

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
3597573-1048430-Z

Bijlage(n)
4

Kenmerk afzender

Datum 30 mei 2023
Betreft Wijziging basispakket Zorgverzekeringswet 2024

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Met deze brief informeer ik u over de volgende onderwerpen die verband houden met het beoogde basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in het jaar 2024:

1. Enkele wijzigingen in het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2024:
 - Het toevoegen van fysio- en oefentherapie voor een valpreventieve beweeginterventie.
 - Het flexibiliseren van de aanspraak kraamzorg.
2. Het verlengen tot 1 januari 2025 van paramedische herstelzorg na Covid-19.
3. Stand van zaken vergoeding kosten eiceldonatie voor wensmoeder met medische indicatie.
4. Aanspraak overgewicht en obesitas kinderen.
5. Voortgang trajecten voorwaardelijke toelating (VT) en Subsidieregeling veelbelovende zorg (VeZo).
6. Stand van zaken pilot aanpassingsstoornissen.
7. Stand van zaken geriatrische revalidatiezorg.
8. Stand van zaken geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP)

Nederland heeft een hoogstaande gezondheidszorg, met een breed en fijnmazig aanbod en uitstekend gekwalificeerde en betrokken zorgmedewerkers. Maar niet alle zorg die wordt geleverd is aantoonbaar effectief. Sterker, zorg waarvan is aangetoond dat deze niet effectief is, wordt in de praktijk soms toch geleverd. Cliënten en patiënten ondervinden nadelen van ineffectieve zorg omdat zij niet de zorg krijgen die voor hen het meest passend is. We kijken altijd naar waar de zorg in Nederland kan en moet worden verbeterd. Momenteel hebben wij de middelen om de zorg te verbeteren waarmee we tot de internationale top zouden behoren, maar dreigt deze kans – indien niet wordt ingezet op het leveren van effectieve zorg – aan ons voorbij te gaan. Verandering is nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te behouden en te verbeteren. Om dit te realiseren is er in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken om de beweging naar passende zorg in te zetten. Passende zorg is waardegedreven, komt samen met en rondom de patiënt tot

stand, vindt plaats op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Afspraken in het IZA gaan dus ook over het pakketbeheer. Het uiteindelijke doel is dat alleen (de meest) effectieve zorg binnen het basispakket vergoed wordt. De houdbaarheid van het stelsel vraagt hierom en op deze manier is de patiënt verzekerd van goede zorg. Zoals ook in het IZA is omschreven, onderken ik de noodzaak van de verbetering van het pakketbeheer om passende zorg te realiseren. Dit wil ik onder andere doen door het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Over de nadere invulling om tot de verbeterde en verbrede toets te komen ontvangt uw Kamer later dit voorjaar een brief. Een andere manier waarop ik de beweging naar passende zorg kracht bij wil zetten via het basispakket is door effectieve preventieve (keten)aanpakken, toe te voegen aan het basispakket. Specifieke voorbeelden hiervan waar ik in deze brief op in ga, zijn de uitbreiding van valpreventie en de toevoeging van de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas.

Kenmerk
3597573-1048430-Z

1. Wijzigingen in het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2024

Het toevoegen van fysio- en oefentherapie voor een valpreventieve beweeginterventie

In het Coalitieakkoord is een aantal maatregelen aangekondigd zodat ouderen gezond ouder kunnen worden in hun eigen of passende omgeving. Inzetten op valpreventie is één van die maatregelen. Samen met onder meer gemeenten, GGD-en en maatschappelijke partijen zoals VeiligheidNL zet het kabinet fors in om het risico op vallen zoveel mogelijk te beperken. Onder meer door ervoor te zorgen dat ouderen met een hoog valrisico sneller in beeld komen en een valpreventieve beweeginterventie aangeboden krijgen. Over de voortgang van deze maatregelen met betrekking tot valpreventie wordt de Kamer regelmatig geïnformeerd, onlangs nog in een kamerbrief over diverse onderwerpen met betrekking tot leefstijl en preventie.¹ Valpreventie is ook één van de ketenaanpakken waarover afspraken zijn gemaakt in het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord.

De ketenaanpak valpreventie bestaat uit een aantal stappen: allereerst moeten thuiswonende ouderen (65+) met een verhoogd valrisico worden opgespoord en moet bij hen de mate van valrisico worden vastgesteld. Dit kan zowel in het gemeentelijke domein als in het zorgdomein gebeuren. Indien ouderen een hoog valrisico hebben moet gekeken worden waaruit dit hoge risico bestaat en welke interventies (in of buiten de zorg) moeten worden ingezet om dit hoge risico te verlagen. Dit kan zowel in de zorg zijn (medicatiescreening bijvoorbeeld) als in het sociale domein (woningaanpassingen bijvoorbeeld). Voor ouderen met een verhoogd valrisico is sowieso een valpreventief beweegprogramma aangewezen. Voor een grote groep ouderen zal dit beweegprogramma in het gemeentelijke domein plaatsvinden. Het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) heeft aangegeven dat wanneer een oudere naast hoog valrisico ook onderliggende of bijkomende somatische of psychische problemen heeft, een beweegprogramma waarbij begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut noodzakelijk is, onder zorg in de zin van de Zvw te scharen is. Om voor deze groep vergoeding van de valpreventieve beweegprogramma's vanuit de zorgverzekering mogelijk te maken, moet het Besluit zorgverzekering worden gewijzigd vanwege de huidige beperkingen op de aanspraak op fysio- en oefentherapie.

¹ Kamerstukken II 2022/23, 32793, nr. 646.

Het flexibiliseren van de aanspraak kraamzorg

Een goede start van ouder en kind is van belang voor het terugdringen van de perinatale sterfte en morbiditeit. Hier draagt kraamzorg bij. De beroepsgroep heeft aangegeven dat er behoefte is aan een meer flexibele inzet van kraamzorg. Op deze manier is het mogelijk om beter passende kraamzorg te leveren, ook voor een langere periode dan tot en met de 10e dag na de bevalling. Dit sluit aan bij de opgave van het programma 'Kansrijke Start' waarin gewerkt wordt aan een kansrijke start voor iedereen. De kraamzorg levert daar een belangrijke bijdrage aan en kan door deze flexibilisering over een langere periode ondersteuning bieden aan gezinnen waar dat nodig is. Dit betekent niet dat er behoefte is om in totaal meer uren kraamzorg in te zetten, maar dat er bij het ene gezin feitelijk minder inzet nodig is, en bij het andere gezin meer 'terugkomdagen' wenselijk zijn.² Om die reden heeft VWS het Zorginstituut advies gevraagd omtrent het loslaten van de grens op de 10e dag. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat flexibilisering mogelijk is door de grens te verplaatsen van de 10e dag naar 6 weken vanaf de bevalling (zie bijlage 1 en 2). De zorg gedurende de zwangerschap en geboorte volgt de zorgstandaard integrale geboortezorg, waaruit volgt dat er goede samenwerkingsafspraken moeten zijn tussen onder andere de verloskundige en kraamzorg. Door de formele afronding van zorg door de verloskundige en kraamzorg gelijk te trekken kan daar waar nodig de zorg en ondersteuning door de kraamverzorgende voor een langere periode ingezet worden.

De verlenging van de periode waarin kraamzorg verleend kan worden, zal naar verwachting geen financiële gevolgen hebben. Op dit moment wordt er gewerkt met het Landelijke Indicatie Protocol (LIP) waarbij de indicatiestelling loopt tot de 10^e dag en een gemiddelde indicatiestelling van 49 uur. De nieuwe kraamzorg landelijke indicatie methodiek (KLIM) wordt nu beproefd. De KLIM gaat uit van een minimum van 38 uur en een maximum van 52 uur kraamzorg. Uit eerder onderzoek naar de zorgpakketten die onderdeel uitmaken van de KLIM is gebleken dat het budgetneutraal geïmplementeerd kan worden. Dit komt doordat het aantal geïndiceerde uren lager uitkomt dan wat gemiddeld geïndiceerd wordt volgens het LIP. Beide indicatieprotocollen zijn zo afgebakend dat het niet mogelijk is om voor een langere periode dan uiterlijk 6 weken kraamzorg te verlenen. Ik ben voornemens om de ontwikkelingen van de door branchepartijen geïnitieerde nieuwe indicatieprotocol te monitoren op eventuele financiële drempels die ervaren zouden kunnen worden doordat het totaalbedrag aan de eigen bijdrage stijgt naarmate het aantal geïndiceerde en verleende uren kraamzorg toeneemt.

2. Het verlengen tot 1 januari 2025 van de paramedische herstelzorg na Covid-19

Een deel van de mensen met ernstige klachten of beperkingen tijdens hun herstel na Covid-19 heeft extra zorg nodig om goed te herstellen. De huisarts of medisch specialist kan beoordelen of iemand in aanmerking komt voor eerstelijns paramedische herstelzorg. Deze herstelzorg kan bestaan uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie. De herstelzorg, die mono- of multidisciplinair kan worden ingezet, is per 18 juli 2020 voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. Eén van de voorwaarden is deelname aan onderzoek naar de effectiviteit van paramedische herstelzorg. De toelating loopt af per 1 augustus 2023.

²Kraamzorg op Maat, de nieuwe manier van indiceren?!, Utrecht Kraamzorg de Waarden, Naviva Kraamzorg, 7 december 2020.

Ik wil deze toelating verlengen tot 1 januari 2025 zodat ook de patiënten die sinds het voorjaar 2023 besmet zijn geraakt of nog besmet worden en moeite ondervinden bij het herstel, gebruik kunnen blijven maken van paramedische herstellzorg. Op basis van het onderzoek naar de effectiviteit van paramedische herstellzorg zal het Zorginstituut een duiding en advies uitbrengen met betrekking tot de definitieve vergoeding vanuit de zorgverzekering. Deze beoordeling wordt verwacht in het eerste kwartaal van 2024. Op dat moment is er duidelijkheid over de effectiviteit van paramedische herstellzorg en daarmee ook in hoeverre deze zorg deel uitmaakt van het basispakket. Normaliter is een voorwaardelijke toelating dan afgerond. Bij een positieve beoordeling door het Zorginstituut zullen echter de aanspraken op fysio- en oefentherapie, diëtiëk en ergotherapie in het Besluit zorgverzekering waarschijnlijk aangepast moeten worden om paramedische herstell zorg volledig uit het basispakket te kunnen vergoeden. Om te voorkomen dat mensen bij een positieve beoordeling door het Zorginstituut tussen wal en schip vallen, is het noodzakelijk dat de voorwaardelijke toelating na afronding van het onderzoek en hangende de besluitvorming over definitieve pakketopname kan doorlopen tot uiterlijk 1 januari 2025. Op dat moment kan de zorg opgenomen worden in het basispakket door de wijziging van het Besluit zorgverzekering via de pakketcyclus voor het jaar 2025.

Kenmerk
3597573-1048430-Z

3. Stand van zaken vergoeding kosten eiceldonatie voor wensmoeder met medische indicatie

In de brief over het verzekerde pakket van afgelopen jaar, schreef ik uw Kamer reeds over het advies van het Zorginstituut om het basispakket met ivf-draagmoederschap uit te breiden in het geval de wensmoeder een medische indicatie heeft waardoor zij zelf geen vrucht kan dragen, maar wel eigen eicellen heeft.³ Ik gaf aan dit advies over te nemen en deze wijziging tot uitbreiding van het basispakket pas te effectueren nadat het wetsvoorstel 'Kind, draagmoederschap en afstamming' is aanvaard en in werking is getreden. Pas dan zijn de juridische waarborgen voor draagmoederschap ook voorafgaand aan het draagmoederschap voldoende geregeld.⁴

Naar analogie van deze situatie heb ik het Zorginstituut ook verzocht om advies over de vergoeding van de medische kosten rondom eiceldonatie. Bij eiceldonatie staat een donor onbevruichte eicellen af aan een vrouw die zelf geen (bruikbare) eicellen (meer) heeft. De totstandkoming van de zwangerschap wordt medisch geassisteerd door middel van een ivf-behandeling.⁵ Dit advies over eiceldonatie is inmiddels verschenen (zie bijlage 3).

Het deel van de behandeling dat bij de eiceldonator wordt uitgevoerd⁶, behoort op dit moment niet tot het basispakket. De reden hiervoor is dat de Zvw alleen voorziet in de vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen die bij een verzekerde *zelf* worden uitgevoerd op grond van een medische indicatie. Het advies van het Zorginstituut is dat eiceldonatie als verzekerde zorg in het basispakket opgenomen kan worden. Voorwaarde hierbij is dat de wensmoeder een medische indicatie heeft, waardoor ze zelf geen (goede) eicellen heeft. De ivf-behandeling van de wensmoeder, inclusief het deel van de behandeling dat nodig

³ Kamerstukken II 2021/22, 29689, nr. 1146

⁴ In de huidige wettelijke situatie is de draagmoeder na de geboorte van het kind de juridische ouder en is aansluitend nog een juridische procedure nodig om het ouderschap over te laten gaan op de wensouder(s).

⁵ Het Zorginstituut gaat ervan uit dat er in Nederland 10 tot 25 personen per jaar in aanmerking komen voor eiceldonatie.

⁶ Eerst wordt gestart met een hormonale behandeling om de rijping van eicellen in het lichaam van de donor te bevorderen. Hierna volgt de follikelpunctie bij de donor.

is bij de eiceldonor, kan dan volledig worden vergoed uit de basisverzekering van de wensmoeder. Ik ben voornemens dit advies over te nemen en eiceldonatie in de hiervoor beschreven situatie toe te voegen aan het basispakket van de zorgverzekering.

Kenmerk
3597573-1048430-Z

Het Zorginstituut wijst er in het advies over de vergoeding van eiceldonatie op dat de verzekerde zelf onderdeel dient uit te maken van de ivf-behandeling. Dit betekent dat wensmoeders die én geen baarmoeder én geen eicellen (meer) hebben, niet voor vergoeding van eiceldonatie en ivf-draagmoederschap in aanmerking komen. Anders dan in de hiervoor beschreven situatie is er geen sprake van een geneeskundige zorgvraag bij de verzekerde en vruchtbaarheidsgerelateerde zorg ter bevordering van de vruchtbaarheid van de verzekerde zelf. Een verzekerde heeft aanspraak op de ivf-behandeling vanwege de zorgvraag (de indicatie), niet vanwege de (mogelijke) uitkomst van de behandeling.

Het Zorginstituut geeft in overweging om een beperking in de regelgeving op te nemen die ertoe leidt dat eiceldonatie in landen waar anonieme en/of commerciële eiceldonatie is toegestaan, niet voor vergoeding in aanmerking komt. Hetzelfde is eerder geadviseerd over commercieel draagmoederschap. Een dergelijke beperking dient juridisch houdbaar en niet strijdig met relevante Europese wetgeving te zijn. Het uitwerken van de mogelijkheid voor een dergelijke beperking vraagt daarom tijd. Hierdoor zal uitbreiding van het basispakket niet per 1 januari 2024, maar in een volgende pakketcyclus plaatsvinden.

4. Aanspraak overgewicht en obesitas kinderen

In het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) zijn afspraken gemaakt over het inrichten van ketenaanpakken gericht op preventie en gezondheid over de domeinen (Zwv, Wet publieke gezondheid (Wpg), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en/of Jeudgwet) heen. De ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas maakt onderdeel uit van deze afspraken. In het landelijk gedragen model "Kind naar Gezonder Gewicht" wordt vanuit zowel het medisch als het sociaal domein breder gekeken naar eventueel onderliggende oorzaken en bijdragende factoren van (ernstig) overgewicht. Afhankelijk van het domein is ofwel de zorgverzekeraar verantwoordelijk, ofwel de gemeente. Goede afspraken tussen beiden financiers is essentieel om tot een effectieve ketenaanpak te komen.

De Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) voor kinderen kan onderdeel uitmaken van het landelijk model.⁷ Daarnaast coördineert een centrale zorgverlener het begeleidingstraject en is deze de contactpersoon voor het kind en gezin. Het Zorginstituut heeft in een addendum geduid dat de inzet van de centrale zorgverlener en de GLI voor kinderen onderdeel uitmaken van het basispakket. De ketenaanpak duurt in zijn geheel drie jaar. Hieronder vallen (onder andere) de brede anamnese door de centrale zorgverlener, een GLI van 2 jaar en een onderhoudsfase door de centrale zorgverlener. In de werkagenda van het GALA (3G, onderdeel II) zijn afspraken opgenomen om – uiteindelijk – te komen tot een landelijk dekkend aanbod. De gemaakte afspraken in het IZA en

⁷ In de kamerbrief over het basispakket Zorgverzekeringswet 2019 heb ik u geïnformeerd over de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) voor volwassenen. Het Zorginstituut is in de duiding die hieraan ten grondslag lag, niet expliciet ingegaan op de GLI's voor kinderen.

GALA worden gemonitord door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Daarbij is ook expliciet aandacht voor de voortgang van de implementatie van het model "Kind naar Gezonder Gewicht".

Kenmerk
3597573-1048430-Z

5. Voortgang trajecten voorwaardelijke toelating (VT) en Subsidiereregeling veelbelovende zorg (VeZo)

Bijgaand treft u de voortgangsrapportage van VT en VeZo voor het kalenderjaar 2022 aan.⁸ Het Zorginstituut beschrijft hierin de voortgang van de lopende VT-trajecten⁹ en de subsidiereregeling VeZo. Ik informeer u over de belangrijkste punten uit de voortgangsrapportage.

Voortgang trajecten Voorwaardelijke Toelating

In 2022 liepen er 11 VT-trajecten¹⁰, waarvan er in dat jaar twee projecten zijn afgerond:

- *Standpunt tumor infiltrerende lymfocyten (TIL)*

Het VT-traject voor de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) liep op 31 december 2022 af. In december 2022 heeft het Zorginstituut een beoordeling uitgebracht over TIL voor de behandeling van volwassen patiënten met een inoperabel en gemetastaseerd (stadium IIIC of IV) melanoom, die eerder behandeld zijn met een PD-1-remmer. Het Zorginstituut concludeert dat de TIL-therapie voor deze patiënten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee kan deze behandeling met TIL ook na afloop van het VT-traject deel uitmaken van het basispakket. De zorgverlening was in afwachting van goedkeuring van de hospital exemption in Nederland, waarmee deze zorg per 15 januari 2023 daadwerkelijk beschikbaar is gekomen.¹¹

- *Standpunt Borstreconstructie middels autologe vettransplantatie (AFT)*

Ook het VT-traject voor borstreconstructie middels autologe vettransplantatie (AFT) liep op 31 december 2022 af. Het Zorginstituut heeft beoordeeld of AFT na externe weefse expansie effectief is voor personen die een totale borstverwijderingsoperatie hebben ondergaan als gevolg van borstkanker of ter preventie van borstkanker vanwege genetische predispositie. Het Zorginstituut heeft in december 2023 geconcludeerd dat AFT voor deze patiënten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarmee maakt AFT ook na afloop van het VT-traject deel uit van het basispakket. In een waarborgendocument zijn voorwaarden opgenomen om passende en doelmatige zorg te garanderen.

Voortgang Subsidiereregeling veelbelovende zorg (VeZo)

Op 1 februari 2019 is het beleid voor voorwaardelijke toelating tot het basispakket (gefaseerd) vervangen door de Subsidiereregeling veelbelovende zorg (VeZo). Met deze subsidiereregeling is het mogelijk een tijdelijke financiering te krijgen voor behandelingen die veelbelovend lijken, maar (nog) niet uit het basispakket worden vergoed. Na afronding van een gesubsidieerd onderzoekproject volgt een duiding

⁸ Voortgangsrapportage 2022 | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.

⁹ Per 1 januari 2019 is het instrument VT (grotendeels) vervangen door de Subsidiereregeling VeZo. Maar alle lopende VT-trajecten zullen volgens het kader van VT worden afgerond.

¹⁰ Voorwaardelijk toegelaten zorg | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland.

¹¹ TIL-behandeling heeft geen marktvergunning. Daardoor mogen patiënten met een niet te opereren en uitgezaaid melanoom in Nederland alleen met TIL behandeld worden onder een goedgekeurde hospital exemption. Dit betekent 'ziekenhuisuitzondering' en houdt in dat in dit uitzonderlijke geval geen handelsvergunning nodig is via de centrale Europese procedure. Het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek (NKI/AVL) heeft hiervoor toestemming gevraagd aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IGJ heeft deze toestemming gegeven.

van het Zorginstituut waaruit blijkt in hoeverre de behandeling deel uitmaakt van het basispakket.

Sinds de lancering van de subsidieregeling zijn er tot en met 1 januari 2023 152 projectideeën en 40 uitgewerkte aanvragen ingediend. In totaal zijn er tot 1 januari 2023 21 subsidies voor veelbelovende zorg verleend, waaronder 8 subsidies in 2022:

- Minimaal invasieve endoscopiegeleide operatie bij patiënten met een spontane hersenbloeding (DIST-ABC).
- Orale immunotherapie bij jonge kinderen met een bewezen IgE-gemedieerde voedselallergie (ORKA).
- Endoscopisch retroperitoneale arteria coeliaca release bij patiënten met MALS (CARoSO study).
- Transkatheter tricuspidalisklep-reparatie bij patiënten met ernstige lekkage van de tricuspidalisklep in het hart (TRACE-NL).
- Precisiebestraling bij patiënten met epilepsie (PRECISION studie).
- ¹⁸F FDG PET/CT-scans bij volwassen patiënten met stadium III niet-kleincellig longcarcinoom.
- Schildwachtklierprocedure bij patiënten met kanker van de keelholte en het strottenhoofd (PRIMO).
- Lymfoveneuze anastomose bij patiënten met kanker-gerelateerd lymfoedeem (LVA).

Kenmerk

3597573-1048430-Z

In 2022 is in totaal € 23 miljoen aan nieuwe subsidies verleend. De projectideefase werkt als zeeffunctie om relevante en kwalitatief goede uitgewerkte aanvragen te ontvangen. Dit uit zich in een hoog percentage subsidieverleningen aan ingediende aanvragen. De toelichting en ondersteuning die gedurende de fase tussen projectidee en aanvraag wordt gegeven is succesvol gebleken, want de kwaliteit van de aanvragen is beduidend hoger dan in de beginjaren van de regeling. Het afgelopen jaar zijn signalen ontvangen over moeilijkheden met verantwoordingseisen. Hierop is hard gewerkt aan een verbeterd verantwoordingprotocol welke het voor ziekenhuizen gemakkelijker moet maken om te voldoen aan de verantwoordingseisen.

In vergelijking met VT is bij de subsidieregeling zowel het aantal aanvragen, als het honoreringspercentage hoger. Daarnaast zijn er minder administratieve toegangsdrempels en is de gemiddelde doorlooptijd vanaf het indienen van een dossier tot de start van het onderzoek gereduceerd naar circa 1 jaar. Hiermee zijn meerdere doelstellingen van de subsidieregeling behaald.

6. Stand van zaken pilot aanpassingsstoornissen

De behandeling van aanpassingsstoornissen is met ingang van 1 januari 2012 uitgesloten van zorg in het kader van de Zvw.¹² Het Zorginstituut heeft daarna in een advies over een scherpere pakketafbakening van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) aangegeven dat deze uitsluiting terecht is en dat een nieuwe pakketbeoordeling over aanpassingsstoornissen uitgevoerd kan worden als er een adequate richtlijn of standaard beschikbaar komt.

Met € 8 miljoen subsidie van mijn ministerie en € 0,6 miljoen van het KWF werd vanaf 1 maart 2018 een tweejarige pilot voor behandeling van aanpassingsstoornissen bij kanker gestart om deze zorg tijdelijk te vergoeden voor patiënten met kanker bij wie de behandelingen in het ziekenhuis al zijn afgerond. Dit bedrag was gekoppeld aan een verwachte instroom van 4.000

¹² Artikel 2.1, onderdeel h, van de Regeling zorgverzekering ([wetten.nl - Regeling - Regeling zorgverzekering - BWBR0018715 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl/-/Regeling-Regeling-zorgverzekering-BWBR0018715-overheid.nl)).

patiënten per jaar. Door de zorgkosten tijdelijk te vergoeden en onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit vormen de resultaten van deze pilot de input voor een definitieve beslissing over mogelijke heropname van de aanpassingsstoornissen in het basispakket of een andere vorm van financiering.

Kenmerk
3597573-1048430-Z

In het voorjaar van 2020 heeft mijn voorganger besloten om het programma te verlengen tot en met 31 augustus 2021, omdat er minder patiënten werden behandeld dan beoogd. Uiteindelijk hebben tot en met 31 augustus 2021 1.217 personen een behandeling ontvangen in het kader van dit programma in plaats van de beoogde 8.000. Het bleek, ondanks de verlenging en de verschillende acties van betrokken partijen, ingewikkeld om patiënten en behandelaren voor het onderzoek te werven. Op basis van de resultaten van de pilot kan niet worden gesteld dat een vergoeding van het behandelen van aanpassingsstoornissen als gevolg van kanker, uit het basispakket of andere publieke middelen, leidt tot betere zorg en kostenbesparing op langere termijn (zie bijlage 4). Ik zie daarom nu geen aanleiding om het besluit te herzien om aanpassingsstoornissen uit te sluiten van zorg in het kader van de Zvw.

7. Stand van zaken geriatrische revalidatiezorg

Sinds 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatiezorg (grz) opgenomen in de Zvw. Geriatrische revalidatiezorg is geïntegreerde multidisciplinaire zorg onder regie van de specialist ouderengeneeskunde, die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare (voornamelijk ouderen) patiënten na een acute aandoening of functionele achteruitgang. In artikel 2.5c van het Besluit zorgverzekering is hiervoor een aparte aanspraak opgenomen. Er zijn steeds meer signalen uit het veld dat de beperkingen in deze aanspraak doorontwikkeling van de grz belemmeren. In februari 2021 heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht over de grz in de Zvw.¹³ Het Zorginstituut stelde in het advies dat het belangrijk is om in de praktijk te experimenteren met (directe) ambulante grz om inzicht te krijgen in de organisatorische randvoorwaarden voor veilige en verantwoorde grz in de thuissituatie. De komende periode zal verder worden gekeken naar een eventuele wijziging in de aanspraak en de toegang tot grz, zodat zorginhoudelijke doorontwikkeling en inkoop van de zorg hierop aangepast kunnen worden.

8. Stand van zaken geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP)

In 2020 en 2021 is de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp) overgeheveld vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling (voorheen AWBZ). Deze overheveling was gebaseerd op het advies 'Extramurale behandeling ontleed' uit 2016 van het Zorginstituut. In ditzelfde advies doet het Zorginstituut de suggestie om voor mensen met een chronisch, progressieve, degeneratieve aandoening en mensen met niet-aangeboren hersenletsel een aparte aanspraak te realiseren in het Besluit zorgverzekering. Op deze manier krijgen zij het volledige pakket aan zorg, waaronder de oefen- en fysiotherapie vergoed, terwijl in de reguliere aanspraak het verzekerde pakket beperkingen kent. Ten tijde van de overheveling is besloten om de losse aanspraken van de Zvw te volgen en geen extra aanspraak te creëren.

¹³ [Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet | Advies | Zorginstituut Nederland](#).

Om ervoor te zorgen dat deze specifieke groepen passende zorg kunnen ontvangen, wil ik dit heroverwegen. Ik ben echter van mening dat het eerder gedane advies nadere uitwerking behoeft. Daarom ben ik voornemens om op korte termijn het Zorginstituut te vragen aanvullend advies uit te brengen, zodat dit meekan in de pakketcyclus voor 2025. In dit advies moet verder uitgewerkt worden onder welke voorwaarden en voor welke specifieke aandoeningen aanspraak gemaakt kan worden op de aanspraak oefen- en fysiotherapie. Hierbij is het onder andere belangrijk dat het advies in lijn is met de lopende trajecten 'Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie' (PAFOZ)¹⁴ en het programma 'Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket' (VVTB).¹⁵

Kenmerk
3597573-1048430-Z

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

¹⁴ Kamerstukken II 2021/22, 29 689, nr. 1136.

¹⁵ Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1174.