Voorbeeld

In de zintuiglijk gehandicaptenzorg kan een zorgaanbieder een online module inzetten als onderdeel van de behandeling bij kinderen met een taalontwikkelingsstoornis. Normaliter gaan ouders als onderdeel van een behandeltraject tweemaal naar een groepsessie. De online module maakt het mogelijk één sessie te vervangen. Partijen kunnen de ruimte in het maximumtarief benutten om de kosten van deze online module te dekken.

Extra ruimte voor e-health

- Max-max tarieven
- Ruime prestatiebeschrijvingen





4. Toelichting begrippen

Hieronder volgen de begrippen uit het rapport, die we extra willen toelichten.

Max-max tarieven

Bij max-max tarieven is er extra tariefruimte bovenop het (standaard) maximumtarief van de NZa voor aanvullende afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Deze extra tariefruimte wordt ook wel het max-max tarief genoemd. Indien zorgaanbieders en zorgverzekeraars e-health willen stimuleren is er dus ruimte om hier afspraken over te maken.

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

Max-max tarieven zijn mogelijk in de volgende sectoren:

- Mondzorg
- Medisch-specialistische zorg
- Zintuigelijk gehandicaptenzorg
- Basis-ggz
- Gespecialiseerde ggz
- Geboortezorg

Vrije tarieven

Bij vrije tarieven bestaat er veel ruimte om afspraken te maken met zorgverzekeraars over e-health. Niet alleen hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ruimte om onderlinge afspraken te maken over de hoogte van de prijs, maar vaak ook over de samenstelling van de te leveren zorg.

Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieders e-health willen stimuleren is er dus ruimte om hier afspraken over te maken. Onderhandelen over e-health binnen de tariefruimte van een maximumtarief is vanzelfsprekend ook mogelijk.

Sectoren met vrije tarieven

- Fysiotherapie
- Diëtetiek
- Ergotherapie
- Oefentherapie
- Logopedie
- Farmaceutische zorg
- Experiment geboortezorg





1

Deels vrije tarieven

- Huisartsenzorg
- Medisch-specialistische zorg
- Verpleging en verzorging

2

Facultatieve prestatie

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen samen een nieuwe prestatie afspreken in aanvulling op of in plaats van de door de NZa geformuleerde prestatiebeschrijvingen. Deze afspraak wordt vastgelegd in een facultatieve prestatie die wordt aangevraagd bij de NZa. Hierbij bestaat er veel ruimte om afspraken te maken met zorgverzekeraars over e-health. De facultatieve prestatie wordt beperkt getoetst door de NZa. Als aan de regels voor een facultatieve prestatie is voldaan, stelt de NZa de facultatieve prestatie vast. Een voordeel ten opzichte van een reguliere aanvraag is dat een facultatieve aanvraag versneld wordt afgewikkeld binnen vier weken. Ook andere zorgaanbieders kunnen deze nieuwe zorgprestatie leveren als zij hiervoor een overeenkomst hebben met de desbetreffende zorgverzekeraar.

4

In de volgende sectoren is een facultatieve prestatie mogelijk

- Fysiotherapie
- Diëtetiek
- Ergotherapie
- Oefentherapie
- Logopedie
- Farmaceutische zorg

Filmpje



Nederlandse Zorgautoriteit

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar van 09.00 tot 17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

