

Financiering van zorgtechnologie in de langdurige zorg

**Hoe gehandicaptenzorgorganisaties hun
budgetten verdelen voor implementatie
en opschaling**

Inleiding

Zorgtechnologie wordt steeds vaker ingezet voor een toekomstbestendige gehandicaptenzorg. Zorgorganisaties hebben hier budget voor nodig. De Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO) geeft subsidies voor de implementatie van zorgtechnologie en zorgkantoren stimuleren de inzet van zorgtechnologieën. Gehandicaptenzorgorganisaties reserveren zelf ook steeds vaker een eigen budget. Daarmee worden pilots gestart en zorgtechnologieën uitgetest. Maar het is nog niet altijd vanzelfsprekend dat zorgorganisaties nadenken over de bekostiging van het grootschalig in gebruik nemen van zorgtechnologie. En ook al langer bekende knelpunten rondom financiering van zorgtechnologie^{1,2} blijven herkenbaar. Zo is er vaak tijdelijke (externe) financiering beschikbaar, terwijl er juist behoefte is aan structurele financiering. Ook verschillen afspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders over de implementatie en bekostiging van zorgtechnologie en gehanteerde en gebruikelijke afschrijftermijnen zijn niet altijd passend.

Financiering van zorgtechnologie is daarmee een steeds terugkerend thema. Zorgorganisaties zijn hier zoekend in. Binnen de Innovatie-impuls 2 (IIG-2) werden zeven zorgorganisaties door adviseurs geholpen bij opschalingsvraagstukken en waren er bijeenkomsten. In dit opschalingsnetwerk werd tijdens bijeenkomsten uitgewisseld op verschillende thema's. Zo ging het regelmatig over de financiering³ van zorgtechnologie. Hoe doen andere zorgorganisaties dat? Hoe verdelen zij hun interne budgetten? Hoe ziet de begroting eruit? Hoe gaan organisaties om met de verschillende soorten kosten die bij implementatie⁴ en opschaling^{5,6} van zorgtechnologie komen kijken? Wat kunnen wij hieruit leren? Dit zijn vragen die zorgorganisaties binnen het opschalingsnetwerk, maar ook de NZa¹, zich afvroegen. Wij namen daarom een kijkje in de 'financiële keuken' van deze zeven zorgorganisaties uit de IIG-2.

En die financiële keuken kent verschillende smaken. Controllers, zowel business als financial, en een manager innovatie werden geïnterviewd. Deze interviews richtten zich op hoe organisaties intern de financiële middelen verdelen. Hoe extern beschikbare financiering wordt binnengehaald kwam niet aan bod binnen deze inventarisatie. Kortom, we vroegen met welke ingrediënten men kookt en wie er mee kookt, niet vanuit waar deze ingrediënten worden geleverd.

¹ NZa (2022). [Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleeghuiszorg. Een onderzoek naar knelpunten en succesfactoren](#)

² WOZO-werkorganisatie (2024). [Opschaling en financiering van zorgtechnologie](#)

³ Begrippen, financiering van zorgtechnologie, (interne) bekostiging van zorgtechnologie worden in dit stuk door elkaar gebruikt, en verwijzen naar de vraagstukken zoals beschreven in deze inleiding. Hoe verdelen hun zorgorganisaties hun budgetten (budgetallocatie)?

⁴ Implementatie: is het volledige proces om zorgtechnologie duurzaam in te zetten. We onderscheiden drie fasen: kleinschalig gebruik, evaluatie en bijsturing, en vervolgens grootschalige toepassing. Van duurzame implementatie is sprake wanneer de technologie geïntegreerd is in zorg- en werkprocessen, en daarmee in het dagelijks leven van de gebruiker en aantoonbare waarde toevoegt op basis van de oorspronkelijke zorginhoudelijke behoefte.

⁵ Opschaling: het uiteindelijke doel van opschaling is dat zorgtechnologie niet langer bestaat uit losse projecten, maar een vanzelfsprekend en geïntegreerd onderdeel wordt van het zorgaanbod. Om dit te bereiken is een organisatiebrede aanpak en een meerjarenbegroting nodig, waarbij de inzet van zorgtechnologie wordt verankerd in beleid en praktijk.

⁶ IIG-2 (2025). [Opschalen van inzet en gebruik van zorgtechnologie in de gehandicaptenzorg – geïntegreerd en vanzelfsprekend. Gids voor bestuur, MT en programmamanagers.](#)

Achtergrondinformatie

Begrippen: zorgtechnologie, technologie en innovatie

Zorgtechnologie is technologie die cliënten en zorgprofessionals gebruiken in de zorg en ondersteuning, met directe impact op de zelfredzaamheid, gezondheid en welzijn van cliënten. Het zijn technologieën die geïntegreerd worden in zorg- en ondersteuningsprocessen. Denk aan een digitaal planbord, robotica voor dagstructuur, zorgdomotica, sensoren die slaap monitoren of technologie die stress en spanning registreert.

Technologie verwijst naar algemene technologieën die de werking en efficiëntie van zorgorganisaties ondersteunen. Dit is bijvoorbeeld een elektronisch cliënten dossier (ECD), tools voor roostering, planning en facturatie, communicatietools of ICT-netwerken.

Innovatie is een bredere term die verwijst naar ‘vernieuwing’ door technologische en sociale verandering. Voorbeelden van sociale innovatie: behandelmethode Triple C, een vernieuwende woonvorm of het op een andere manier betrekken van naasten bij de zorg. Voorbeelden van technologische vernieuwing: data-ondersteund werken of ontwikkeling van AI-agents.

In deze inventarisatie is zorgtechnologie het startpunt van de gesprekken geweest. In de praktijk merken wij dat de afbakening en interpretatie van zorgtechnologie per zorgorganisatie of zelfs per persoon kan verschillen. En de afbakening kan financieel en projectmatig ook niet altijd zo strak gemaakt worden, want met het implementeren én opschalen van zorgtechnologie is (vaak) ook investeren in technologie zoals ICT-netwerken nodig. Ook vraagt het een andere manier van werken en organisatie van de zorg.

Kostenopbouw van de inzet van zorgtechnologie

De kostenopbouw van zorgtechnologie bestaat uit verschillende onderdelen en hangt ook af van de fase waarin het gebruik van zorgtechnologie zich bevindt. Zo vraagt kleinschalig gebruik andere investeringen en kosten dan grootschalig gebruik of opschaling.

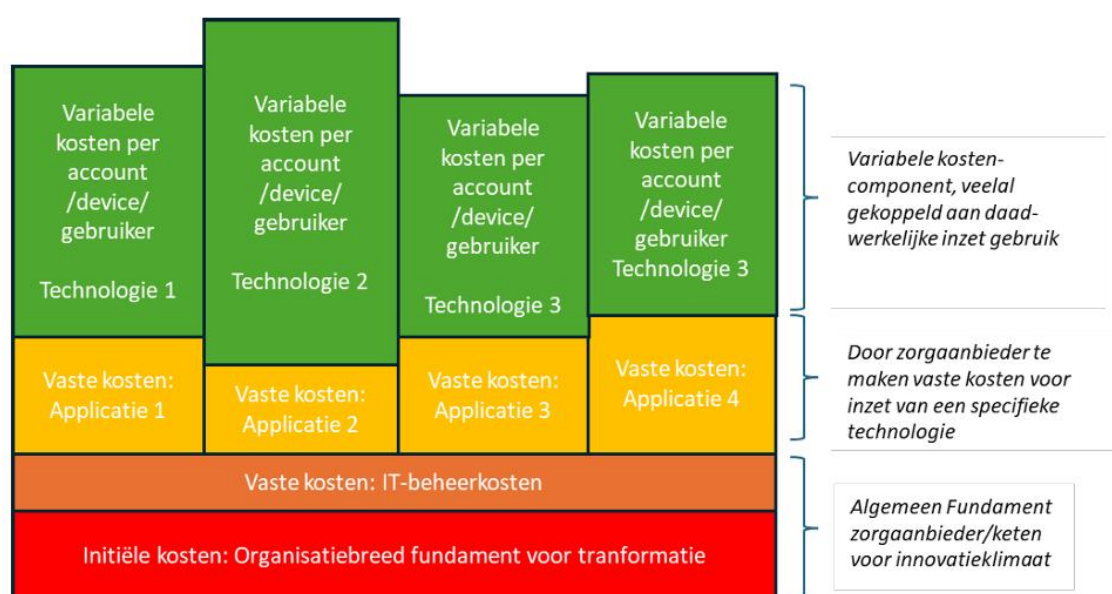
Bij de kosten van de inzet van zorgtechnologie wordt onderscheid gemaakt tussen vaste en variabele kosten, en initiële en doorlopende kosten (Tabel 1, Figuur 1). *Variabele kosten* hangen direct samen met het aantal gebruikers, ofwel het volume van inzet, denk aan het aantal apparaten, accounts of licenties. *Vaste kosten* hangen hier niet mee samen, maar betreffen de kosten die een zorgorganisatie moet maken om de zorgtechnologie in te kunnen zetten.

Deze gelaagdheid maakt structurele financiering van zorgtechnologie complex:

- initiële kosten zijn hoog, maar leveren pas op langere termijn rendement op;
- vaste kosten herhalen zich jaarlijks en vragen om structurele dekking in de begroting;
- variabele kosten fluctueren met gebruik, wat het voorspellen en budgetteren bemoeilijkt.

Tabel 1: Toelichting en voorbeelden kostenopbouw zorgtechnologie ^{2,6}

Kostenopbouw zorgtechnologie	Toelichting	Voorbeelden
Vaste initiële kosten: transformatie-kosten	Kosten die een organisatie maakt voor blijvende verandering.	• Projectkosten voor implementatie • Bijkomend verandertraject • Programmamanagement • Investering in scholing en gedragsverandering (bijv. digi-, tech- en AI-vaardigheden, digicoaches) • IT en facilitaire veranderingen zoals: aanpassingen in netwerken, infrastructuur en informatiebeveiliging
Vaste doorlopende kosten	Organisatiebrede vaste kosten, zoals applicatie- en ICT-beheer, dat nodig is om technologieën operationeel te houden.	• Applicatie-beheer en onderhoud • ICT-beheer en onderhoud • IT-infrastructuur beheer en onderhoud • Kosten voor zorgtechnologie uitleenservices
Vaste kosten per zorgtechnologie	Afhankelijk van de technologie en afspraken tussen leverancier en zorgorganisatie. Deze kosten worden aan de leverancier betaald.	• Organisatielicense • Servicecontract voor zorgtechnologie
Variabele kosten per account, device of gebruiker	Afhankelijk van de hoeveelheid gebruik/gebruikers. In sommige gevallen is staffelkorting mogelijk. Deze kosten worden aan de leverancier betaald.	• Kosten per device • Kosten per account • Kosten per gebruiker


Figuur 1: Visualisatie kostenopbouw zorgtechnologie²

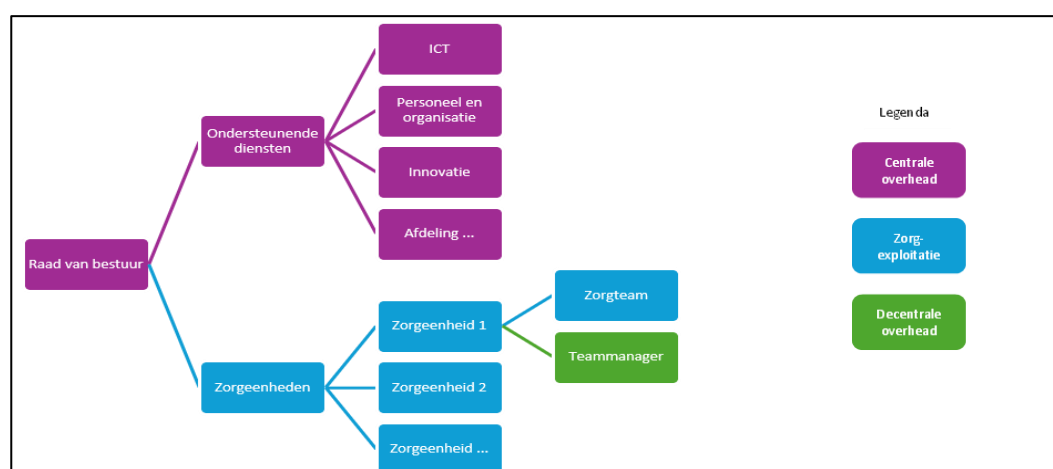
Wanneer een organisatie een zorgtechnologie kleinschalig in gebruik neemt door een pilot te draaien kan dit vaak betaald worden vanuit een tijdelijk budget. Dan worden nog niet alle kosten gemaakt die nodig zijn om een zorgtechnologie duurzaam en geborgd in gebruik te nemen. Een voorbeeld is intern organiseren van applicatiebeheer, in een pilotfase kan men ervoor kiezen dit bij de leverancier te laten liggen, of pakt een projectteam deze werkzaamheden op. Vaste kosten voor dit beheer en de initiële kosten voor de transformatie hiernaartoe – zorgen dat de nieuwe zorgtechnologie door de eigen ICT-afdeling beheerd kan worden – zijn kosten die dan pas bij grootschalig in gebruik nemen en opschaling naar boven komen.

De gelaagdheid van de kosten voor de inzet en borging van zorgtechnologie, en het feit dat kleinschalig in gebruik nemen andere financiering vraagt dan wanneer zorgtechnologie wordt of is opgeschaald, zorgt voor knelpunten rondom financiering. Zo is er vaak wel tijdelijke financiering voor een pilot of eerste implementatie, maar geen structurele financiering voor de fase daarna. Transformatiekosten worden vaak over het hoofd gezien of onderschat. Uit eerdere rapportages bleek dit knelpunt al binnen de verpleeghuiszorg^{2,6}. De opschalingsorganisaties binnen de gehandicaptenzorg herkennen deze knelpunten óók. Zonder structurele afspraken over financiering ontstaat er spanning tussen innovatie en continuïteit: projecten worden succesvol afgesloten, maar de middelen voor opschaling, doorontwikkeling en beheer ontbreken.

Centrale en decentrale overhead, en zorgexploitatiekosten

Een zorgorganisatie heeft grofweg twee pijlers: de zorgseenheden die directe zorg leveren aan de cliënten en de ondersteunende diensten (Figuur 2). De kosten die een zorgseenheid maakt voor het zorgpersoneel, maar ook bijvoorbeeld medicatiekosten, zijn de zorgexploitatiekosten (blauw). Daarnaast zijn er de ondersteunende diensten, zoals de afdelingen ICT, HR/P&O en communicatie (paars). Hier worden kosten gemaakt die niet direct naar de zorg gaan. Dit is de centrale overhead. Dan is er nog de decentrale overhead. Dit zijn de kosten binnen een zorgseenheid die niet tot directe zorglevering leiden, zoals kosten voor een teammanager, zorgdirecteur of planningsafdeling van deze zorgseenheid (groen).

In veel zorgorganisaties is niet duidelijk waar de kosten voor de inzet van zorgtechnologie en bijbehorende transformatie genomen worden: welk deel van de bekostiging valt binnen de centrale overhead, de decentrale overhead of de zorgexploitatie?



Figuur 2: Voorbeeld van een zorgorganisatie met uitleg over de (de)centrale overhead en zorgexploitatiekosten

Aanpak inventarisatie

Voor het kijken in de financiële keuken interviewden wij business en/of financial controllers en een manager innovatie van de zeven gehandicaptenzorgorganisaties uit de IIG-2. Deze zorgorganisaties zijn bezig met verschillende (zorg)technologieën gelijktijdig programmatisch op te schalen⁷. De semigestructureerde interviews gingen over;

Staat zorgtechnologie en/of innovatie apart op de begroting, en voor welk budget?

Dit geeft inzicht in hoe zorgorganisaties naar dit onderwerp kijken; wat zij zien als zorgtechnologie en innovatie, en hoeveel geld geven organisaties hieraan uit. Dit is afgezet als % van de inkomsten. Er is niet onderzocht in welke mate budget voor innovatie afhangt van de mate waarin zorgorganisaties gebruik weten te maken van subsidies en fondsen.

Hoe worden innovatieprojecten met zorgtechnologie afgebakend qua kosten?

Projecten waarbij zorgtechnologie wordt ingezet, en uiteindelijk onderdeel wordt van de reguliere zorg, hebben te maken met verschillende type kosten. Organisaties kunnen hier verschillend naar kijken. Welk type projecten zien zij als innovatief?

Kosten op centrale, decentrale overhead of vanuit zorgexploitatie; welke keuze maakt de organisatie en waarom?

Het is interessant om te weten of zorgorganisaties bijvoorbeeld kiezen om technologiekosten en implementatiekosten op de centrale overhead te zetten om geen financiële drempel voor een zorglocatie op te werpen. Of wordt ervoor gekozen om de kosten zo dicht mogelijk bij de zorggebruiker te leggen om goed en efficiënt gebruik te stimuleren? Ook is interessant of keuzes afhankelijk zijn van het type zorgtechnologie.

Afdracht aan centrale overhead, hoeveel is deze en hoe is dit berekend?

In aansluiting op de vorige vraag is ook uitgevraagd hoeveel procent de zorgseenheden afdragen aan de centrale overhead en of elke zorgseenheid een gelijk percentage afdraagt.

Welke uitdagingen zijn er op het gebied van financiering van zorgtechnologie en innovatie?

Verschiedende uitdagingen zijn besproken. Dit geeft aan tegen welke vraagstukken zorgorganisaties aanlopen waarvoor niet direct een antwoord klaarligt.

De interviews werden gehouden tussen november 2025 en februari 2026, en duurden ongeveer één uur. Van de zeven organisaties spraken wij één of twee personen. Interviews zijn niet opgenomen. Alle geïnterviewden ontvingen een samenvatting van het gesprek, en van zes organisaties is daarna nog aanvullende informatie ontvangen. Allen gaven akkoord op de juistheid van de weergave van het interview. Ook hebben zij het conceptrapport gelezen en van aanvullingen voorzien.

De interviews en dit rapport geven inzicht in hoe zorgorganisaties met dit vraagstuk omgaan, maar vormen geen representatieve weergave van de gehele sector. In deze rapportage is geen informatie opgenomen die herleidbaar is tot individuele organisaties.

AI (M365 Copilot) is ingezet om de geanonimiseerde antwoorden te structureren en te ondersteunen bij het schrijven van de discussie, conclusie en aanbevelingen. De auteurs hebben de door AI gegenereerde teksten beoordeeld en aangepast waar nodig.

⁷ [Voortgangsrapportage over 2025 van Innovatie-impuls-2](#)

Resultaten

Over de gehandicaptenzorgorganisaties

De organisaties varieerden qua zorgaanbod, cliëntaantallen en omzet;

- Zorgaanbod: van regionaal gericht op één type beperking, tot landelijke opererend met een breed aanbod voor verschillende typen beperkingen, en variaties hiertussen;
- Cliëntaantallen: van ongeveer 1300 tot ruim 13.000, en aantal medewerkers: van 600 tot 16.000;
- Inkomsten: voornamelijk Wlz: 5 organisaties halen 75%-85% en twee organisaties halen ca. 60% van de inkomsten uit de Wlz;
- Jaaromzet (2024): van €52 miljoen tot €1,2 miljard: drie van de zeven organisaties hebben een omzet tussen de €100 en €200 miljoen.

Staat zorgtechnologie en/of innovatie apart op de begroting, en voor welk budget?

Organisaties gaven verschillend antwoord op deze vraag. Drie organisaties hebben een specifieke post voor zorgtechnologie en/of innovatie op de begroting staan. Drie andere organisaties hebben geen specifiek geormerkt budget, maar maken wel financiële middelen beschikbaar voor projecten met zorgtechnologie. De zevende organisatie geeft aan geen innovatiebudget te hebben.

Van de zeven organisaties hebben vijf organisaties aangegeven hoeveel budget aan innovatie of zorgtechnologie wordt uitgegeven. Bij vier organisaties ligt dit budget tussen de €250.000,- en €3.000.000,-; dit is tussen de 0,5%-2% van hun totale omzet. Eén organisatie gaf aan geen innovatiebudget te hebben (0% van hun totale omzet). Zij reserveren wel een projectbudget voor de uitrol van de 'bewezen' technologieën binnen hun organisatie. Ook hebben zij een 'management reserve' die ruimte geeft voor projecten, zoals de inzet van een zorgrobot of vervanging van het ECD. Dit wordt vastgesteld tijdens de begrotingscyclus in het voorgaande jaar. Er is niet gedeeld hoe groot deze budgetten gezamenlijk zijn. Twee organisaties hebben niet gedeeld hoeveel geld zij uitgeven innovatie en zorgtechnologie.

De organisatie zonder innovatiebudget benoemt dat dit betekent dat er geen geld is voor 'ad hoc' innovatieprojecten of het uitproberen van technologie. Wel heeft deze organisatie geld beschikbaar voor de implementatie van 'bewezen technologie', maar dit wordt door hen expliciet niet als innovatiebudget benoemd. De geïnterviewden onderbouwden dit met het feit dat *"onze organisatie is wat betreft zorgtechnologie meer een late adopter en volgt de markt in wat er gebeurt. Dit wordt dus niet zozeer vanuit de bestuurlijke beleidsagenda bepaald. Er is dan ook geen apart zorgtechnologie budget. [...] Hoewel ik [controller] samen met een projectleider zorgtechnologie geprobeerd heb om dit voor elkaar te krijgen, is dit niet gelukt. Het lijkt erop dat onze organisatie hierin wat minder risico's wil nemen. We richten ons op 'bewezen technologie' als slimme inco, slimme sok en domotica. Het is dus niet zo dat we niets aan vernieuwing doen, maar wij hangen er niet snel het label innovatie aan".*

Hoe worden innovatieprojecten met zorgtechnologie afgebakend qua kosten?

Organisaties verschillen in de wijze waarop zij budget voor innovatie⁸ afbakenen en welke kosten zij hieronder scharen. In veel gevallen worden de hardware- en licentiekosten hieraan toegewezen, mits de zorgtechnologie zich in de pilot- of projectfase bevindt. Ook de mate waarin personele kosten worden gezien als kosten voor innovaties varieert. Hieronder wordt de situatie voor de zeven zorgorganisaties beschreven.

Eén van de kleinere organisaties hanteert een smalle afbakening van innovatiekosten. Het innovatiebudget wordt ingezet voor pilots en projecten in de onderzoeksfase waarin wordt verkend of een zorgtechnologie geschikt is voor bredere implementatie binnen de organisatie. Tot innovatiekosten rekent de organisatie voornamelijk de aanschaf van zorgtechnologie (hardware en licentiekosten) en ook de verletkosten. Wanneer medewerkers uit het primaire proces tijdelijk worden vrijgemaakt om een projectleidersrol te vervullen, worden de vervangingskosten wel vanuit het innovatiebudget gefinancierd en aangemerkt als verletkosten.

Een tweede middelgrote organisatie ziet budget voor innovatie specifiek voor vernieuwingsprojecten. *“Onze organisatie heeft een kaderbrief rondom innovatie en de financiering hiervan, en we zien dit specifiek als vernieuwingstrajecten. Hier is innovatiebudget voor. De kosten voor zorgtechnologie (hardware en licentiekosten) vallen hier ook onder, maar maken maar een klein deel uit van de totale kosten die worden gemaakt”.* In deze vernieuwingsprojecten staan onderzoek, experimenteren en leren centraal. Er is een afdeling innovatie, zij doen innovatieprojecten met en zonder zorgtechnologie. Hierdoor is geen eenduidig onderscheid te maken in de personeelskosten die specifiek aan zorgtechnologieprojecten zijn toe te rekenen. Deze organisatie spreekt daarnaast ook over *“verbetertrajecten, deze kunnen volgen uit de vernieuwingsprojecten, dit willen we zo veel mogelijk uit de reguliere zorgkosten betalen, wel kunnen randvoorwaardelijke aanpassingen vanuit centrale budgetten worden bekostigd”.*

Eén van de grotere organisaties gaf aan; *“Wij zien innovatie als ‘uitproberen’ en ‘leren’. [...] Als we naar kosten kijken die je maakt voor innovatie, dan gaat het om (a) hardware- en softwarekosten en (b) implementatiekosten. Deze implementatiekosten zijn onder andere de personele kosten van onze innovatieafdeling, maar denk ook aan scholing van medewerkers en innovatiecoaches of een eigen e-learning maken. Dit bekostigen wij deels intern, dat is dan meer structureel, en deels met externe transitie-middelen”.* De geïnterviewde gaf aan dat financiële ruimte voor ‘leren en onderzoek’ belangrijk is, maar ook dat de organisatie al verder nadenkt of bij succes er ook financiële ruimte is voor opschaling.

Bij een andere grotere organisatie wordt budget voor innovatie deels ingevuld via een structureel budget voor de afdeling zorginnovatie. *“De helft van dit budget wordt besteed aan personele kosten, intern en extern, denk daarbij aan projectleiders. De andere helft is voor materiële kosten zoals ontwikkelkosten voor innovaties. Hierbij kun je denken aan software of hardware, maar ook inkoop van kennis en expertise”.* Daarnaast beschikt de organisatie ook over een afzonderlijk budget voor grote veranderprogramma's: *“Aanvullend is er een ‘change budget’ van enkele miljoenen waar ook*

⁸ Hier wordt bewust gekozen van de term ‘budget voor innovatie’, in plaats van innovatiebudget, omdat niet elke organisatie een specifiek geormerkt innovatiebudget heeft. De geïnterviewden hebben voor beantwoording van deze vraag verschillende budgetten bij elkaar hebben gezocht die zijn aanmerken als geld dat wordt uitgegeven aan innovatie en zorgtechnologie.

innovatieprojecten uit gefinancierd kunnen worden. Dit zijn meer onze programma's gericht op verandering. Zoals bijvoorbeeld een nieuw elektronisch cliënten dossier. Innovatie zien we meer als echt iets nieuws waarvan we de uitkomst nog niet zeker weten. Maar deze scheidslijn is soms wat troebel". Het is bij deze organisatie niet zo dat alle zorgtechnologie- of innovatieprojecten uit één van deze budgetten worden betaald. "Elk project wordt voorgelegd aan de stuurgroep en hierin wordt een gemeenschappelijk besluit genomen, onder andere over interne bekostiging of niet. Er is niet een vast afwegingskader hiervoor".

Een vijfde organisatie, middelgroot, hanteert een bredere afbakening waarbij het innovatiebudget zowel wordt ingezet voor onderzoeks- en experimenteerprojecten als voor implementatietrajecten. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de kosten van een technologie zoveel mogelijk worden ondergebracht in de reguliere exploitatie zodra deze organisatiebreed wordt toegepast. Echter, *"in de praktijk blijken de grenzen tussen innovatie- en reguliere bekostiging niet altijd scherp. Dit geldt zowel voor de overgang van een projectfase naar opschaling, als voor de vraag vanuit welk budget een technologie uiteindelijk wordt gefinancierd. Sommige technologieën, zoals zorgdomotica, lenen zich beter voor een centraal budget, van de afdeling ICT. Terwijl andere technologieën beter op een zorgbudget kunnen staan, zoals de slimme sok of slimme inco. Echter zolang deze laatste twee technologieën nog in de projectfase zitten worden deze centraal, vanuit het innovatiebudget, bekostigd"*.

Een zesde, kleinere, organisatie gebruikt budget voor innovatie uitsluitend voor verdere implementatie van zorgtechnologieën waar een expliciete keuze voor is gemaakt. Innovatie wordt hier dus gezien als opschaling van, voor de organisatie nieuwe, zorgtechnologieën. De organisatie werkt met opschalingsplannen en een bijbehorend opschalingsbudget, waarbij hardware- en licentiekosten staan op de ICT-begroting. Als voorbeeld van een geselecteerde zorgtechnologie: *"Neem bijvoorbeeld digitale planborden, hiervoor is een opschalingsplan waarin staat met hoeveel digitale planborden we willen opschalen. Zolang dit budget nog niet op is, kan een nieuwe locatie een aanvraag doen"*. Daarnaast is er een innovatieafdeling die projectmatig werkt en verandertrajecten ondersteunt.

Een zevende organisatie heeft aangegeven geen budget voor innovatie te hebben, maar wel geld uit te geven aan het grootschalig inzetten van bewezen zorgtechnologieën. Grotere programma's zoals het vervangen van het ECD worden uit de pot managementreserve betaald.

Kosten op centrale, decentrale overhead of vanuit de zorgexploitatie; welke keuze maakt de organisatie en waarom?

Sommige organisaties plaatsen kosten voor innovatie en zorgtechnologie bewust op de centrale overhead om opschaling te stimuleren en financiële drempels voor zorglocaties te voorkomen, terwijl andere organisaties kosten juist onderbrengen in de zorgexploitatie om eigenaarschap en doelmatige inzet te bevorderen. De keuze hangt ook af van het type technologie en fase van implementatie.

Een grotere organisatie kiest ervoor om kosten rondom de inzet van zorgtechnologie zo veel mogelijk op de centrale of decentrale overhead te zetten. *"Software licenties zullen in de meeste gevallen op het budget van ICT staan, centrale overhead. Personeelskosten voor het begeleiden van implementatietrajecten staan ook op de centrale overhead. Voor sommige technologieën, bijvoorbeeld voor de slimme sok voor spanningsmeting, hebben wij de kosten op de decentrale overhead van de*

afdeling Behandeling staan. Zo kunnen de behandelaren de afweging maken over zinvolle inzet van de zorgtechnologie". Hiermee wordt de zorglocatie waar de zorgtechnologie tijdelijk wordt ingezet niet direct belast. Kortom, zij hebben geen financiële drempel om een cliënt aan te melden voor een zorgtechnologie.

De tweede grote zorgorganisatie zet kosten voor de implementatie van zorgtechnologieën die organisatiebreed worden uitgerold zoveel mogelijk op de centrale overhead. Projectleiders komen vaak van de afdeling Innovatie die onder de centrale overhead vallen. Dit voorbeeld illustreert hoe deze organisatie het nu aanpakt. *"We hebben gekozen om digitale planborden breed uit te rollen. De hardware- en licentiekosten, en ook een deel van de implementatiekosten, worden betaald uit de centrale overhead. We zien dit als een solidariteitsprincipe. Elke zorgeenheid betaalt zo mee omdat ze afdragen aan de centrale overhead, en een zorgeenheid of locatie die digitale planborden wil inzetten wordt niet direct met extra kosten opgezaald".* De extra inzet van zorgpersoneel voor de implementatie komt meestal wel van het zorgexploitatiebudget. *"Trainingen van personeel wordt bij op de kostplaats van de zorgeenheid gezet, ook al worden deze intern verzorgd door de afdeling die trainingen en scholingen geeft. Verletkosten komen in dit geval ook voor kosten van de zorgeenheid zelf".* Wanneer er aanpassingen in de ICT-infrastructuur nodig zijn, bijvoorbeeld voor een goed werkende WIFI, dan ziet de organisatie dit als reguliere ICT-investeringen. Toch maakt de organisatie soms ook andere keuzes, gaf de geïnterviewde aan: *"Domotica en uitluistersystemen worden per zorgeenheid doorbelast, en je zou wel willen dat ze de 'extra' kosten kunnen drukken met de besparing in de inzet van personeel".* Technologie die op individuele basis wordt ingezet, zoals de slimme sok voor spanningsmeting, wordt dan weer intern doorbelast, zodat deze tijdelijke inzet bij een cliënt voor de duur van dit gebruik van het zorgbudget van deze locatie afgaat.

Een van de kleinere organisaties heeft een deel van de kosten op de centrale overhead staan, zoals de personeelskosten voor de projectleiders van de afdeling Innovatie en het ICT-budget voor de hardware- en licentiekosten van zorgtechnologieën die worden opgeschaald. Het andere deel komt uit de directe zorgexploitatie: *"De indirecte uren vanuit de zorg, zoals voor trainingen of eHealth ambassadeurschap, deze kosten komen voor rekening van de zorgeenheid. Echter kan een subsidie, bijvoorbeeld vanuit RVO, voor een implementatietraject wel financiële ruimte geven aan deze zorgeenheid".* In het verleden was dit anders; *"Voorheen waren hardware- en licentiekosten, bijvoorbeeld van een digitaal planbord, op kosten van de zorgeenheid of vielen ze onder de afdeling Innovatie, dat is centrale overhead. Uiteindelijk wil je dat zorgtechnologie onderdeel wordt van de reguliere zorg, en moet je het ook zo financieren en zorgen voor structurele middelen. Nu hebben we gekozen voor de centrale overhead, het ICT-budget, met één eindverantwoordelijke. We zetten deze kosten niet meer op de afdeling Innovatie, omdat deze afdeling projectmatig werkt, projecten met een kop en een staart".*

Bij een middelgrote organisatie staat een groot deel van de kosten op de centrale overhead; de projectleiders en medewerkers van de afdeling Innovatie en de materiële kosten voor individuele oplossingen die zij voor cliënten ontwikkelen. Wanneer een projectleider uit de zorg komt dan wordt dit wel uit het zorgbudget betaald (decentrale overhead) al *"is dit niet heel zuiver terug te herleiden. [...] Als een locatie aan de slag wil met een zorgtechnologie dat in de opschalingsfase zit, dan maken we dit mogelijk met middelen. Zo worden negatieve lasten niet op de zorgexploitatie gelegd. Maar als het onderdeel wordt van de reguliere zorg, dan wordt het wel onderdeel van de zorgexploitatiekosten. Slimme inco's worden dan net als gewone inco's uit het eigen zorgbudget betaald. Op dit moment worden dat soort kosten betaald vanuit het innovatiebudget of gedekt met*

subsidies van het RVO. Daarbij geeft de geïnterviewde wel aan dat het nu nog niet zo ver is, maar dat het hiernaartoe moet gaan. Ook bij deze organisatie worden zowel de hardware- als licentiekosten betaald vanuit het ICT-budget.

Een andere, middelgrote organisatie heeft voor de financiering van de slimme sok juist expliciet bepaald dat dit uit de zorgexploitatie betaald wordt. Het vaakst gebeurt dat uit 'meezorg', een extra bedrag voor zorg en ondersteuning dat cliënten met een meezorgindicatie krijgen. *"De teamleider van het betreffende zorgteam stemt de inzet met de gedragsdeskundige af, en die betalen we dan uit de meezorg. Daarvan wordt ook de gedragsdeskundige betaald. Kortom, het is dus feitelijk één van de tools die de gedragsdeskundige in kan zetten voor de diagnostiek. Dit betekent ook dat wanneer we de slimme sok willen inzetten bij een cliënt zonder meezorgindicatie er echt een hoge financiële drempel is doordat de kosten zo hoog zijn van deze technologie".* Ook de materiaal en licentiekosten voor bijvoorbeeld slimme inco worden op de zorgexploitatiekosten gezet. Zorgdomotica wordt daarentegen wel vanuit de centrale overhead bekostigd. Ook is er een robotica-project gestart dat bekostigd wordt vanuit de 'management reserve', een centraal overhead budget waar de managers zelf aanspraak op kunnen maken. Het projectenbureau binnen deze organisatie, die verdere uitrol van zorgtechnologieën begeleidt, wordt betaald vanuit de centrale overhead.

Bij één van de middelgrote organisaties worden projectleiders voor innovatieprojecten juist uit de decentrale overhead betaald. Deze komen dus feitelijk uit de directe zorgexploitatiekosten. Het is namelijk vaak personeel uit een zorgseenheid dat aangewezen wordt als projectleider. Ook verletkosten worden door de zorgseenheden zelf betaald *"zo is het vastgesteld in de kaderbrief innovatie"*. Rndom licentiekosten kan het wat verschillen en *"hier is ook wel mee geschoven, om zo managers geen negatieve prikkel te geven het in te zetten. Bijvoorbeeld digitale dagbesteding, deze viel eerst onder [...] zorgseenheid, en daarmee dus onder hun decentrale overhead. Nu is het echter verplaatst naar ICT, naar de centrale overhead. Zo proberen we de licentiekosten zo veel mogelijk op één plek te hebben"*. Toch noemde de geïnterviewde ook voorbeelden van zorgtechnologie die wel op de zorgseenheid zelf blijven staan, zoals beeldzorg waar een directe vergoeding voor 'geleverde zorg' wordt gegeven vanuit de WMO of zorgkantoren. *"In dit geval kan de manager dus zelf aan de knoppen draaien, beeldbellen kan de declarabiliteit van de teams namelijk verhogen."*

In de andere kleinere zorgorganisatie beslist het managementteam hoe de centrale budgetten worden besteed. Dit wordt altijd in het grote geheel beoordeeld waarbij rekening wordt gehouden met de randvoorwaardelijke investeringen. Zo heeft deze zorgorganisatie de 'zorgtechnologie uitleenservice' op het centrale ICT-budget staan, al wordt dit wel intern doorbelast. Dit betekent dat wanneer de zorgtechnologie wordt ingezet bij een cliënt, dit gebruik wordt betaald vanuit het zorgexploitatiebudget. Ook digi- en e-healthcoaches worden betaald vanuit dit centrale budget. *"Daarbij is ons standpunt wel dat zorgtechnologieën op de zorgbegroting, in de exploitatie moeten passen als je gaat opschalen. Dat wil zeggen, als je extra kosten maakt voor hardware of licenties, dan moet je dit via personeelsbesparing wel terugverdienen. Dit kan bijvoorbeeld door een wijziging in je functiemix of minder personele inzet. De medewerkers in de functie van centrale planner kunnen helpen beoordelen welke wijze van zorginzet en roostering slimmer werken met behulp van innovaties mogelijk maakt. [...] Vaak heb je wel een combinatie van meerdere innovaties nodig om een substantieel verschil te kunnen maken in de operatie en dus je formatie inzet. [...] Je moet innovaties zodanig gebruiken dat werkwijzen fundamenteel veranderen en dat zorginzet doelmatiger kan. Kaasschaven werkt niet."*

Afdracht aan centrale overhead, hoeveel is deze en hoe is dit berekend?

Naast de vraag wat vanuit de (de)centrale overhead en de zorgexploitatie gefinancierd wordt, is ook gevraagd hoeveel de zorgseenheden afdragen aan de centrale overhead. De afdracht aan de centrale overhead varieert van 15% tot 20%. Niet alle organisaties hebben gedeeld hoeveel de zorgseenheden afdragen aan de centrale overhead.

Twee van de drie middelgrote organisaties hebben ervoor gekozen de zorgseenheden verschillend te laten bijdragen aan de centrale overhead. Hier worden verschillende verdeelsleutels gebruikt. Bij één van deze organisaties wordt vervolgens per overhead onderdeel gekeken hoeveel de zorgseenheden hieraan bijdragen. Bijvoorbeeld een percentage fte om te bepalen hoeveel wordt afgedragen aan P&O, of een percentage van de omzet om af te dragen aan Innovatie, of het aantal m² voor de facilitaire kosten. De andere middelgrote organisatie heeft juist vanaf 2026 de keuze gemaakt om de afdrachtspercentage voor elke zorgseenheid gelijk te trekken. De derde middelgrote organisatie heeft een vast afdrachtspercentage per zorgseenheid. Twee organisaties hebben gedeeld hoe groot hun afdrachtspercentage is voor de centrale overhead, dit ligt tussen de 14% en 15%, waarbij één organisatie daarnaast een decentrale overhead heeft van 5% en de andere 9%.

Eén van de grote organisaties heeft gekozen voor een vast afdrachtspercentage per zorgseenheid. Deze is ook circa 15%. In het interview met de andere grote zorgorganisatie is dit onderwerp niet besproken.

Bij de twee kleinere zorgorganisaties wordt het afdrachtspercentage verschillend vastgesteld. Bij één wordt gewerkt met een vast afdrachtspercentage per zorgseenheid. Deze ligt rond de 20%. Bij de andere organisatie dragen zorgseenheden af afhankelijk van het gebruik. Als bijvoorbeeld een zorgseenheid geen gebruik maakt van facilitaire diensten, omdat zij ambulante werken, dan draagt deze zorgseenheid ook niet voor dit onderdeel af. Deze organisatie heeft geen indicatie gegeven van het percentage dat naar de decentrale overhead gaat.

Welke uitdagingen zijn er op het gebied van financiering van zorgtechnologie en innovatie?

Tijdens de interviews werden verschillende uitdagingen genoemd.

Weinig financiële ruimte om flexibel te zijn met de inzet van zorgtechnologie

Zonder specifiek budget voor innovatie is er nagenoeg geen financiële ruimte om flexibel te zijn met de inzet van zorgtechnologie. *"Wij kunnen geen extra slimme sok inzetten op het moment dat dit nodig lijkt voor een cliënt, omdat daarvoor geen ruimte is op de begroting. Alles is al meer dan een jaar van tevoren, met het vaststellen van de begroting, vastgelegd."*

Geen eenduidig afwegingskader om te bepalen op welk budget zorgtechnologieprojecten vallen

Tussen en ook binnen zorgorganisaties zijn er verschillen in hoe de afweging gemaakt wordt vanuit welk budget zorgtechnologie- en innovatieprojecten gefinancierd worden. Een afwegingskader helpt om op een eenduidige wijze tot besluitvorming te komen. *"Elk project heeft een eigenaar, bijvoorbeeld een zorgdirecteur. Dan worden voorstellen voor zorgtechnologieprojecten"*

voorgelegd aan de stuurgroep, die bestaat uit directeuren, en in de stuurgroep wordt een gemeenschappelijk besluit genomen, over de inzet en ook over de financiering ervan. Maar het ontbreekt aan een vast afwegingskader, dat een gelijke vraag ook tot een gelijk besluit leidt."

Uitdagend om financiële effecten van combinaties van zorgtechnologieën te bepalen

De meeste winst of positieve effecten, zowel voor cliënten, zorgprofessionals, locaties en organisaties als geheel, worden verwacht van bepaalde combinaties van zorgtechnologieën en innovaties. Het is uitdagend om deze gecombineerde effectiviteit of doelmatigheid te bepalen. *We willen in de toekomst de financiële effecten beter meenemen in onze business cases."* Een andere organisatie vult aan; *"Maar het is ook belangrijk aandacht te hebben voor de kwantitatieve én kwalitatieve doelen voor de inzet van zorgtechnologie, en dit in relatie te zetten met de implementatie- en opschalingskosten. Door dit vanuit de sector te monitoren en te vertalen naar de NZa hopen we naar meer structurele bekostigingsafspraken te komen".*

Integraaltarief houdt geen rekening met kosten voor zorgtechnologie/innovatie

Zorgorganisaties ontleen hun inkomen aan het integraaltarief, waarvan de hoogte afhangt van het zorgprofiel (v.h. zorgzwaartepakket) van hun cliënten. Het integraaltarief bestaat uit drie onderdelen, die elk apart geïndexeerd worden; de zorgcomponent, de NHC, de normatieve huisvestingscomponent, voor gebouwen en vastgoed, en de NIC, de normatieve inventariscomponent, voor onder andere hardware en software. Er leven vragen over de verhouding tussen deze drie onderdelen als er meer zorgtechnologie wordt ingezet. *"Wanneer zorgorganisaties zorgtechnologie gaan inzetten om tekorten in zorgpersoneel op te vangen, verschuift de verhouding in je kostenposten. Maar wordt dit ook door de NZa gezien? Wordt de verhouding tussen deze tarieven opnieuw afgewogen? Of zien ze vooral minder zorgpersoneel met een mogelijke kans om de zorgcomponent in het tarief omlaag te brengen, zonder te compenseren voor een toenemend NIC of wellicht zelfs een nieuw component ten aanzien van de inzet van zorgtechnologie?"*

"Eerst worden zorgtechnologie projectkosten vergoed vanuit subsidies, daarna moet je ze zelf opvangen. De verhoudingen in de begroting gaan verschuiven. Zorgtechnologie zal leiden tot hogere kosten voor de centrale overhead en uiteindelijk leiden tot minder directe personeelskosten. Formatie afschalen is vaak lastig, maar personeelsschaarste zal er in de toekomst voor zorgen dat dit wel moet. Maar dit vraagt veel, hoe gaan we de zorg anders en betaalbaar organiseren?"

Transformatie in de zorg vraagt om structurele – en geen projectmatige – aanpak

De realisatie van positieve effecten van de inzet van zorgtechnologie en innovatie vraagt om een structurele verandering in alle lagen van de zorgorganisatie. *"Wij kennen nog wel innovatie- en zorgtechnologieprojecten met uitdagingen rondom middelen beschikbaar maken. Zo vraagt de transitie naar hybride zorg, waarin zorg en ondersteuning die eerder fysiek werd aangeboden nu deels online wordt aangeboden, eigenlijk een langdurige, en misschien wel continue, ontwikkeling. Dit vliegen we nu nog projectmatig aan, maar vraagt eigenlijk om structurele middelen, en om tijd en expertise. Vooral van de mensen uit de zorg, daar ligt namelijk de expertise."*

Samenwerken is nodig, zeker voor kleinere organisaties

Net als de grote(re) organisaties, ervaren de kleinere organisaties ook personeelskrapte en andere issues. Zij zijn voor hun transformatie ook afhankelijk van kennis en ervaringen van hun grotere collega-aanbieders. *"Als kleinere organisatie kunnen wij niet zelf het wiel uitvinden, daar hebben we de menskracht en middelen niet voor. Samenwerkingsverbanden zijn voor ons belangrijk om van elkaar te leren".*

Conclusie en aanbevelingen

Deze inventarisatie laat zien dat er niet één manier is waarop gehandicaptenzorgorganisaties de financiering van zorgtechnologie aanpakken. De zeven geïnterviewde organisaties maken verschillende keuzes in de afbakening van innovatie en zorgtechnologie, de verdeling van kosten en de plaats waar zorgtechnologie in de begroting wordt ondergebracht. Opvallend is dat deze verschillen niet lijken samen te hangen met de omvang van de organisatie. Zowel kleinere als grotere organisaties maken hierin verschillende keuzes. De jaarlijkse uitgaven aan innovatie en zorgtechnologie variëren van geen specifiek innovatiebudget tot bedragen tussen €250.000 en €3 miljoen, oftewel van 0% tot 2% van de omzet.

We zien dat organisaties innovatie verschillend definiëren. Voor sommige organisaties staat innovatie vooral voor experimenteren, leren en onderzoeken. Andere organisaties rekenen ook implementatie en opschaling van zorgtechnologie tot innovatie. Deze verschillen zijn zichtbaar in de kosten die als innovatiekosten worden aangemerkt. Waar de ene organisatie alleen hardware, software en pilots financiert, nemen andere organisaties ook projectleiders, scholing, verandertrajecten en implementatiebegeleiding mee.

Daarnaast zien we dat vrijwel alle organisaties een onderscheid maken tussen de project- of pilotfase en structurele inzet, maar dat de overgang daartussen niet scherp is afgebakend. In de pilotfase worden kosten vaak centraal gefinancierd via innovatiebudgetten, ICT-budgetten of tijdelijke middelen. Zodra een zorgtechnologie onderdeel wordt van de reguliere zorg ontstaat de vraag waar de structurele kosten terechtkomen. Daarmee samenhangend is de vraag welke afdelingen en functies welke nieuwe reguliere taken en verantwoordelijkheden dan hebben⁹. Hierin lijken organisaties zoekende of maken ze juist hele verschillende keuzes. Sommige organisaties brengen kosten onder bij de zorgexploitatie om eigenaarschap en doelmatig gebruik te stimuleren. Andere organisaties kiezen juist voor centrale financiering om financiële drempels voor zorgteams weg te nemen. En om technologie onderdeel te maken van het reguliere zorgproces en opschaling te versnellen kiest de ene organisatie voor centralisatie en de andere juist voor decentralisatie van de kosten.

Voor organisaties ligt hier een belangrijke opgave. Er is niet één juiste aanpak, maar het is nodig om expliciet keuzes te maken hoe zorgtechnologie, én alles wat komt kijken bij opschaling van zorgtechnologie, intern wordt bekostigd. Hiervoor doen wij drie aanbevelingen:

1. **Ontwikkel een afwegingskader** voor de bekostiging van zorgtechnologie, zodat duidelijk is wanneer kosten onder innovatie, ICT of zorgexploitatie vallen.
2. **Maak vooraf afspraken over de financiering van opschaling**, zodat succesvolle pilots niet vastlopen wanneer structurele middelen nodig zijn.
3. **Neem implementatie- en transformatiekosten expliciet mee in de meerjarenbegroting**, omdat alleen dan de inzet van zorgtechnologie duurzaam geborgd kan worden.

⁹ Hofstede, B., van der Poel, A., Boon, B. & Hulzinga, F. (2026). [Verantwoordelijkheden en taken in een organisatie waarin zorgtechnologie vanzelfsprekend is. Programmamanagers innovatie en adviseurs van IIG-2 over de stip op de horizon](#). Innovatie-impuls (IIG-2). Utrecht/Arnhem: Vilans/Academy Het Dorp.

Dit onderzoek geeft richting aan mogelijk vervolgonderzoek. Wat is bijvoorbeeld de invloed van gekozen interne bekostiging op de mate van succesvol opschalen, zoals de snelheid van opschaling? En hangt bijvoorbeeld het gevoel en mate van eigenaarschap samen met wel of niet budgetverantwoordelijke zijn? Is er een 'ideale' verhouding tussen de exploitatiekosten en overhead? Hoe kunnen de tarieven die zorgorganisaties ontvangen zo veel mogelijk rekening houden met de verschuivingen die de komende jaren plaats gaan vinden?

De resultaten laten zien dat interne bekostiging meer is dan een administratieve inrichting; het is een strategisch sturingsinstrument dat invloed heeft op innovatie, implementatie en de toekomstige organisatie van zorg.



Innovatie-
impuls
IIG-2

Innovatie
Route



Colofon

Een groter gevoel van eigen regie en zelfredzaamheid voor mensen met een beperking zorgt voor meer kwaliteit van leven. De vanzelfsprekende inzet van zorgtechnologie kan hierin een positief verschil maken. Om dit te bereiken, inspireren en ondersteunen we vanuit Innovatie-impuls 2 (IIG-2) zorgorganisaties om zelf aan de slag te gaan met zorgtechnologie via de [InnovatieRoute](#). We stellen onderbouwde kennis, praktische toepassingen en inzichten beschikbaar, waarmee zorgorganisaties technologie duurzaam kunnen implementeren en opschalen. Op deze manier wordt zorgtechnologie een vast onderdeel in de zorg en ondersteuning.

Dit kennisproduct is ontwikkeld binnen de Innovatie-impuls 2, een programma van Vilans in samenwerking met Academy Het Dorp en wordt gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), als onderdeel van de Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking.

Auteurs

Vivette van Cooten, Odile Smeets en Agnes van der Poel (2026)

Jaar van publicatie

Oktober 2026

Met dank aan

Bartiméus, 's Heeren Loo, InteraktContour, Ipse de Brugge, Prisma, Profila en SGL-Relim

Contact

Vivette van Cooten, innovatie-adviseur, vivette.van.cooten@academyhetdorp.nl

Verwijzing

van Cooten, V., Smeets, O., & van der Poel, A., (2026). Financiering van zorgtechnologie in de langdurige zorg. Hoe gehandicaptenzorgorganisaties hun budgetten verdelen voor implementatie en opschaling. Utrecht/Arnhem: Vilans/Academy Het Dorp.

Disclaimer

Vilans en Academy Het Dorp streven er samen met betrokkenen naar om gebruik te maken van juiste, actuele en beschikbare gegevens in publicaties. Ondanks onze zorgvuldigheid aanvaarden we daar geen aansprakelijkheid voor. Onze publicaties mag je downloaden, verveelvoudigen en naar verwijzen mits:

- Er sprake is van niet-commerciële doeleinden.
- Je beschrijft dat de publicatie van Vilans en Academy Het Dorp is, noemt eventuele auteurs en plaatst een URL of hyperlink naar de publicatie.
- Je vermeldt de [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie](#), inclusief link.

Wil je een onderdeel gebruiken voor een eigen publicatie? Ook dan gelden de hierboven genoemde voorwaarden. De Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie is niet van toepassing op beeldmateriaal, content van derden en op onderdelen waar dit specifiek bij benoemd staat.