

Duurzame Businessmodellen en financieringsroutes

Bij ZorgTech Ondernemers

Een kwalitatief onderzoek

April 2026

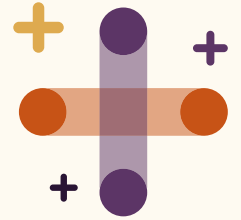


Inhoud

1. Inleiding
2. Methode
3. Financiering
4. Verdienmodellen en bekostiging
5. Route-to-market gids
6. Conclusies & Aanbevelingen

Het onderzoek is uitgevoerd en de rapporten zijn opgesteld door Shoshin in samenwerking met de Gemeente Den Haag. De stukken zijn doorgenomen en voorzien van feedback door Zorg voor Innoveren en Windesheim.

Inleiding



Context

- Druk op de zorg neemt toe door vergrijzing, arbeidsmarktkrapte en verschuiving naar thuiszorg: innovatie is noodzakelijk
- Programma Technologie voor Thuis: inwoners langer zelfstandig thuis laten wonen met behulp van technologie

Probleem

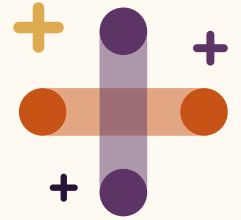
- ZorgTech-ondernemers ondervinden belemmeringen bij het realiseren van innovaties
- Route van idee naar structurele bekostiging is onduidelijk en risicovol
- Vroege fase: subsidies beschikbaar, maar niet gericht op opschaling
- Zorgmarkt gefragmenteerd; drie bekostigingswetten (Zvw, Wmo, Wlz) met eigen procedures

Opdracht

- Inzicht verkrijgen in effectieve businessmodellen voor opschaling en structurele financiering
- Deliverables: financieringsroutes per fase, businessmodel-blauwdrukken, route-to-market gids, voorbeeldcases

Het onderzoek is uitgevoerd en de rapporten zijn opgesteld door Shoshin. De stukken zijn doorgenomen en voorzien van feedback door Zorg voor Innoveren en Windesheim.

Begrippen



- **Financiering:** Kapitaal om je bedrijf te starten en te groeien; Vóór de omzet
- **Verdienmodel:** Hoe genereer je omzet; per transactie, abonnement etc?
- **Businessmodel:** Het totaalplaatje: klant, waardepropositie, kanaal, verdienmodel?
- **Bekostiging:** Omzet via een bekostiging uit publiek stelsel (Zvw, Wmo, Wlz)
- **Duurzaam verdienmodel:** Structurele inkomstenbron, via bekostiging of directe verkoop

Methode - Aanpak



Dit onderzoek hanteert een kwalitatieve procesbenadering waarbij we de ervaringen van ZorgTech-ondernemers in kaart brengen via diepte-interviews. We focussen op sleutelmomenten in hun ontwikkeltraject, de knelpunten die zij ervaren, en de causale verbanden daartussen. Door vanuit meerdere perspectieven te bevragen (ondernemer, financier, ecosysteempartner) ontstaat een gelaagd beeld van het innovatie-ecosysteem.

- Proces staat centraal (Proces Theory 1,2)
- Mappen van sleutelmomenten (Causal mapping 3)
- Bevragen obv perspectieven (Multi-level perspective 4)
- Vastgelegd door notities, contextmapping en geluidsopnames (5)

1: Pentland, B. T. (1999). Building process theory with narrative: From description to explanation. *Academy of management Review*, 24(4), 711-724.

2: Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management review*, 24(4), 691-710.

3: Ackermann, F., & Alexander, J. (2016). Researching complex projects: Using causal mapping to take a systems perspective. *International Journal of Project Management*, 34(6), 891-901

4: Jørgensen, U. (2012). Mapping and navigating transitions—The multi-level perspective compared with arenas of development. *Research policy*, 41(6), 996-1010.

5: Visser, F. S., Stappers, P. J., van der Lugt, R., & Sanders, E. B. N. (2005). Contextmapping: experiences from practice. *CoDesign*, 1(2), 119-149.

Methode - Onderzoeksvragen



Dit onderzoek focust op de volgende financiële hoofdvragen:

- **Knelpunten per fase** - waar lopen ondernemers structureel vast?
- **Financiering** - Welke financieringsvormen zijn er per fase?
- **Omzet** - Welke route past bij jouw product, doelgroep en runway?
- **Strategie** - Hoe kies je je route?

Dit onderzoek is omwille van de tijd tegelijk uitgevoerd met het onderzoek: behoeften en knelpunten; ondernemers zijn over beide onderwerpen bevraagd

De quotes in deze presentatie zijn direct afkomstig uit de gesprekken, maar geanonimiseerd omwille van vertrouwelijkheid

Financiering

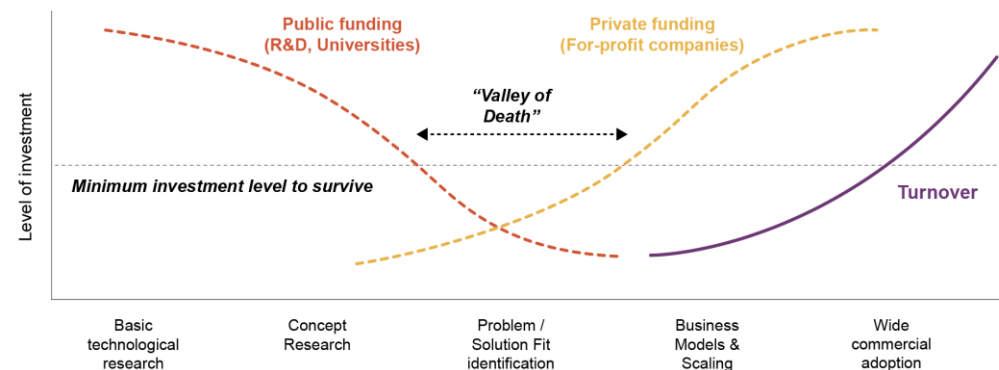
Kapitaal om je bedrijf te starten en te groeien; Vóór de winst

*“We overleven alleen omdat zes aandeelhouders blijven bijstorten.
Geen VC's met exit-druk, cruciaal voor de lange adem.”*



Financiering & Valley of death

Als startup gaan de **kosten voor de baten** uit. Het ontwikkelen van je product kost tijd en geld voordat je omzet maakt. Om deze periode te overbruggen heb je **financiering** nodig. In de vroege fase is er vaak subsidie beschikbaar. Later zal er ander kapitaal aangetrokken moeten worden. Dit is een investering vooraf met risico; misschien lukt het niet om winstgevend te worden. Deze periode heet de **"valley of death"**



Aangepaste afbeelding op basis van ideatovalue.com

	Financiering	Tijdelijke bekostiging	Structurele bekostiging
Voorbeelden	Leningen, investeringen, subsidies, IZA-transformatiemiddelen	NZa-beleidsregel innovatie kleinschalige experimenten, NZa Facultatieve prestatie	Opname in basisverzekering, een nieuwe DBC/NZa-prestatie
Doel	Innovatie ontwikkelen	Onderzoeken of innovatie definitief kan worden opgenomen in het zorgstelsel	Zorginnovatie blijvend financieren omdat het voldoet aan alle criteria
Gezond businessmodel	❌ Financiering is geen omzet. Het is een tijdelijke overbrugging voor je bedrijf	❌ Ook deze middelen zijn eindig. Sommige NZa-regels dienen als overbruggingsperiode naar definitieve bekostiging, mits voldaan aan	✅ Hiermee wordt innovatie blijvend opgenomen in het bekostigingssysteem. Dit zorgt voor zekerheid, waardoor de innovatie duurzaam wordt ingezet

Bron: CbusineZ Paper bekostiging dec 2025

Financieringsvormen



De “Valley of Death” kan gevuld worden met **verschillende financieringsvormen**. Deze kunnen verwaterend zijn, dan geef je aandelen weg voor kapitaal. Of niet-verwaterend, zoals een lening bij de bank.

Niet- Verwaterend

- Eigen geld / bootstrappen
- FFF (friends, fools & family)
- Subsidies & grants
- Vouchers
- Prijzen
- Betaalde pilots (via subsidie of afnemer)
- Bankleningen

Verwaterend

- Pre-seed
- Seed
- Venture capital
- Private equity

Financieringsvormen

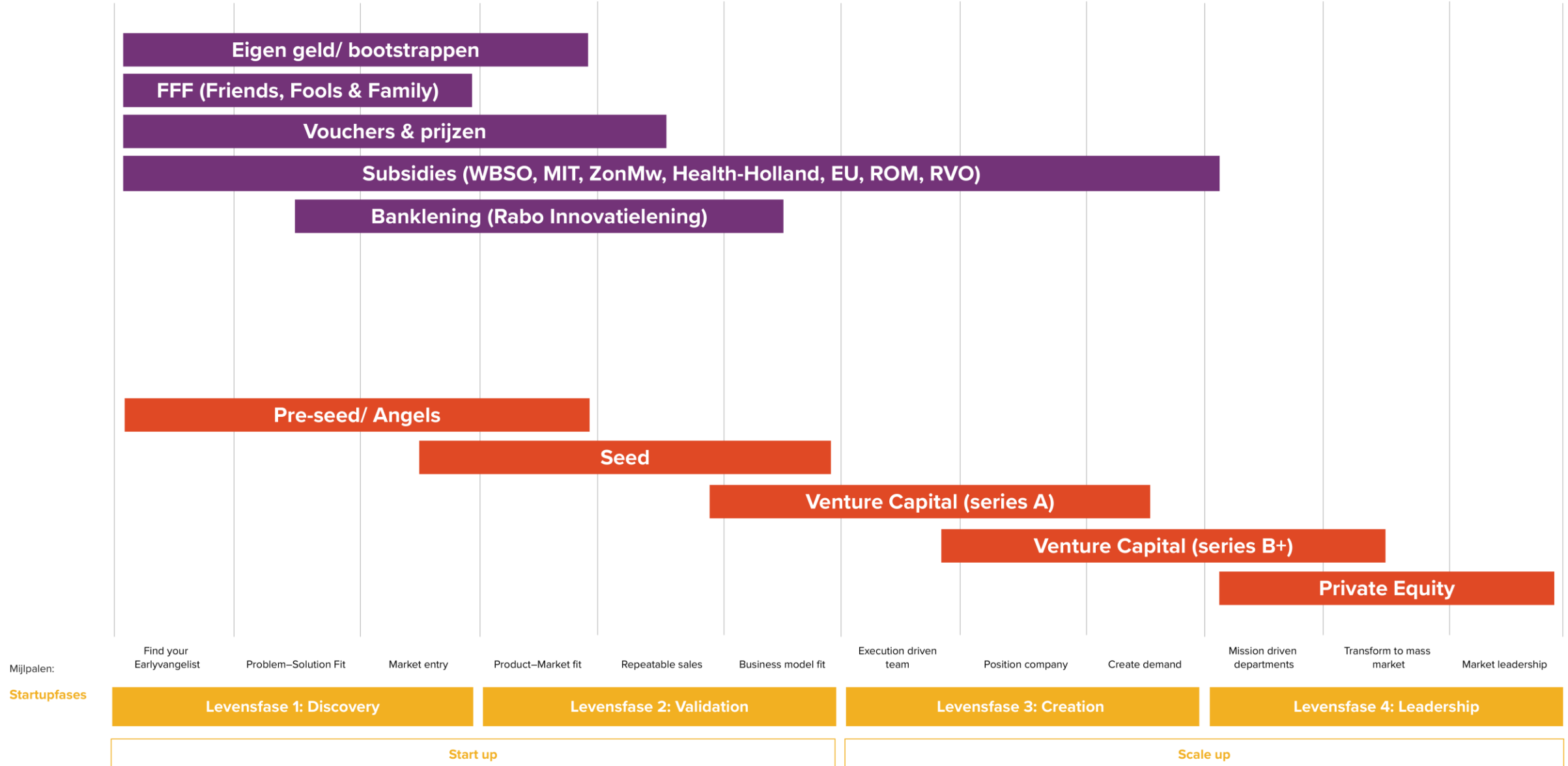


Type	Vorm	Bedrag	Wat is het	Voordeel	Nadeel
Niet-verwaterend	Eigen geld / bootstrappen	€0K - €100K	Je eigen spaargeld of omzet herinvesteren	Volledige controle, geen verantwoording	Beperkt, afhankelijk van eigen middelen
	FFF (friends, fools & family)	€10K - €100K	Lening of investering van bekenden	Snel, flexibele voorwaarden, weinig formaliteit	Kan relaties belasten, beperkt bedrag
	Subsidies & grants	€5K - €2M	Overheid of fondsen (, MIT, ZonMw)	Geen terugbetaling, geen aandelen kwijt	Tijdrovend aanvragen, voorwaarden, verantwoording
	Fiscale regeling		WBSO		
	Vouchers	€5K - €50K	Kleine subsidies voor specifieke diensten	Snel, gericht (bijv. pilotkosten)	Beperkt bedrag, specifiek doel
	Prijzen	€5K - €50K	Winnen van competities	Geen voorwaarden, ook PR-waarde	Onzeker, kost tijd om mee te doen
Verwaterend	Bankleningen	€50K - €200K	Lening bij bank (bijv. Rabo Innovatielening of RVO innovatiekrediet) Bij structurele omzet ook hogere leningen mogelijk.	Geen aandelen kwijt	Moet terugbetaald, bank wil zekerheid, korte termijnen voor zorg
	Pre-seed/Angels	€50K - €500K	Eerste investering, vaak angels (geen vaste bedragen, investering kan fluctueren)	Vroeg kapitaal, vaak ook advies/netwerk	Geeft 5-15% aandelen weg, investeerder heeft stem
	Seed (Venture Capital)	€250K - €2M	Investering voor product-market fit	Groter bedrag, professionelere investor	Geeft 10 – 25 % aandelen weg, hogere verwachtingen
	Series A (Venture Capital)	€1M - €10M+	Investering voor opschaling	Grote bedragen, netwerk, expertise	Significante verwatering, exit-druk, hoge groei verwacht
	Private equity	€10M+	Investering in latere fase of overname	Zeer grote bedragen, vaak richting exit	Soms verlies van zeggenschap (LBO), focus op rendement

Financieringsvormen per fase

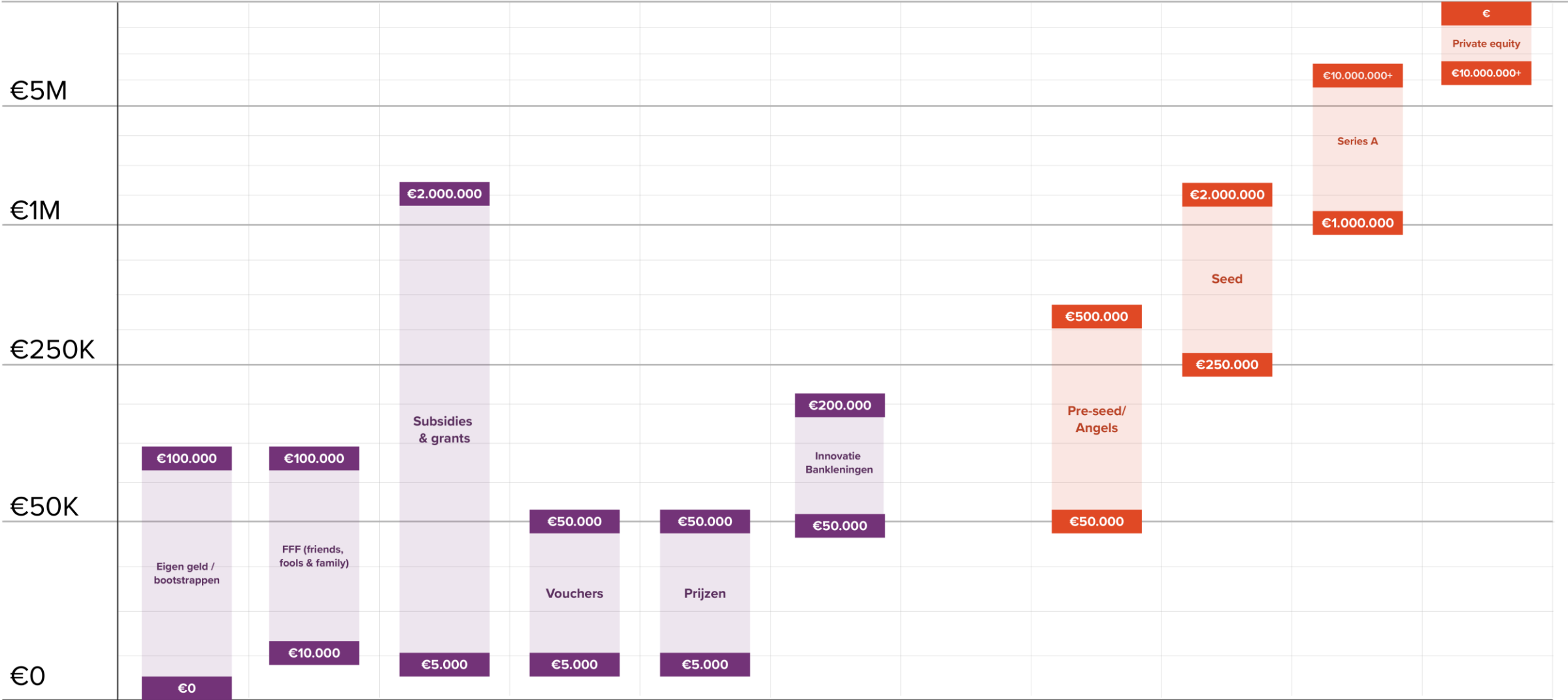
Niet-verwaterend

Verwaterend



Grootte van financieringsvormen

Niet-verwaterend Verwaterend



Opmerking: Dit zijn indicaties, de praktijk kan anders uitwijzen

Financiering – Eindstation



Het doel van financiering is om op eigen benen te kunnen staan; 6 van de 21 in dit onderzoek.

Eindstation

Winstgevend worden

Overname of fusie

Beursgang

(faillissement)

Wat

Zelf voldoende omzet genereren om kosten te dekken

Verkoop aan strategische partij of concurrent

Naar de beurs (zeldzaam in NL zorg)

Voorbeelden uit onderzoek

Juvoly (winstgevend), MiGuide (break-even 2026), CareRate

Nightwatch, Medido, CloudCuddle

Geen in dit onderzoek

Welly

Geen eindstation maar toch door: Sommige startups overleven jarenlang zonder winstgevendheid of exit, dankzij aandeelhouders die blijven bijstorten of subsidies die ruimte geven. Dit is geen duurzaam model, maar wel de realiteit voor veel ZorgTech-ondernemers. Op dit moment 15 startups uit dit onderzoek.

Financiering – MedTech



In MedTech zijn de financieringsmogelijkheden vergelijkbaar met andere sectoren. Het grote verschil zit in de lengte van de Valley of Death én het benodigde kapitaal. Waar een SaaS-startup in 3-5 jaar break-even kan draaien, is 8-10 jaar voor MedTech geen uitzondering.

"Zes jaar lang elke maand geld erbij doen. Wetenschappelijk bewijs dat het werkt, maar dan zijn we er misschien niet meer." — Ondernemer

"Valley of Death duurt in de zorg circa 8-10 jaar. Problematische zone: tickets tussen €500K en €5Mio." — Ondernemer

Factor	Wat betekent dit	Impact
Bewijs van impact	Je moet aantonen dat je innovatie werkt, een goed marketingverhaal is niet genoeg	Klinische studies, data verzamelen, publicaties - kost tijd én geld
Lange salescycli	Zorgorganisaties beslissen traag, veel stakeholders	12-36 maanden van eerste contact tot contract
Toegang tot zorgaanbieders	Je moet überhaupt binnen zien te komen om te kunnen piloten of verkopen	Relaties opbouwen kost jaren, niet maanden
Regelgeving	MDR-certificering, klinische validatie, privacy (AVG)	Extra tijd en investeringen voordat je überhaupt mag verkopen
Dichte markt	Grote spelers (zorgverzekeraars, ziekenhuisketens) waar je als nieuweling moeilijk tussenkomt	Lange adem nodig om positie te verwerven
Trage adoptie	Zorgprofessionals veranderen niet snel van werkwijze	Verkopen is niet hetzelfde als daadwerkelijk gebruiken

Valley of death in MedTech



Waarom zorginnovatie langer duurt dan andere sectoren

Valley 1: Onderzoek → Spinout

Risico: Mooie wetenschap zonder operationele haalbaarheid
Teams verwarren een onderzoeksresultaat met een werkend systeem

Valley 2: Spinout → Productontwikkeling

Risico: Systemarchitectuur bezwijkt bij integratie subsystemen
Burn rate versnelt, tijdlijnen lopen ongemerkt uit

Valley 3: Ontwikkeling → Certificering & Productie

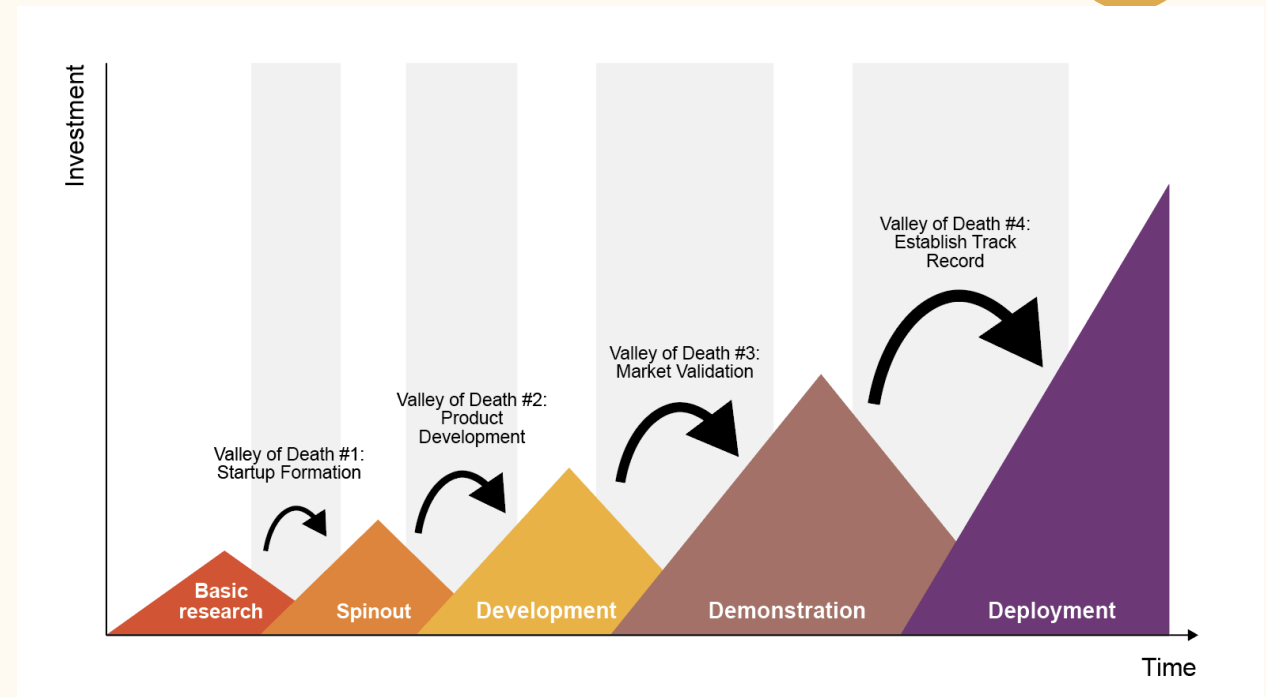
Risico: Product overleeft verificatie of stap naar productie niet
De duurste valley en minst zichtbaar voor early-stage founders

Valley 4: Certificering → Marktadoptie

Risico: Product past in regelgeving, maar niet in de werkpaktijk
CE/MDR-markering ≠ adoptie

De Nederlandse dimensie:

In Nederland komt hier nog een extra dimensie bij: het zorgstelsel is "open in principe maar gesloten in praktijk." De valley tussen een werkend, gecertificeerd product en structurele vergoeding via Zvw/Wmo/Wlz is vaak het kritieke knelpunt waar veel startups stranden.



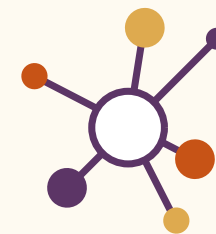
Op basis van: Dan Gussin – MedTech Consulting

Verdienmodellen & Routes

Hoe genereert je onderneming omzet? per transactie, abonnement etc? En waar komt dat geld vandaan?



Geldstromen in de zorg

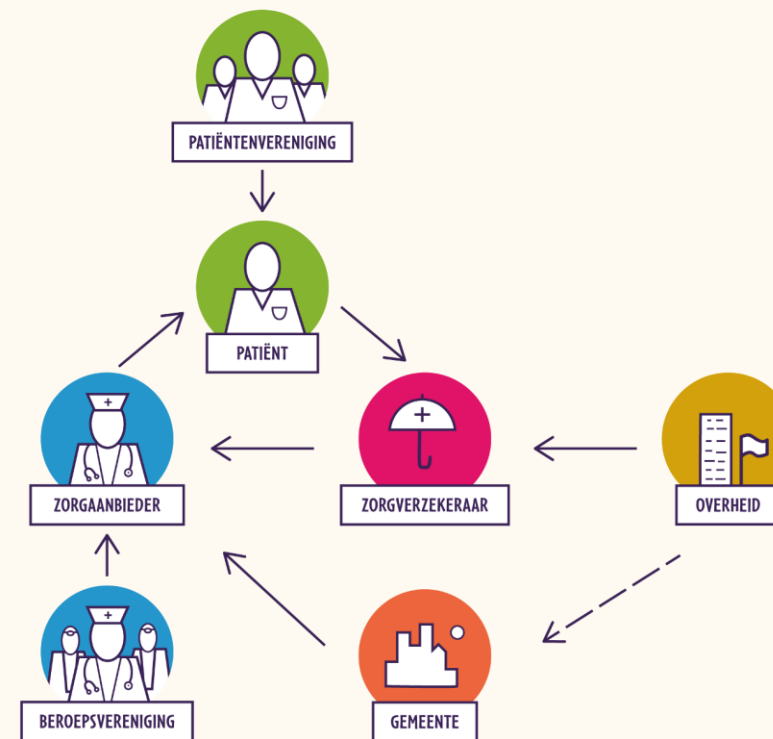


In de zorg lopen geldstromen anders dan in andere sectoren. Er is iemand die gebruikt, iemand die beslist, iemand die betaalt, en weer een andere organisatie waar het geld vandaan komt. Dat zijn vaak vier verschillende partijen.

Voorbeeld: een implantaat in het ziekenhuis

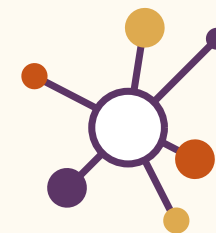
- **Gebruiker:** de patiënt (& chirurg)
- **Beslisser:** de chirurg + inkoper/directie (zorgaanbieder)
- **Klant:** het ziekenhuis (zorgaanbieder)
- **Geldbron:** de zorgverzekeraar
- **Wetgever:** de Overheid

Als startup moet je vroeg helder krijgen wie er allemaal betrokken zijn. Alle neuzen moeten dezelfde kant op staan om succesvol omzet te genereren.



Bron: innovatieroutesindezorg.nl/landschap/

Van Pilot naar Structureel: Direct of Publiek



Als startup doorloop je typisch een fase waarin je verkoopt via pilots, experimenteerruimte of innovatiebudgetten. Dit is waardevol voor validatie, maar het is geen duurzaam verdienmodel. Innovatiebudgetten raken op, pilotsubsidies stoppen, en de "innovatiemanager" die enthousiast was vertrekt naar een andere baan.

Voor een duurzaam verdienmodel zijn structurele inkomsten noodzakelijk. Die komen via een zogeheten route en in de zorg is dat niet altijd vanzelfsprekend.

Directe verkoop (Marktgedreven)

Wat	Je verkoopt rechtstreeks aan een partij die zelf betaalt
Je factureert aan	De klant (consument, zorgaanbieder, werkgever)
Prijsbepaling	Bepaald in onderhandeling met inkoper
Voorbeelden routes	B2C (consument), B2B zorgaanbieder, B2B werkgever
Voordeel	Kortere doorlooptijd, eigen prijsbepaling
Nadeel	Afhankelijk van budgetten die onder druk staan
Voorbeelden startups	Juvoly (B2B huisarts), Nightwatch (B2C), Sara Robotics (B2B verpleeghuis), New Compliance (B2B ziekenhuis)

Publiek bekostigd (Stelselgedreven)

Je product heeft een eigen vergoedingscode waarmee gedeclareerd wordt
Via de zorgaanbieder naar verzekeraar/gemeente/zorgkantoor
Maximum tarief ligt meestal vast
Zvw (zorgverzekeraar), Wmo (gemeente), Wlz (zorgkantoor)*
Structurele, schaalbare inkomsten
Lange doorlooptijd (jaren), complexe trajecten, geen eigen prijsbepaling
Medido (Zvw), MiGuide (Zvw), Cue2Walk (Zvw via fysiotherapie)

*zie volgende slides voor verdere uitwerking per route

Direct en indirect publiek bekostigd



Bijna al het geld in de zorg komt uiteindelijk uit publieke bronnen (premies, belastingen). Maar er is een groot verschil tussen verkopen aan een zorgaanbieder die betaalt uit zijn budget (Direct B2B) en een betaaltitel hebben waarmee gedeclareerd wordt bij de verzekeraar (publiek bekostigd).

Bij direct B2B bepaal je zelf je prijs en onderhandel je met de inkoper.

Bij publieke bekostiging bepaalt de NZa het tarief (Integraal, vast, vrij onderhandelbaar zorgaanbieder-verzekeraar) en moet je voldoen aan strikte criteria.

Sara Robotics verkoopt bijvoorbeeld aan verpleeghuizen - het geld komt uit de Wlz, maar Sara heeft geen eigen Wlz-betaaltitel en factureert gewoon aan de zorginstelling. Dat is dus B2b direct aan de zorgaanbieder, in deze context uit het organisatie budget.

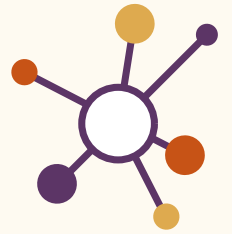
Directe routes



Bij directe verkoop, factureer je direct aan je klant. Prijs bepaald in overleg met inkoop; niet afhankelijk van vergoedingstrajecten. Wel ben je afhankelijk van inkoopbudgetten en innovatiepotjes op de zakelijke markt en de portemonnee en betalingsbereidheid op de consumentenmarkt.

	B2C (consument)	B2B Zorgaanbieder	B2B Werkgever
Betaler	Consument (uit eigen zak, aanvullende verzekering)	Zorgaanbieder (exploitatie- of innovatiebudget)	Werkgever (HR-, arbo-, vitaliteitsbudget)
Beslisser	Consument zelf	Inkoop, directie, medische staf, ICT	HR, arbo-coördinator, directie
Typische producten	Wearables, apps, hulpmiddelen thuisgebruik	Software, apparatuur, efficiency-tools	Preventie, mentale gezondheid, vitaliteit
Voordeel	Snelle salescyclus, directe feedback	Grotere contractwaarde, structurele contracten	Ander budget dan zorg, minder gereguleerd
Nadeel	Beperkte betalingsbereidheid, schaal lastig	Lange salescycli (6-24 mnd), veel stakeholders	Moet ROI bewijzen, niet core business, Strikte AVG/Medische gegevens geheimhouden
Werkt bij	Afgebakende doelgroep, niet te "medisch", betaalbaar prijspunt	Duidelijke efficiency-winst, past in werkproces	Link met verzuim/productiviteit, past in arbobeleid
Voorbeeld	NightWatch (gedeeltelijk) CloudCuddle (gedeeltelijk)	Juvely, New Compliance, Sara Robotics, HeartEye	Welly

Apparatuur aan zorgverleners: gewoon B2B



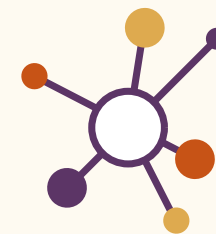
De meeste medische apparatuur wordt direct verkocht aan zorgverleners. De huisarts koopt een bloeddrukmeter, het ziekenhuis koopt een MRI-scanner. De zorgverlener **declareert vervolgens het consult** of de verrichting, niet het apparaat.

Als startup betekent dit wel dat je moet concurreren met de huidige situatie. De zorgverlener doet het al zonder jouw product, of heeft al iets anders. Je moet dus **beter, sneller of goedkoper** zijn - en dat kunnen aantonen.

Je hebt een nieuwe betaaltitel nodig als er geen bestaande verrichting is waaronder het past.

Bijvoorbeeld: in de Zvw declareert de zorgaanbieder onder een (bestaande, aangepaste of nieuwe) NZa-prestatie. Als iets niet past, kan soms een add-on of facultatieve prestatie (msz) uitkomst bieden, maar dat is géén ‘betaaltitel van de leverancier’. Het blijft een NZa-prestatie die de zorgaanbieder declareert.

Publiek bekostigde routes



Bij publieke bekostiging heeft je product een eigen vergoedingscode of betaaltitel. De zorgaanbieder declareert bij de verzekeraar, gemeente of zorgkantoor. Je bepaalt niet zelf je prijs - die bepaalt de Nza via (max, vrij, vast tarieven) of gemeentelijke aanbestedingen.

	Zvw (Zorgverzekeringswet)	Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)	Wlz (Wet langdurige zorg)
Betaler	Zorgverzekeraar (via zorgaanbieder)	Gemeente	Zorgkantoor
Beslisser	Zorginstituut, NZa, zorgverzekeraar	Gemeente (per gemeente verschillend)	Zorgkantoor, NZa, zorgaanbieder
Route naar vergoeding	Bestaande NZa-Prestatie gebruiken, aanpassen of nieuwe aanvragen	Aanbesteding, raamcontract, voorziening of subsidie per gemeente	Specifieke Wlz-codes of via instellingsbudget
Typische producten	Medische hulpmiddelen, digitale zorg, diagnostiek	Hulpmiddelen thuissituatie, domotica, valpreventie	Persoonsalarmering, leefpatroonmonitoring, domotica
Voordeel	Grootste pot, landelijke dekking, structureel	Toegankelijker, lokaal maatwerk mogelijk	Specifieke codes voor toezicht bestaan al
Nadeel	Bij een nieuwe prestatie: langste en zwaarste traject, strenge bewijslast	342 gemeenten, dus veel verschillende processen	Meeste technologie uit algemeen budget
Voorbeeld	Medido, MiGuide, TinyBots	CloudCuddle	Persoonsalarmering

Zvw (Zorgverzekeringswet)



De Zvw dekt curatieve zorg: huisarts, ziekenhuis, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen.

Betaler	Zorgverzekeraar
Wie factureert	Zorgaanbieder aan zorgverzekeraar; de leverancier factureert aan de zorgaanbieder (tenzij je zelf zorgaanbieder wordt).
Prijs	(maximum)tarieven en prestatie-kaders via NZa, plus zorginkoop/contractafspraken met verzekeraars, dus niet altijd “vast tarief”.
Besliser	Zorginstituut Nederland (SWP pakketadvies), NZa (tarieven), zorgverzekeraar (inkoop)
Route naar vergoeding	Passen onder bestaande NZa-prestatie. Zo niet, met aanbieder/verzekeraar add-on/facultatieve/nieuwe prestatie verkennen (blijft een prestatie van de aanbieder).
Doorlooptijd	Korter als je onder bestaande prestatie + SWP valt; langer bij prestatie-aanpassing/nieuwe prestatie en (eventueel) pakketduiding.
Typische producten	Medische hulpmiddelen, digitale zorg, diagnostiek
Voordeel	Grootste pot, landelijke dekking, structureel
Nadeel	Langste en zwaarste traject, strenge bewijslast
Voorbeelden	Medido (18 jaar), MiGuide (8 jaar), Cue2Walk (via fysiotherapie zelf zorgaanbieder)

Zvw (Zorgverzekeringswet) - Subroutes



1. Bestaande betaaltitel gebruiken (sneller) Je product valt onder een bestaande NZa-prestatie (vergoedingscode). De zorgverlener declareert de behandeling, jouw product is onderdeel daarvan.

- *Voorbeeld: Cue2Walk biedt fysiotherapie aan Parkinson-patiënten. Fysiotherapie is vergoed, het apparaat is een hulpmiddel daarbinnen.*

2. Nieuwe betaaltitel aanvragen (lang traject) Je product past niet in bestaande NZa-prestaties. Via de 'open instroom' kunnen zorgaanbieder en verzekeraar samen een nieuwe prestatie bij de NZa in gang zetten. De verzekeraar toetst hierbij op pakketcriteria. Pas bij echt nieuwe zorg of als het veld er niet uitkomt, komt het Zorginstituut in actie. Let op: het wordt een prestatie van de aanbieder, niet een betaaltitel op naam van de leverancier.

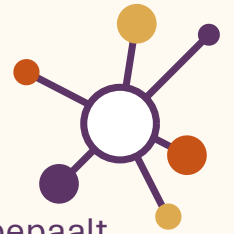
- *Voorbeeld: Medido heeft meegewerkt aan een algemene betaaltitel voor de medicatiedispenser (farmaceutische telezorg), maar declareert via de thuiszorg;*

3. Bestaande titel aanpassen Je product past niet precies in een bestaande NZa-prestatie, maar ligt er dichtbij. Met de zorgaanbieder/ verzekeraar kan je een add-on/facultatieve/nieuwe prestatie verkennen. Dit vereist onderbouwing waarom de huidige code niet volstaat en steun van de beroepsvereniging of zorgaanbieders.

- *Voorbeeld: Een nieuwe vorm van telemonitoring die net buiten de huidige code valt, maar logisch aansluit bij bestaande thuiszorg-verrichtingen.*

"Pak een bestaande betaaltitel als het kan, creëer geen nieuwe, dat gaat vele malen sneller"

Zvw: Open vs gesloten pakket



Binnen de Zvw zijn er twee systemen die bepalen of iets vergoed wordt. Het maakt uit in welk systeem jouw innovatie valt - dat bepaalt je route én je doorlooptijd.

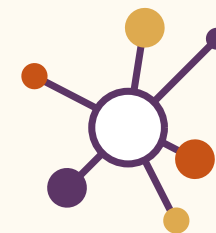
	Open pakket	Gesloten pakket
Wat	Zorg die voldoet aan "de stand van wetenschap en praktijk" (SWP)- oftewel wat de beroepsgroep als effectieve zorg beschouwt	Alleen wat expliciet op een lijst staat
Voorbeelden	Huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, paramedische zorg	Geneesmiddelen, hulpmiddelen
Route voor startup	Controleer of je innovatie past onder een bestaande NZa-prestatiebeschrijving. Zo ja: onderbouw dit richting de zorgverzekeraar. Zo nee: werk aan opname in de richtlijn van de relevante beroepsgroep.	Op de lijst komen via Zorginstituut
Wie beslist	Zorgaanbieder + verzekeraar (inkoop)	Zorginstituut Nederland (pakketadvies)
Doorlooptijd	Korter: als beroepsgroep het omarmt, kan verzekeraar het inkopen	Langer: formeel adviestraject

Praktisch:

- Past je innovatie bij een bestaande behandeling? → Open pakket, werk via de beroepsvereniging
- Is het een nieuw hulpmiddel of geneesmiddel? → Gesloten pakket, je moet op de lijst

Let op: Opname in een richtlijn opent de deur, maar is geen garantie - er moet ook een NZa-prestatiecode zijn waaronder gedeclareerd kan worden, en zorgverzekeraars beslissen uiteindelijk wat ze inkopen. Daarnaast moet je product ook echt gebruikt (en gedeclareerd) worden.

Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)



De Wmo dekt ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie: hulpmiddelen, woningaanpassingen, dagbesteding, begeleiding.

Betaler	Gemeente
Wie factureert	Aanbieder aan gemeente of via Persoons Gebonden Budget (PGB) door client
Prijs	Contractueel afgesproken binnen de gemeentelijke inkoop
Beslisser	Gemeente (Wmo-consulent, inkoop), per gemeente verschillend
Route naar vergoeding	Aanbesteding of raamcontract met gemeente, of individuele aanvraag via cliënt
Typische producten	Hulpmiddelen thuissituatie, domotica, valpreventie, sociale robots
Voordeel	Toegankelijker dan Zw, lokaal maatwerk mogelijk
Nadeel	342 gemeenten = 342 verschillende processen en budgetten
Voorbeelden	CloudCuddle

"Wmo werkt wel, maar beperkte budgetten, complex accountmanagement - elke gemeente apart, wisselende agenda's." — Ondernemer

Wlz (Wet langdurige zorg)



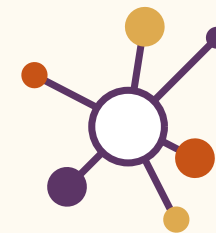
De Wlz dekt langdurige, intensieve zorg: verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, langdurige GGZ.

Betaler	Zorgkantoor
Beslisser	Zorgkantoor (inkoop), NZa (max tarieven), zorgaanbieder (keuze hulpmiddelen)
Route naar vergoeding	Via zorgaanbieder die het opneemt in zorglevering, of specifieke Wlz-codes
Typische producten	Zorgtechnologie in instellingen, domotica, monitoring, robotica
Voordeel	Grote instellingen, langdurige relaties
Nadeel	Technologie moet passen binnen bestaande zorgbudgetten, innovatie is niet core
Voorbeeld	Leefpatroonmonitoring, persoonsalarmering

Belangrijk: Directe Wlz-declaratie door een startup is zeldzaam. Meestal verkoop je aan de zorgaanbieder (direct B2B), die het bekostigt uit hun Wlz-budget. Dat is iets anders dan een eigen Wlz-betaaltitel hebben.

“Kosten valpreventie en baten valreductie komen uit verschillende budgetpotten. Aantonen dat je valincidenten vermindert is echt niet te doen.” — Ondernemer

De Routetabel



Route	Betaler	Je factureert aan	Voorbeelden
B2C	Consument	Consument	NightWatch
B2B zorgaanbieder	Zorgaanbieder (eigen budget)	Zorgaanbieder	Juvoly, Sara Robotics, New Compliance
B2B werkgever	Werkgever (HR/arbo)	Werkgever	Welly
Zvw - bestaande NZa-prestatie	Zorgverzekeraar	Via zorgaanbieder	HeartEye, Cue2Walk
Zvw – NZa-prestatie aanpassen	Zorgverzekeraar	Via zorgaanbieder	(Via Nza-aanpassing)
Zvw - eigen NZa-prestatie	Zorgverzekeraar	Via zorgaanbieder	Medido, MiGuide, TinyBots
Wmo	Gemeente	Gemeente of via aanbieder	CloudCuddle
Wlz	Zorgkantoor	Via zorgaanbieder	Persoonsalarmering
Alternatief/uitbreiding	Buitenlandse betaler	Varieert	NightWatch (DiGA Duitsland)

Voorwaarden en Risico's per Route

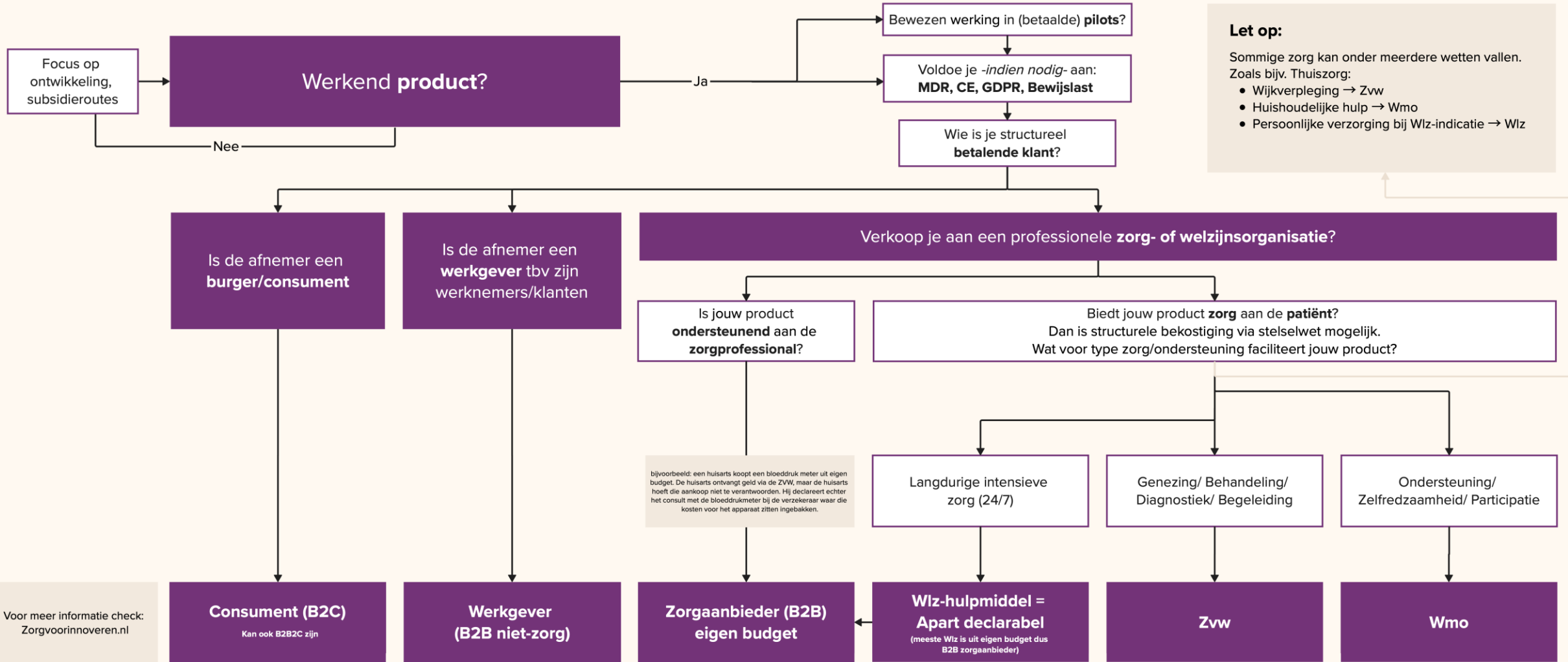


Route	Wat heb je nodig?	Risico's
B2C	Afgebakende doelgroep die zelf zoekt, betaalbaar prijspunt, niet te "medisch"	Beperkte betalingsbereidheid, lastig schaalbaar, marketing-intensief
B2B zorgaanbieder	Duidelijke efficiency-winst of kostenbesparing, past in werkproces, contacten met inkoop	Lange salescycli (6-24 mnd), veel stakeholders, budgetten onder druk
B2B werkgever	Link met verzuim/productiviteit, past in arbo/HR-beleid, aantoonbare ROI	Niet core business voor werkgever, gevoelig voor bezuinigingen
Zvw - bestaande NZa-prestatie	Past binnen bestaande verrichtingscode, zorgverlener wil het inzetten, MDR indien medisch hulpmiddel	Afhankelijk van medewerking zorgverlener, tarief ligt vast
Zvw - NZa-prestatie aanpassen	Onderbouwing waarom aanpassing nodig, steun van beroepsvereniging, NZa-traject doorlopen	Duurt 1-3 jaar, geen garantie op succes
Zvw - nieuwe NZa-prestatie	Klinisch bewijs (RCT of sterk observationeel), voldoen aan pakketcriteria, champion-arts, 3-5+ jaar runway	Langste traject (5-18 jaar), hoge bewijslast, politiek proces
Wmo	Contact met gemeente-inkoop, past binnen Wmo-kaders (zelfredzaamheid), aanbestedingservaring	342 gemeenten = 342 processen, niet schaalbaar, wisselende budgetten
Wlz	Relatie met zorginstellingen, past binnen instellingsbudget of specifieke Wlz-code (toezicht)	Innovatie is niet core voor instellingen, afhankelijk van individuele bereidheid
Buitenland (bijv. DiGA)	Lokale vestiging/partner, voldoen aan lokale eisen, taal/cultuur	Andere markt leren kennen, afleiding van NL-markt, valutarisico

Voor meer informatie:
<https://innovatieroutesindezorg.nl/routes/>

Beslisboom:

Bekostigingsroutes Zorginnovaties



Voor meer informatie check: Zorgvoorinnovieren.nl		Consument (B2C) <small>Kan ook B2B2C zijn</small>	Werkgever (B2B niet-zorg)	Zorgaanbieder (B2B) eigen budget	Wlz-hulpmiddel = Apart declarabel <small>(meeste Wlz is uit eigen budget dus B2B zorgaanbieder)</small>	Zvw	Wmo
Geld	Wie betaalt/beslist?	Consument (uit eigen zak/ aanvullende verzekering)	Werkgever (HR-, arbo-, vitaliteitsbudget)	Zorgaanbieder (exploitatie- of innovatiebudget)	Zorgkantoor (inkoop), NZa (tarieven), zorgaanbieder (Product keuze)	Zorginstituut Nederland (SWP pakketadvies), NZa (besteding, tarieven), zorgverzekeraar (inkoop)	Gemeente (per gemeente verschillend)
	Hoe factureer je	Direct aan consument	Direct aan werkgever	Direct aan zorgaanbieder	Aanvraag loopt via zorgaanbieder; leverancier factureert aan zorgkantoor	Zorgaanbieder aan zorgverzekeraar; de leverancier factureert aan de zorgaanbieder (tenzij je zelf zorgaanbieder wordt).	Aanbieder aan gemeente of via Persoons Gebonden Budget (PGB) door client
	Prijslogica	Markt bepaalt	Markt bepaalt	Markt bepaalt/onderhandeling	NZa-tarieven, zorgkantoor beoordeelt	(maximum)tarieven en prestatie-kaders via NZa, plus zorginkoop/contractafspraken met verzekeraars, dus niet altijd "vast tarief".	Contractueel afgesproken binnen de gemeentelijke inkoop
	Route naar vergoeding	Directe verkoop (webshop, retail, zorgwinkel)	Via HR/arbo-inkoop, link met verzuim/ productiviteit	Inkoop overtuigen, ROI aantonen (efficiency, werkdruk, kwaliteit)	Valt je product onder "hulpmiddelen ter vervanging van toezicht"? Dan specifieke Wlz- codes. Zo niet → Route B2B zorgaanbieder	Past het in bestaande prestatie? Zo ja: zorgaanbieder declareert. Zo niet: aanpassen of nieuwe prestatie aanvragen, of zelf zorgaanbieder worden.	Aanbesteding of raamcontract per gemeente of PGB
Opvallend	Past bij	Wearables, apps, hulpmiddelen thuisgebruik. Afgbakende doelgroep, niet te "medisch", betaalbaar prijspunt	Preventie, mentale gezondheid, vitaliteit. Link met verzuim/ productiviteit, past in arbobeleid	Software, apparatuur, efficiency- tools. Duidelijke efficiency-winst, past in werkproces	Persoonssalarmering, leefpatroonmonitoring, domotica	Medische hulpmiddelen, digitale zorg, diagnostiek	Hulpmiddelen thuisituatie, domotica, valpreventie
	Voordeel	Snelle salescyclus, directe feedback	Ander budget dan zorg, minder gereguleerd	Grotere contractwaarde, structurele contracten	Specifieke codes voor toezicht bestaan al	Grootste pot, landelijke dekking, structureel	Toegankelijker, lokaal maatwerk mogelijk
	Let op	Beperkte betalingsbereidheid, schaal lastig	Moet ROI bewijzen, niet core business, Strikte AVG/Medische gegevens geheimhouden	Lange salescycli (6-24 mnd) en veel stakeholders in bijv. ziekenhuizen	Meeste technologie uit algemeen budget	Langste en zwaarste traject, strenge bewijslast	342 gemeenten = 342 processen
Praktijk	Voorbeeld	NightWatch, CloudCuddle (gedeeltelijk)	Welly	Juvoly, New Compliance, Sara Robotics, HeartEye, MomoMedical, LeQuest	Persoonssalarmering	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Cue2walk, MiGuide</p> <p><small>Zelf zorgaanbieder geworden (declareren consult)</small></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Medido, TinyBots</p> <p><small>Verkoopt via de thuiszorg, die het declareert</small></p> </div> </div>	CloudCuddle

Meer informatie per Route



Route

Algemeen overzicht

Bron

Zorg voor Innoveren
adviesloket

Innovatieroutes in de Zorg
Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2026

Ministerie van VWS

Financiering vroege fase

ZonMw (subsidies)

Health~Holland (PPS, subsidies)

RVO (subsidies & fiscale regelingen)

Zvw & Wlz

Zorginstituut Nederland (pakketbeheer)

NZa (prestaties en tarieven)

Wmo

VNG (gemeentelijk beleid)

Website

[zorgvoorinnoveren.nl](https://www.zorgvoorinnoveren.nl)

<https://www.zorgvoorinnoveren.nl/contact/>

[innovatieroutesindezorg.nl](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/)

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/

rijksoverheid.nl/ministeries/vws

zonmw.nl

health-holland.com

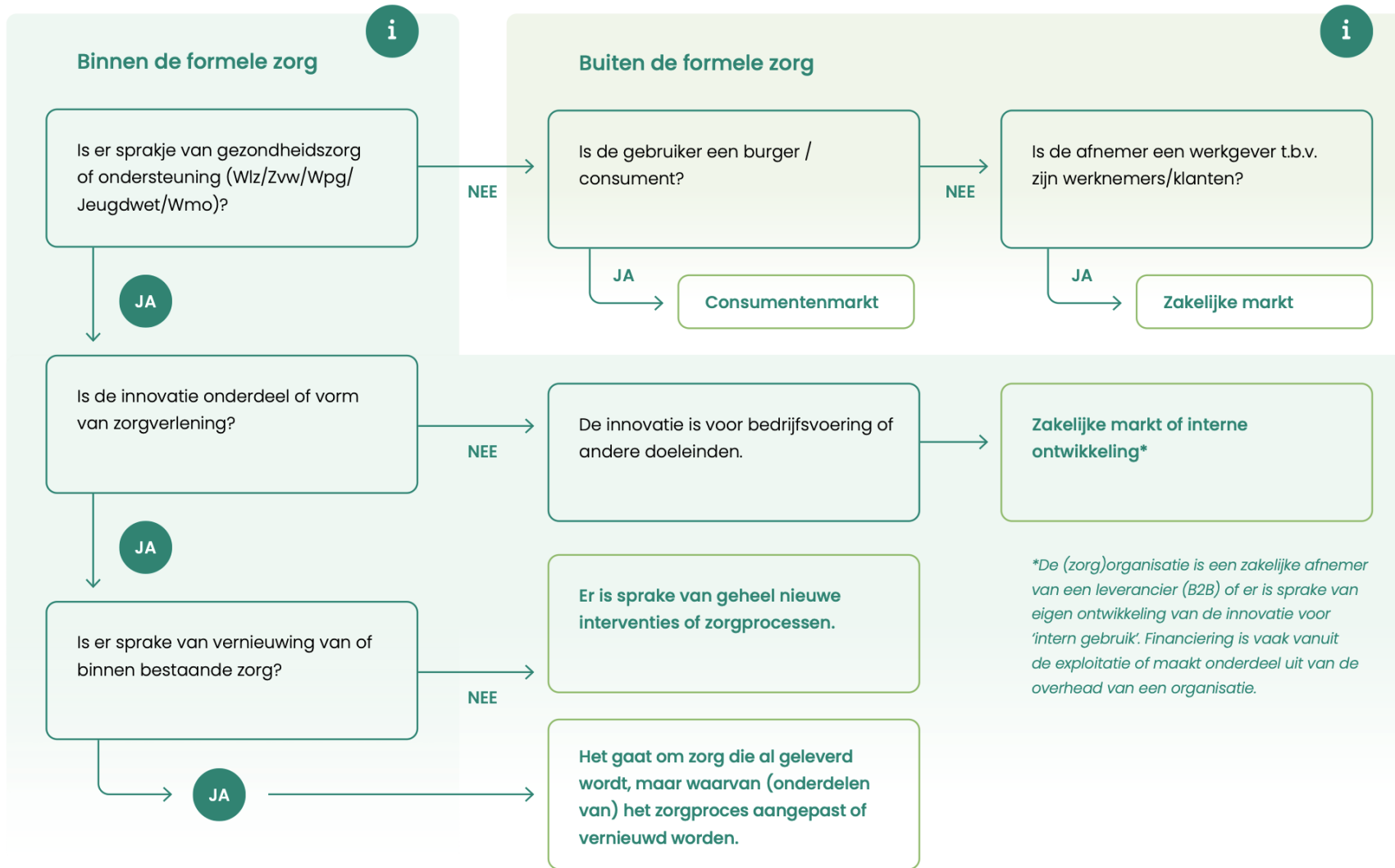
rvo.nl

zorginstituutnederland.nl

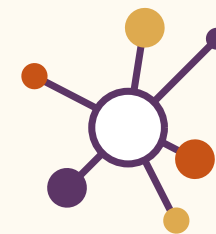
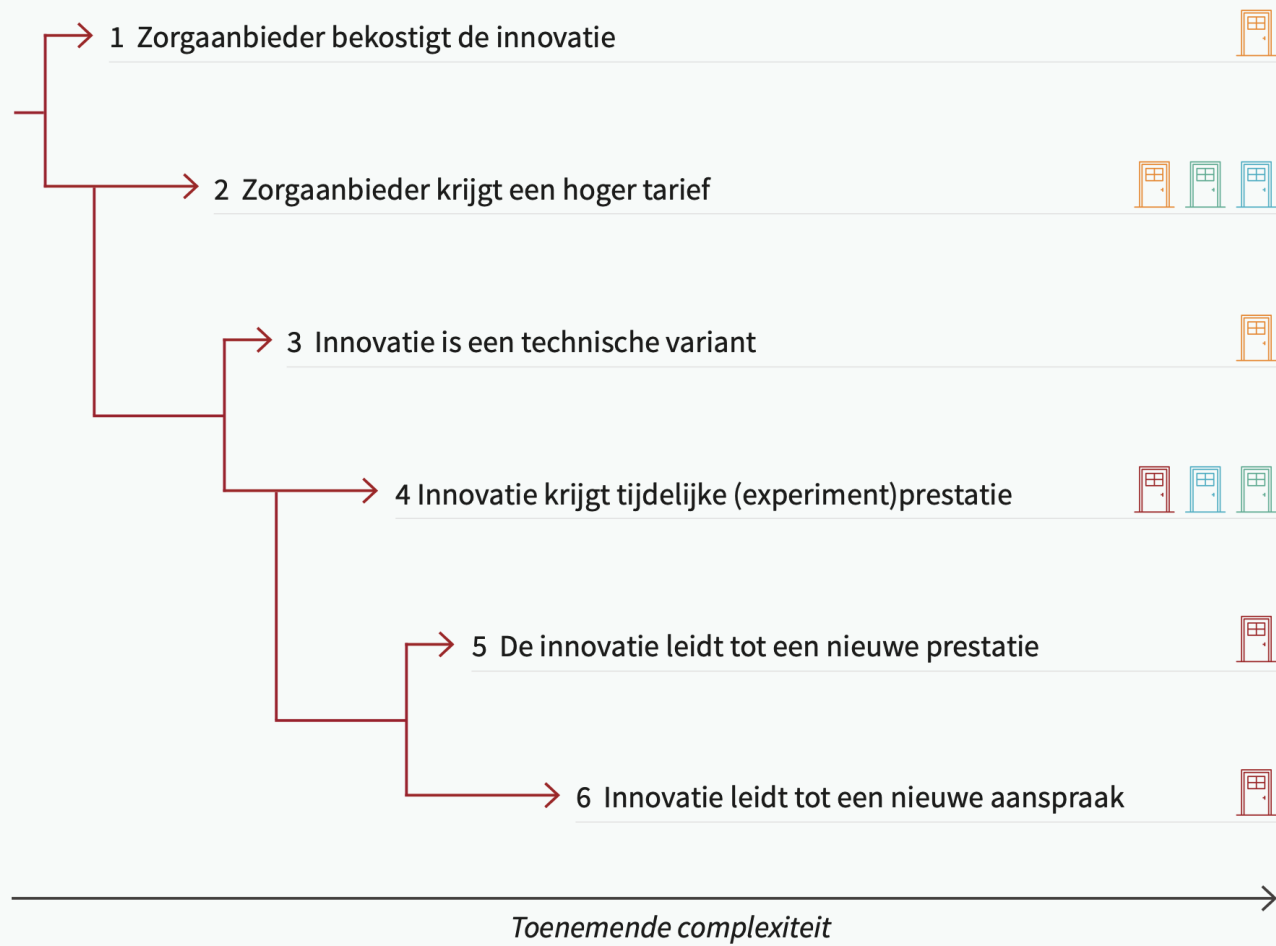
nza.nl

vng.nl

Is het gebruik van de innovatie binnen of buiten de gezondheidszorg & sociale domein?



Bron:
zorgvoorinnoveren.nl



Bron: CbusineZ Paper
bekostiging dec 2025

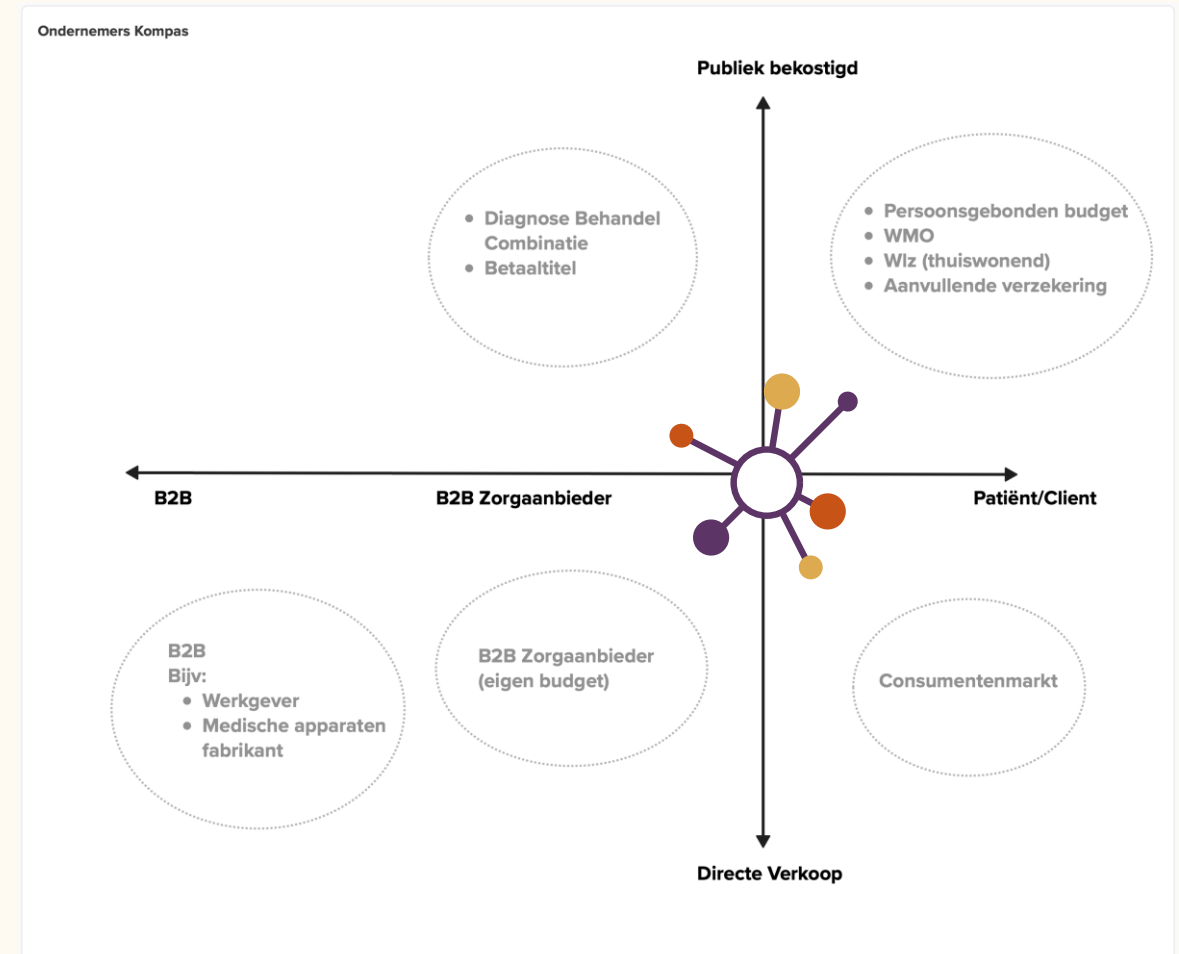
Kompas

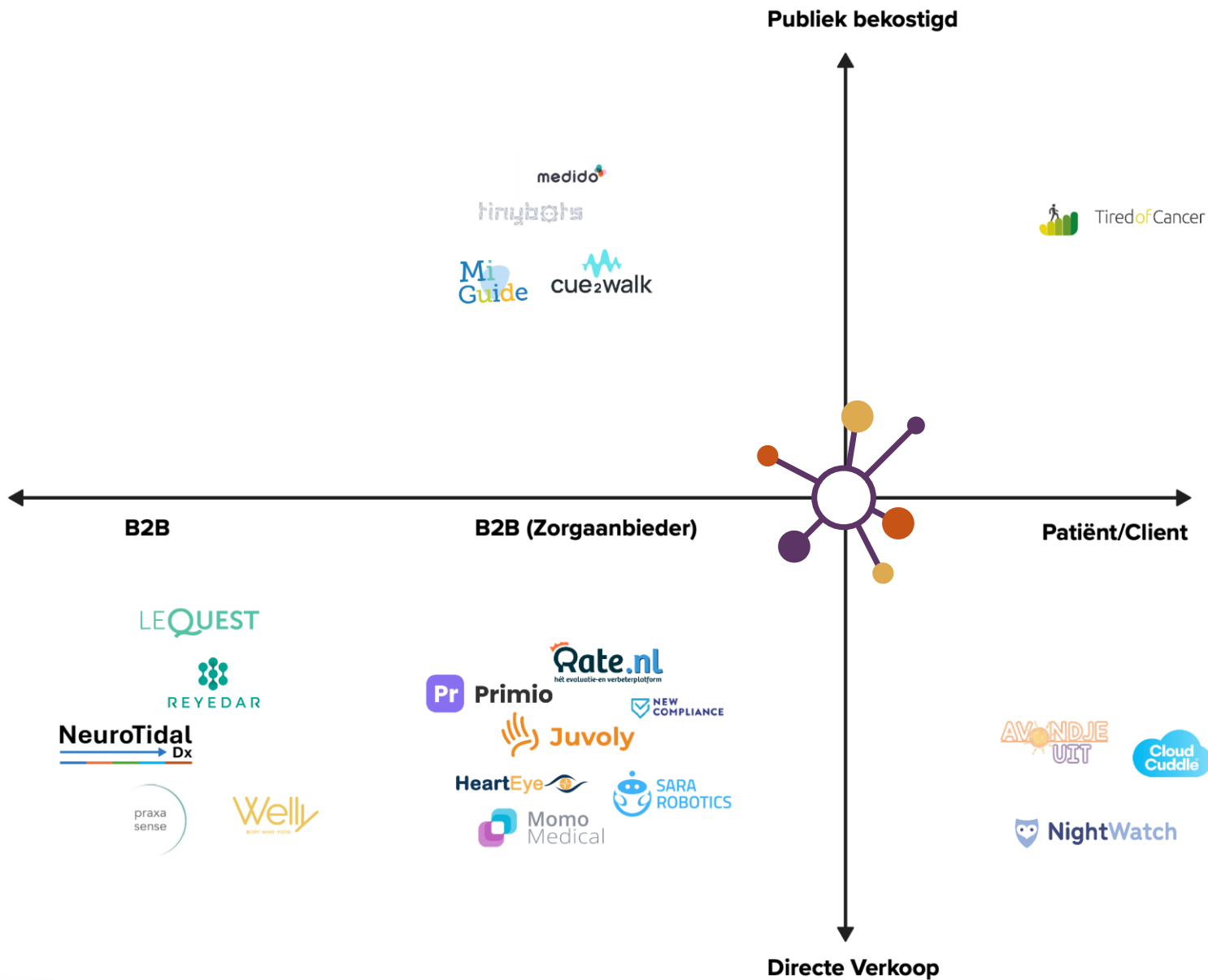
Als ZorgTech-ondernemer is je route naar structurele bekostiging niet je eindstation, maar je startpunt. Vroeg nadenken over waar je geld vandaan komt bepaalt of je kunt opschalen en voorbij de pilotfase kunt komen.

Je kunt ook kiezen voor een mix van routes, of tijdelijk een andere route nemen terwijl je aan de structurele werkt.

NightWatch heeft bijvoorbeeld:

- Direct verkocht aan consumenten
- Direct verkocht aan ziekenhuizen
- Is vergoed in Duitsland
- Werkt aan structurele vergoeding in NL





"De pivot naar zelf zorgaanbieder worden wordt door meerdere investeerders als enige levensvatbare route gezien - een structureel probleem, niet een individuele oplossing."

Praktijkvoorbeelden

Hoe doen startups dit in de praktijk?

“Ik had eerder en dieper in verdienmodellen moeten duiken die beter aansluit op het huidige systeem. Letterlijk een jaar te laat; echt veel geld laten liggen.”



Praktijkvoorbeelden 1



Juvely - B2B zonder vergoedingstraject AI-transcriptie voor huisartsen. Verkoopt rechtstreeks aan huisartspraktijken voor minder dan €1,- per patiënt per maand. Huisarts betaalt uit praktijkbudget, geen vergoedingstraject nodig. Gegroeid naar Miljoenen omzet zonder investeerders.

MiGuide - Pivot naar eigen betaaltitel Begon als app voor diabeteszorg, maar structurele bekostiging bleek lastig. Pivot: zelf zorgaanbieder (met lifestyle coaches) worden en de GLI (Gecombineerde Leefstijlinterventie) als betaaltitel gebruiken.

Cue2Walk - Dienst verkopen, niet het apparaat Loophulpmiddel voor Parkinson. Na 10 jaar ontwikkeling bleek vergoeding voor het apparaat niet haalbaar. Pivot: zelf fysiotherapie aanbieden aan Parkinson-patiënten. Fysiotherapie is vergoed via Zvw, het apparaat is een hulpmiddel daarbinnen.

NightWatch - B2C en buitenland Epilepsie-monitoring. Verkoopt direct aan (welvarende) consumenten. Na 4x afwijzing door Nederlandse zorgverzekeraars nu focus op Duitse markt waar DiGA-vergoeding toegankelijker bleek.

Praktijkvoorbeelden 2



Tired of Cancer - Nederland vs. Duitsland App voor kankerpatiënten met vermoeidheid. B2C werkte niet (patiënten betalen niet voor zorg-apps). Farma-partnerships doodlopend. In Duitsland permanent toegelaten via DiGA. In Nederland na 13 jaar nog steeds geen structurele vergoeding. Overleeft dankzij aandeelhouders die blijven bijstorten.

Welly - B2B werkgever dat niet opschaalde Welzijnsplatform voor medewerkers. Verkocht aan werkgevers (HR-budget), niet via Zw. Had grote klanten (KPN, Achmea, IBM), maar sales cycles te lang. Failliet gegaan in de funding gap - niet door verkeerde route, maar door te weinig runway om genoeg klanten te krijgen.

Reyedar - Opticien als tussenstation Pupiltracking voor oogziekten. Beoogde route: DBC-declaratie via ziekenhuizen. Tussenstation: verkoop aan optiekwinkels (snellere sales, lager ticket). Gebruikt optiekkanaal om volume en data op te bouwen terwijl ze aan ziekenhuisroute werken.

Avondje Uit - Subsidie + UWV Stichting tegen eenzaamheid bij jongeren. Draait op gemeentesubsidies (2-jarige cycli). Bouwt nu aan structurelere inkomsten via UWV-trajecten voor re-integratie. Geen zorgwet, wel publiek gefinancierd.

Praktijkvoorbeelden 3



TinyBots - Van Wmo naar Zvw Zorgrobot voor mensen met dementie. Probeerde eerst Wmo (te complex: elke gemeente apart, wisselende budgetten) en B2C (te duur voor particulieren). Uiteindelijk gekozen voor Zvw via de wijkverpleging, waar de inzet van thuiszorgtechnologie aanvullend gedeclareerd kan worden (max. 6,5 uur/maand).

Sara Robotics - B2B aan Wlz-instellingen Sociale robot voor verpleeghuizen. Verkoopt aan instellingen die betalen uit hun Wlz-budget. Geen eigen betaaltitel, dus afhankelijk van innovatiebudgetten en bereidheid van individuele instellingen.

Medido - De lange adem Medicijndispenser. 18 jaar voor structurele Zvw-vergoeding. Thuiszorg declareert bij verzekeraar. Bewijs dat het kan, maar ook van de doorlooptijd

Pivots - Wendbaarheid als succesfactor



Veel succesvolle ZorgTech-startups hebben onderweg hun route aangepast. Niet omdat het product niet werkte, maar omdat de oorspronkelijke bekostigingsroute niet haalbaar bleek.

<u>Startup</u>	<u>Van</u>	<u>Naar</u>	<u>Waarom</u>
Cue2Walk	Apparaat verkopen aan zorgverleners	Zelf fysiotherapie aanbieden	Zorgverleners wilden niet in verkopende rol; fysiotherapie is gewoon vergoed
MiGuide	Tech-platform aan huisartsen	Zelf zorgaanbieder worden	Structurele financiering voor preventie bleek onmogelijk als tech-bedrijf
TinyBots	Wmo (gemeenten)	Zvw via thuiszorg	Wmo te complex (342 gemeenten); aanvullende vergoeding thuiszorgtechnologie toegankelijker
Nightwatch	Nederlandse zorgverzekeraars	Duitse markt (DiGA)	4x afgewezen in NL; Duitsland heeft toegankelijker vergoedingstraject

"You can't beat the system, je moet gaan waar het geld zit." — Ondernemer

Verkeerde prikkels – Waarom goede innovaties soms niet landen



Sommige innovaties stranden niet door de ondernemer, maar door hoe het zorgsysteem is ingericht. De kosten en baten vallen bij verschillende partijen.

<u>Prikkel</u>	<u>Probleem</u>	<u>Voorbeeld</u>
Kosten ≠ baten	Wie investeert is niet altijd wie bespaart	Ouders kopen epilepsie-monitor, maar verzekeraar bespaart op SEH-bezoeken
DBC-systematiek	Efficiënter werken is soms minder omzet per patiënt (maar wel meer capaciteit beschikbaar op organisatieniveau)	Ligdag verkorten van 5,5 naar 4,5 dagen bespaart €800, maar kost duizenden aan DBC-inkomsten
Preventie niet beloond	Primaire preventie valt buiten de Zvw. Verantwoordelijkheid ligt bij werkgevers (Arbowet) of gemeenten (Wet publieke gezondheid) — voor startups betekent dit: geen duidelijke betaler.	Burn-out behandelen wordt vergoed, burn-out voorkómen niet.
Per verrichting betaald	Geen prikkel om sneller klaar te zijn	Sommige zorg krijgt betaald per consult, niet per resultaat
Verschuiving bedreigt omzet	Innovatie verplaatst zorg én inkomsten	Huisarts laat specialist op afstand meekijken, zo blijft er een rol (en declaratie) voor de specialist, terwijl de patiënt niet meer fysiek hoeft te komen.

"Een ligdag verkorten bespaart misschien €800 aan kosten, maar snijdt duizenden in inkomsten doordat je in een lager DBC-emmertje valt."

Verkoopkanalen



<u>Kanaal</u>	<u>Wat</u>	<u>Voordeel</u>	<u>Nadeel</u>
Direct	Je verkoopt zelf aan de klant	Maximale controle over prijs, propositie en service, directe feedback; hoogste marge.	Kost veel sales-capaciteit
Via distributeur	Partner verkoopt voor jou	Schaal, bestaand netwerk	Lagere marge, minder controle
Via integrator	Onderdeel van groter systeem (EPD, platform)	Toegang tot bestaande gebruikers	Afhankelijkheid, revenue share

Let op in de zorg: een distributeur die 10 producten koopt is geen succes - pas als die 10 ook daadwerkelijk bij eindgebruikers landen. Kijk naar herhaalaankopen of abonnementen als bewijs van echte adoptie.

Verdienmodellen



<u>Model</u>	<u>Wat</u>	<u>Past bij</u>
Eenmalige verkoop	Klant betaalt één keer	Hardware, hulpmiddelen
Abonnement (SaaS)	Klant betaalt per maand/jaar	Software, platforms
Per gebruik	Klant betaalt per meting/sessie/analyse	Diagnostiek, monitoring
Per gebruiker	Klant betaalt per patiënt/bed/locatie	Software in instellingen
Licentie	Klant betaalt voor gebruiksrecht	Technologie, algoritmes

In de praktijk: veel ZorgTech-startups combineren modellen. Bijvoorbeeld hardware (eenmalig) + service-abonnement, of licentie + per-gebruiker fee.

Verdienmodellen in de praktijk



<u>Model</u>	<u>Startup</u>	<u>Hoe ze het aanpakten</u>	<u>Uitdaging</u>
Eenmalige verkoop	Nightwatch	Apparaat €2k aan consument	Hoge drempel, waarde moet direct duidelijk zijn
Abonnement (SaaS)	Juvoly	€0,65 per patiënt per maand aan huisarts	Lage prijs = veel volume nodig
Per gebruiker	Tired of Cancer	Per download via KWF/kanker.nl	Afhankelijk van partner die betaalt
Hardware + service	Cue2Walk	Apparaat + fysiotherapie (vergoed)	Moest zelf zorgaanbieder worden
Licentie aan instelling	Sara Robotics	Robot aan verpleeghuis	Afhankelijk van innovatiebudget instelling
Per verrichting	HeartEye	Verkoop apparaat. Huisarts declareert meting	Moet passen in bestaande declaratiecode, waarom beter dan huidige ECG apparaat?

Les uit de interviews: Het verdienmodel volgt vaak uit de bekostigingsroute, niet andersom. Eerst weten wie betaalt, dan pas hoe je factureert.

Conclusies en aanbevelingen

Hoe helpen we ondernemers verder?

“ZorgTech-vouchers van InnovationQuarter (€25-50K) zeer waardevol voor opschaling.”



Conclusies



- **Er is geen "beste" route** - elke startup moet zijn eigen pad vinden op basis van product, doelgroep, timing en runway
- **Bekostiging is startpunt, niet eindstation** - vroeg nadenken over waar je geld vandaan komt bepaalt je hele strategie
- **Direct is vaak sneller en haalbaarder** - publieke bekostiging kan jaren kosten en vereist een lange adem maar kan voor structurelere inkomsten zorgen
- **Wendbaarheid is cruciaal** - de meeste succesvolle startups hebben onderweg gepivot
- **Het systeem werkt soms tegen je** - verkeerde prikkels zijn een realiteit, niet een excuus

“Dat ligt ook gewoon aan geluk... Soms moet je gewoon geluk hebben. Tuurlijk maak je een educated guess waar je op gokt, maar nog steeds kan je gewoon mis gokken.”

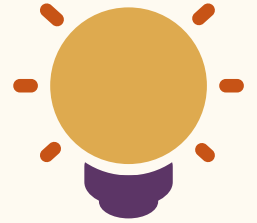
Aanbevelingen



Voor startups:

- Begin met de strategische checklist voordat je een route kiest
- Zoek de makkelijkste route eerst (Publiek = bestaande prestatie > aanpassing > nieuw)
- Heb een plan B als je hoofdroute te lang duurt of niet lukt
- Leer van peers, niet van rapporten

Strategische Checklists



Bekostigingsroute - van moeilijk naar makkelijk

Vraag ondernemer

Moet het echt een nieuwe betaaltitel zijn?

Kan het uit bestaand budget van de zorgaanbieder?

Kan het volledig direct (B2C/B2B)?

Kun je zelf zorgaanbieder worden?

Advies

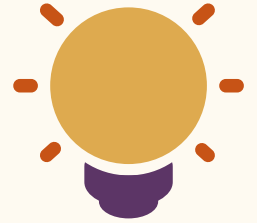
Je past in een bestaande code, of kunt een bestaande laten aanpassen dat gaat vaak sneller dan een volledig nieuwe

Je bespaart hen direct tijd of geld, dan kunnen en willen ze vaak uit eigen budget betalen

Ja, eindgebruiker kan en wil zelf betalen, dit scheelt afhankelijkheid van publieke bekostiging. Maar wordt ook mede bepaald door je type product.

Je dienst wordt vergoed via een betaaltitel, je product wordt hulpmiddel daarbinnen

Strategische Checklists



Stakeholders - wie moet je meekrijgen?

Vraag

Neem je ergens inkomen weg?

Duw je via zorgverlener of via de verzekeraar?

Is het een tijds- of geldbesparing voor de zorgprofessional, of vooral een duur apparaat?

Let op...

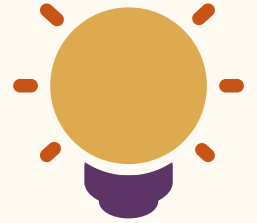
Betrek die partij, of geef ze een rol

zorgverlener = "dit is beter voor de patiënt"

Verzekeraar = "dit is efficiënter"

Als het hen niks oplevert, kopen ze het niet

Strategische Checklists



Validatie en bewijs

Vraag

Weet je welke stakeholder om welke uitkomsten vraagt en hoe je die meet (methodiek/meetinstrumenten)?

Zit je alleen in pilots, of heb je zicht op iets structureels?

Heb je bewijs dat het werkt, of alleen een werkend product?

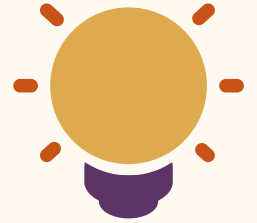
Wees eerlijk...

Verschilt enorm per route (B2B vs Zvw vs Wmo)

Pilots zijn geen businessmodel

Zorginkoop vraagt om data

Strategische Checklists



Realiteitscheck

Vraag

Is het zó innovatief (bijv. preventie) dat het systeem moet veranderen?

Heb je een plan B als de hoofdroute te lang duurt?

Heb je nagedacht over adoptie en implementatie?

Overweeg...

Heb je de runway om dat af te wachten?

Beginnen met directe verkoop, later Publiek bekostigd?

Verkopen is niet hetzelfde als gebruiken

Bedankt!

Inventarisatie van Duurzame Businessmodellen en financieringsroutes