

Vergaderjaar 2023–2024

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1250

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 mei 2024

In Nederland heeft iedereen, ongeacht leeftijd, inkomen of gezondheids-toestand, recht op dezelfde zorg uit het basispakket. Nederland heeft een hoogwaardige gezondheidszorg. Maar we kijken altijd waar de zorg in Nederland kan en moet worden verbeterd. Dat is nodig om de zorg voor iedereen goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. We zetten daarom in op de beweging naar passende zorg. Passende zorg is betere zorg. Het is zorg die waardegedreven is, samen met en rondom de patiënt tot stand komt, op de juiste plek plaats vindt en gaat over gezondheid in plaats van ziekte. Passende zorg is daarom ook leidend bij het pakketbeheer. In het kader hiervan zet ik ook in op het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket. Over de stand van zaken informeer ik u in een aparte brief.

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de volgende onderwerpen die verband houden met het beoogde basispakket van de Zorgverzekeringwet (Zvw) in het jaar 2025.

1. Wijzigingen in het Besluit zorgverzekering (Bzv) per 1 januari 2025:
 - A. Het laten vervallen van een aantal voorwaarden voor de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg.
 - B. Het definitief toelaten tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.
 - C. Het verwijderen van de restricties voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD.
 - D. Het verduidelijken dat ook de kaakchirurg medediagnostiek of medebehandeling bij orthodontie kan leveren.
 - E. Het uitzonderen van domein- en sectoroverstijgende samenwerking (BDSS) van het verplicht en vrijwillig eigen risico.
2. Stand van zaken voorwaardelijke toelating paramedische herstellzorg na Covid-19.
3. Het overhevelen van de counseling uit het basispakket naar de rijksbegroting.

4. Stand van zaken van de motie «mogelijke varianten van mondzorg in het basispakket».
5. De voortgang van trajecten voorwaardelijke toelating en de Subsidie-regeling veelbelovende zorg.
6. Het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik.
7. De stand van zaken van de toezegging over de toereikendheid van de vergoeding van haarwerken.
8. De stand van zaken opvolging van het advies van het Zorginstituut over de uitbreiding van het basispakket met eiceldonatie.
9. Het afwegingskader voor noodzakelijk te verzekeren zorg.
10. Stand van zaken toezegging financiële consequenties opname van kinderbrillen in het basispakket.

1. Wijzigingen in het Besluit zorgverzekering per 1 januari 2025

A. Het laten vervallen van een aantal voorwaarden voor de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg

Sinds 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatiezorg (grz) opgenomen in het basispakket. Grz is in de huidige aanspraak omschreven als geïntegreerde multidisciplinaire zorg onder regie van de specialist ouderengeneeskunde en is gericht op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare (voornamelijk oudere) patiënten, na een acute aandoening of functionele achteruitgang. In de pakketbrief van 2024 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de grz.¹ Zo zou er nader worden gekeken naar eventuele wijzigingen in de aanspraak en de toegang tot de zorg, mede vanwege het advies van het Zorginstituut².

Volgens het Zorginstituut is het inmiddels mogelijk om, via het geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, te bepalen of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op grz. Deze zorg valt, sinds de specialist ouderengeneeskunde ook in de Zvw is opgenomen, onder artikel 2.4 van het Bzv (geneeskundige zorg) en daarom kan artikel 2.5c Bzv volgens het Zorginstituut vervallen. Het Zorginstituut ging er daarbij vanuit dat deze zorg voor cliënten, die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), hetzij verblijf zonder behandeling ontvangen of enigerlei vorm van langdurige zorg thuis krijgen, beschikbaar is vanuit de Wlz. Dat is op dit moment nog niet het geval. Daarom heb ik besloten art. 2.5c Bzv voor nu nog niet te schrappen. Daardoor blijft de toegang tot grz in het Bzv geborgd voor Wlz cliënten die hier op aangewezen zijn.

Ik zie wel reden om de aanspraak grz in art. 2.5c Bzv aan te passen. In de aanspraak op de grz gelden beperkingen, zoals dat de zorg binnen een week aansluit op verblijf in verband met medisch specialistische zorg, dat er sprake moet zijn van afgenomen leer-trainbaarheid en dat de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf. Signalen uit het veld laten zien dat deze voorwaarden de doorontwikkeling van de grz belemmeren.

Ik kies er daarom voor om de beperkende voorwaarden voor de aanspraak op grz te schrappen. Het wijzigen van de aanspraak op grz past in een brede beweging: het verschuiven van zorg binnen een klinische/ intramurale setting naar het leveren van zorg thuis en het flexibel op- en afschalen van zorg voor kwetsbare patiënten. Ook wordt verder gewerkt aan de verkenning naar het laten vervallen van deze aparte aanspraak

¹ Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1196.

² Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet | Advies | Zorginstituut Nederland.

binnen het Bzv als onderdeel van het onderzoeken van mogelijkheden om beleid en regelgeving rondom kortdurend verblijf te vereenvoudigen.

B. Het definitief toelaten tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen

Het Zorginstituut stelt dat van de patiënten met reumatoïde artritis (RA) ongeveer vijf procent ernstige functionele beperkingen heeft, zoals beschadiging van gewrichten, aanhoudende hoge ziekteactiviteit, complicaties van de aandoening of behandeling, of comorbiditeit. Vaak zijn deze patiënten niet in staat tot of hebben hulp nodig bij het verrichten van dagelijkse activiteiten, zoals zelfverzorging, opstaan en binnen- en buitenshuis verplaatsen. In Nederland gaat het om 3.750 tot 4.500 patiënten per jaar.

De inzet van langdurige gepersonaliseerde actieve oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut, voor de behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met RA met ernstige functionele beperkingen, is per 1 oktober 2019 voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket van de Zvw. Deze toelating eindigt per 1 januari 2025³. Tijdens de periode van voorwaardelijke toelating is onderzoek gedaan naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de interventie. Op 1 juli 2023 is het onderzoek, dat onder leiding van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) verricht is, afgerond.

Op basis van dit onderzoek heeft het Zorginstituut geoordeeld dat langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie voor mensen van achttien jaar of ouder met RA met ernstige functionele beperkingen voldoet aan het wettelijk criterium «stand van de wetenschap en praktijk» en de overige pakketcriteria (kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid). Het Zorginstituut adviseert daarom deze zorg definitief op te nemen in het basispakket, met vergoeding vanaf de eerste behandeling. Dit pakketadvies is als bijlage toegevoegd.

Het Zorginstituut adviseert daarbij om geen maximum te stellen aan het aantal behandelingen, gezien het beloop van de klachten bij patiënten met RA met ernstige functionele beperkingen. Periodes van veel klachten (exacerbaties) en minder klachten wisselen elkaar af, waardoor de klachten en de behoefte aan zorg per periode en per patiënt varieert. Het Zorginstituut acht het risico op overbehandeling niet als groot en is voornemens de zorgafname te monitoren, om na te gaan of het aantal patiënten en aantal behandelingen conform verwachting zijn. Verder verwacht het Zorginstituut dat het aantal patiënten met RA met ernstige functionele beperkingen de komende decennia zal dalen, door verbeterde behandelingen met geneesmiddelen.

Ik ben voornemens het advies van het Zorginstituut op te volgen om langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie voor de behandeling van patiënten van achttien jaar of ouder met RA met ernstige functionele beperkingen per 1 januari 2025 definitief als aanspraak op te nemen in het basispakket. Daartoe zal het Bzv worden gewijzigd. De budgettaire impact van deze wijziging wordt geraamd op € 4 miljoen in 2025 aflopend naar € 793.000 structureel vanaf 2028.

³ Artikel 2.2, eerste lid, aanhef en onderdeel f, van de Rzv.

C. Het verwijderen van de restricties voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD

Gesuperviseerde oefentherapie bij *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD) is sinds 2019 basisverzekerde zorg vanaf de eerste behandeling, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie⁴ voor spirometrie. Het aantal fysio- en oefentherapeutische behandelingen is in de aanspraak gemaximaliseerd op basis van de ernst van de COPD⁵. Adviezen van het Zorginstituut liggen hier ten grondslag aan.⁶

In een nieuw advies stelt het Zorginstituut dat de huidige restricties in de aanspraak het realiseren van passende zorg voor patiënten met COPD kan belemmeren. Daarom adviseert het Zorginstituut het aantal behandelingen niet meer te maximeren.⁷ Doordat de aanspraak op het aantal behandelingen is gebaseerd op de ernst van de COPD, bestaat volgens het Zorginstituut het risico dat patiënten niet goed worden ingedeeld en daardoor mogelijk over- of onderbehandeld worden. Zo blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat 77 procent van de patiënten ingedeeld wordt in de drie zwaarste categorieën, terwijl dat op basis van de eerdere adviezen werd geschat op 39 procent. Door het aantal behandelingen niet meer te maximeren, is er geen indeling op zwaarte voorafgaand aan het behandeltraject nodig. Daarmee verwacht het Zorginstituut dat passende fysio- en oefentherapeutische zorg voor alle COPD-patiënten gerealiseerd kan worden, en over- en onderbehandeling kan worden verminderd.

Het Zorginstituut wijst daarbij nadrukkelijk op de *KNGF-richtlijn COPD* van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)⁸, waarin de randvoorwaarden voor doelmatige zorg geborgd zijn. De ontwikkeling van deze richtlijn heeft plaatsgevonden conform de *KNGF-richtlijnenmethodiek*.⁹ Hierdoor is het Zorginstituut overtuigd van de kwaliteit van deze richtlijn. Naar het idee van het Zorginstituut zal er daarom, ook na het opheffen van beperkingen in de aanspraak, nauwelijks risico zijn op overbehandeling bij naleving van de *KNGF-richtlijn COPD*. Na pakketwijziging wordt de zorgafname gemonitord, om na te gaan of het aantal behandelingen volgens verwachting is.

Een positieve bijkomstigheid van het opheffen van de beperkingen is dat het voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mogelijk wordt om te onderzoeken of andere vormen van bekostiging de beweging naar passende fysio- en oefentherapeutische zorg meer stimuleren. De NZa heeft hier al de eerste verkenning naar gedaan.¹⁰

In lijn met het advies van het Zorginstituut ben ik voornemens de beperkingen in het maximumaantal behandelingen voor gesuperviseerde oefentherapie bij patiënten met COPD per 1 januari 2025 te verwijderen uit het basispakket. Daartoe zal het Bzv worden gewijzigd. De budgettaire

⁴ De *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) Classificatie is een internationale richtlijn voor de classificering van de ernst van de COPD.

⁵ Artikel 2.6, zesde lid, van het Bzv.

⁶ Stb. 2018, nr. 305 en Stb. 2020, nr. 337.

⁷ Kamerstukken II 2023/24, 29 689, nr. 1244.

⁸ <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/copd>.

⁹ De *KNGF-richtlijnenmethodiek*, tweede editie, 2019. (https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-richtlijnenmethodiek_2022.pdf) is opgesteld conform de AQUA-leidraad (AQUA; 2014), GRADE (GRADE Working Group; 2008), het AGREE II-instrument (AGREE Next Steps Consortium; 2010) en het Toetsingskader voor Kwaliteitsstandaarden (Zorginstituut Nederland; 2018).

¹⁰ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_755251_22/1/.

impact van deze wijziging wordt geraamd op € 173.000 in 2025 oplopend naar € 347.000 structureel vanaf 2027.

D. Het verduidelijken dat ook de kaakchirurg medediagnostiek of medebehandeling bij orthodontie kan leveren

Orthodontische hulp is alleen basisverzekerde zorg als het ter behandeling is van een zeer ernstig ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij is medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk. Dit is geregeld in artikel 2.7, derde lid, van het Bzv. Uit de praktijk blijkt dat bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel medediagnostiek of medebehandeling van de kaakchirurg noodzakelijk kan zijn. Kaakchirurgie valt onder de tandheelkundige discipline.

In bepaalde gevallen dient de kaakchirurg echter wél medebehandeling of medediagnostiek te verlenen. Om deze reden wordt het Bzv gewijzigd, zodat verduidelijkt wordt dat ook de kaakchirurg behoort tot de specialisten die orthodontische hulp kan verlenen bij een zeer ernstig ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Aan de bepaling wordt toegevoegd dat medediagnostiek of medebehandeling van chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard verleend mag worden.

E. Het uitzonderen van domein- en sectoroverstijgende samenwerking (BDSS) van het verplicht en vrijwillig eigen risico

Ter uitvoering van de opgaven in de regio, die op basis van regiobeelden en regioplannen naar aanleiding van het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn opgesteld, werken zorg- en welzijnsorganisaties en andere veldpartijen steeds vaker samen over de domeinen en zorgsectoren heen. Om tot passende zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden te komen, is een goede afstemming tussen zorgaanbieders uit zowel verschillende domeinen (Zvw, Wlz, aanbieders van jeugdhulp of ondersteuning als bedoeld in de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015), als sectoren binnen het medisch domein essentieel. De afstemming behelst een extra inspanning van zorgaanbieders. Om deze zorg te kunnen declareren, heeft de NZa een nieuwe betaaltitel voor de prestatie «Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw» vastgesteld.

Het gaat hierbij om de bekostiging van de afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden die voldoet aan de volgende voorwaarden:

- Het gaat enkel om de afstemming over de zorg, niet om bekostiging van het aanbod van zorg en ondersteuning.
- Iedere sector en ieder domein blijft verantwoordelijk voor zijn eigen kosten. Er is geen afwenteling naar de Zvw mogelijk van kosten van samenwerking door aanbieders van zorg en ondersteuning uit andere domeinen.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen gezamenlijk moeten vaststellen dat de activiteiten die zij wensen te bekostigen met de nieuwe betaaltitel onder de Zvw kunnen worden vergoed.
- Daarnaast is het gebruik van de betaaltitel afhankelijk gesteld van een zogenoemd contractvereiste. Dat wil zeggen dat de prestatie «Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw» slechts in rekening kan worden gebracht indien de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar hierover een schriftelijke afspraak hebben gemaakt.

Omdat het nog te vroeg is om voor een definitieve vormgeving en inbedding van de betaaltitel te kiezen, wordt er gebruik gemaakt van een

experiment voor een periode van maximaal vijf jaar op grond van artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg. Er zijn monitoring- en evaluatievoorwaarden verbonden aan de betaaltitel. De looptijd van het experiment kan worden benut om te achterhalen of de voorgenomen prestatie daadwerkelijk beantwoordt aan de behoeften in het veld en de knelpunten rondom de bekostiging van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg adequaat wegneemt. Daarnaast kunnen zowel de tussentijdse als de eindevaluatie aanleiding zijn om de prestatie te wijzigen of beëindigen.

Aangezien domein- en sectoroverstijgende samenwerking onder bepaalde voorwaarden is aan te merken als verzekerde zorg in de zin van de Zvw, geldt als uitgangspunt dat hiervoor het eigen risico geldt. Voor deze vorm van zorg vind ik dat niet wenselijk om de volgende redenen. In de eerste plaats geldt dat de samenwerking niet specifiek is gericht op een individuele verzekerde, maar meer in algemene zin op groepen van verzekerden. Dit bemoeilijkt de toerekening van zorgkosten aan een individuele verzekerde aanzienlijk. In de tweede plaats geldt dat de samenwerking plaatsvindt zonder dat een individuele verzekerde hiervoor kan kiezen. In die zin dat het voor een verzekerde niet mogelijk is een afweging te maken om de desbetreffende zorg al dan niet te betrekken, terwijl dan wel het eigen risico zou gelden. Daarom ben ik voornemens om via een wijziging van het Bzv deze zorg uit te zonderen van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

2. Stand van zaken voorwaardelijke toelating paramedische herstellzorg na Covid-19

Een deel van de mensen met ernstige klachten of beperkingen na Covid-19 heeft extra zorg nodig om goed te herstellen. Om die reden is, op advies van het Zorginstituut, paramedische herstellzorg per 18 juli 2020 tijdelijk voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket. In deze periode wordt onderzocht of de zorg al dan niet definitief kan worden toegevoegd aan het basispakket. Volgens de huidige regeling loopt de voorwaardelijke toelating tot 1 januari 2025.

Een belangrijke voorwaarde voor de voorwaardelijke (tijdelijke) toelating is dat verzekerden meedoen aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de paramedische herstellzorg. Met de resultaten van dit onderzoek kan het Zorginstituut een definitief standpunt innemen over de effectiviteit van de paramedische herstellzorg.

Het Zorginstituut zou eind 2023 een conceptadvies opleveren over de effectiviteit van de paramedische herstellzorg. Dit is eerder aan uw Kamer gecommuniceerd via de pakketbrief van 2024.¹¹ Het Zorginstituut heeft echter aangegeven dat er meer tijd nodig is om de interventie eerstelijns paramedische herstellzorg ten opzichte van het natuurlijk beloop te kunnen vergelijken. Daarom is de eerder aangegeven deadline van eind 2023 niet gehaald, maar zal het Zorginstituut het standpunt in het derde kwartaal van dit jaar aanleveren.

Als het kabinet bij een positief standpunt van het Zorginstituut deze zorg in het basispakket wil opnemen, kan dat pas per 2026. Omdat de huidige voorwaardelijke toelating tot 1 januari 2025 loopt, zou de paramedische herstellzorg na 1 januari 2025 niet meer vergoed kunnen worden uit de basisverzekering. Ik tref daarom voorbereidingen zodat ik de voorwaardelijke toelating bij een positief standpunt van het Zorginstituut in het 3^e kwartaal van dit jaar, kan verlengen tot uiterlijk 1 januari 2026. Daarmee

¹¹ Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1196.

wordt voorkomen dat mensen in het jaar 2025 mogelijk tussen wal en schip raken.

3. Het overhevelen van de counseling uit de Zvw naar de rijksbegroting

Counseling is onderdeel van prenatale screening. Het doel van het counselingsgesprek is om de zwangere (en haar partner) te begeleiden om een weloverwogen geïnformeerde beslissing te nemen over het laten uitvoeren van prenatale screening. De counselor begeleidt een zwangere opdat deze de informatie, inclusief de mogelijke uitslagen van de prenatale screening, begrijpt en kan wegen. Momenteel wordt counseling vergoed vanuit het basispakket.

In 2017 adviseerde het Zorginstituut dat prenatale screening zonder medische indicatie (waaronder counseling) niet binnen de Zvw past. Om aanspraak te maken op zorg binnen de Zvw dient iemand om medische redenen behoefte te hebben aan zorg, maar voor de prenatale screening is er geen medische indicatie. Daarop is gezocht naar een andere goed werkende vorm van financiering, omdat ik het wel belangrijk vind dat deze zorg vergoed blijft worden voor de zwangere.

Het grootste deel van de prenatale screening is al onder de rijksbegroting komen te vallen. De financiering van het eerste termijn structureel echoscopisch onderzoek (13 wekenecho) via de Regionale Centra voor Prenatale Screening loopt goed. Daarom is besloten de financiering van het tweede termijn structureel echoscopisch onderzoek (20 wekenecho) en counseling ook via de Regionale Centra te laten lopen.

In juni 2023 heb ik uw Kamer geïnformeerd¹² dat de 20 wekenecho per 1 januari 2024 geen onderdeel meer uitmaakt van het basispakket. De counseling zal per 1 januari 2025, als laatste onderdeel van de prenatale screening, via de Regionale Centra (rijksbegroting) worden gefinancierd en daarmee niet meer binnen het basispakket vallen. Hiermee is het advies van het Zorginstituut opgevolgd.

4. Stand van zaken van de motie «mogelijke varianten van mondzorg in het basispakket»

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor ongewenste mijding van mondzorg om onder andere financiële redenen. Samen met betrokken partijen zijn de problematiek en oplossingsrichtingen verkend. Uw Kamer heeft reeds twee voortgangsrapportages ontvangen en ontvangt voor de zomer het eindverslag.

Een van de oplossingsrichtingen is de aanspraak op mondzorg vanuit het basispakket. Ook is er vanuit de Kamer een motie aangenomen over een uitgebreide kosten- en batenanalyse van mogelijke varianten van mondzorg in het basispakket, ingediend door de leden Bushoff en Dijk¹³. In opvolging hiervan heb ik het Zorginstituut verzocht om verschillende scenario's van opname van mondzorg voor volwassenen in het basispakket uit te werken.

Ik heb het Zorginstituut gevraagd deze verkenning uit te voeren met het oog op de ontwikkelingen van het Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket (VVTB) en de grotere beweging van een sterke, integrale eerste lijn en passende zorg, zoals onder meer vastgelegd in het

¹² Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1205.

¹³ Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1211.

IZA en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Ik neem uw Kamer gedurende het onderzoek mee in de tussentijdse resultaten.

5. Stand van zaken huidige trajecten in Voorwaardelijke Toelating (VT) en Subsidieregeling veelbelovende zorg (VeZo)

Jaarlijks geef ik uw Kamer een update over de stand van zaken met betrekking tot de voorwaardelijke toelating (VT) en de Subsidieregeling veelbelovende zorg (VeZo). Als bijlagen zijn de voortgangsrapportage van VT en VeZo voor het kalenderjaar 2023 toegevoegd. Het Zorginstituut beschrijft hierin de voortgang van de lopende VT-trajecten¹⁴ en de Subsidieregeling VeZo. Hieronder stel ik u op de hoogte van de belangrijkste punten uit de voortgangsrapportage.

Voortgang trajecten Voorwaardelijke Toelating

Per 1 januari 2012 is het Instrument VT geïntroduceerd om zorg die nog niet of niet meer bewezen effectief is toch tijdelijk toe te kunnen laten tot het basispakket. Als voorwaarde geldt dat in de periode van de tijdelijke toelating gegevens worden verzameld over de effectiviteit en eventueel de kosteneffectiviteit van de zorg. In de laatste 6 maanden van de periode van tijdelijke toelating gebruikt het Zorginstituut die onderzoeksgegevens om vast te stellen of de vergoeding van de betreffende zorg uit het basispakket voortgezet kan worden.

Op 1 februari 2019 is het beleid tot voorwaardelijke toelating tot het basispakket (gefaseerd) vervangen door de Subsidieregeling VeZo, met als doel het versnellen van de toegang van de patiënt tot potentieel veelbelovende en innovatieve zorg via het basispakket. De lopende VT-trajecten worden nog afgerond.

In 2023 liepen er 9 VT-trajecten. De Covid-19 pandemie heeft een negatieve invloed gehad op de voortgang van meerdere VT-trajecten. Als gevolg hiervan acht het Zorginstituut het noodzakelijk om de duur van het traject *Blaasinstillatie met blaasspoelvlloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur- voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies* te verlengen met 16 maanden tot 1 januari 2027.

In 2023 is één traject¹⁵ afgerond:

Standpunt antibacteriële verbandkleding bij constitutioneel eczeem (CE)

In de periode van 1 oktober 2019 tot 1 januari 2024 was de behandeling met verbandkleding met antibacteriële toevoeging met zilver of chitosan bij kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem (hierna: behandeling) voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket van de zorgverzekering. De behandeling werd vergoed voor verzekerden die deelnamen aan het onderzoek om vast te kunnen stellen of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op 24 oktober 2023 heeft het Zorginstituut een standpunt uitgebracht over de effectiviteit van de behandeling¹⁶. Op basis van het huidige wetenschappelijke bewijs, voortkomend uit de studie uit het VT-traject, is het Zorginstituut tot de

¹⁴ Per 1 februari 2019 is het instrument VT (grotendeels) vervangen door de Subsidieregeling VeZo. Alle lopende VT-trajecten zullen volgens het kader van VT worden afgerond.

¹⁵ Zorginstituut | Publicaties | Standpunt – Antibacteriële verbandkleding bij constitutioneel eczeem kan niet worden vergoed uit het basispakket (24 oktober 2023).

¹⁶ Standpunt – Antibacteriële verbandkleding bij constitutioneel eczeem kan niet worden vergoed uit het basispakket | Standpunt | Zorginstituut Nederland.

conclusie gekomen dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat geen meerwaarde aangetoond kon worden ten opzichte van verbandmiddelen zonder antibacteriële toevoeging. Deze behandeling maakt daarmee geen deel meer uit van het basispakket.

Voortgang Subsidieregeling VeZo

Als gezegd is het beleid voor voorwaardelijke toelating tot het basispakket deels (gefaseerd) vervangen door de Subsidieregeling VeZo. Met deze subsidieregeling 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 van het Zorginstituut over opname van de behandeling in het basispakket van de zorgverzekering.

Sinds de lancering van VeZo zijn er tot 1 januari 2024 175 projectideeën en 40 uitgewerkte aanvragen ingediend. In totaal zijn er tot 1 januari 2024 24 subsidies voor veelbelovende zorg verleend, waaronder 3 subsidies in 2023:

1. rTMS (hersensstimulatie) toegevoegd aan hand-arm revalidatietraining bij volwassen patiënten met een parese van één arm als gevolg van een eerste herseninfarct of hersenbloeding (B-STARS 2).
2. Focale therapie bij mannen van 40 jaar en ouder met een nieuw gediagnosticeerde prostaatanker en een levensverwachting van minstens 10 jaar (ENFORCE).
3. Bronchiale thermoplastiek bij volwassen patiënten met ernstige astma (BOOSTER).

Jaarlijks wordt er gemiddeld € 40 miljoen aan nieuwe subsidies verleend. De Subsidieregeling VeZo kende een looptijd tot 1 februari 2024. In het kader van de investeringsreeks Passende Zorg, en in lijn met het IZA, wordt gewerkt aan meer synergie tussen de onderzoeksprogramma's. In afwachting hiervan is de werkingsduur van de regeling, na voorhang aan uw Kamer, verlengd tot 1 februari 2025.¹⁷

6. Update programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG)

In het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) worden stappen gezet om binnen de medisch specialistische zorg effectieve zorg te implementeren, als het bewijs daarover beschikbaar is. Ook wordt zorg geëvalueerd indien nog onvoldoende bekend is welke zorg, voor welke patiënt op welk moment, het meest gepast is. Het hoofddoel van het programma ZE&GG is dat zorgevaluatie integraal onderdeel is van het reguliere zorgsysteem, zodat gepast gebruik bevorderd wordt.

Omdat het programma ZE&GG afloopt per juli 2024, heeft het Ministerie van VWS eind 2023 een evaluatie van het programma uit laten voeren, die als bijlage is toegevoegd. Hieruit is gebleken dat mijlpalen zijn bereikt en een aantal subdoelstellingen zijn behaald, maar de hoofddoelstelling nog niet is behaald. Om die reden is besloten het programma ZE&GG met vier jaar te verlengen, tot juli 2028. Hierdoor kan de werkwijze die ZE&GG hanteert, worden geïmplementeerd en geborgd op de werkvloer binnen de medisch specialistische zorg.

¹⁷ Stcrt. 2024, nr. 3410.

7. De stand van zaken van de toezegging over de toereikendheid van de vergoeding van haarwerken

In mijn brief van 17 januari jl.¹⁸ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitvoering van de toezegging over de toereikendheid van de vergoeding van haarwerken. In het kader van deze toezegging is het Zorginstituut verzocht onderzoek te doen naar de huidige vergoeding van haarwerken met de onderliggende vraag of het huidige vergoedingssystematiek passend is, en zo niet, hoe het vergoedingssystematiek dat wél kan zijn.

Inmiddels heeft het Zorginstituut mij medegedeeld dat het onderzoek is gestart. Uiterlijk begin 2025 verwacht het Zorginstituut de eerste bevindingen te kunnen delen. Het definitieve rapport wordt naar verwachting uiterlijk voor het zomerreces van 2025 opgeleverd. Ik neem uw Kamer mee in de tussentijdse bevindingen en het eindrapport.

8. De stand van zaken opvolging van het advies van het Zorginstituut over de uitbreiding van het basispakket met eiceldonatie

Afgelopen jaar schreef ik uw Kamer over het advies van het Zorginstituut over de vergoeding van de medische kosten rondom eiceldonatie.¹⁹ Het Zorginstituut heeft destijds geadviseerd om eiceldonatie als verzekerde zorg in het basispakket op te nemen en de kosten van de behandeling bij de eiceldonor ten laste van de zorgverzekering van de wensmoeder te brengen. De ivf-behandeling van de wensmoeder, inclusief het deel van de behandeling dat nodig is bij de eiceldonor, kan dan, bij een medische indicatie, volledig worden vergoed uit de zorgverzekering van de wensmoeder.

In sommige landen wordt bij een fertiliteitsbehandeling gebruik gemaakt van anonieme gameetdonoren. Door een fertiliteitsbehandeling te ondergaan in een land waar gebruik wordt gemaakt van anonieme gameetdonoren wordt het kind, dat als gevolg van zo'n behandeling wordt geboren, de mogelijkheid ontnomen te weten van wie het afstamt. In de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) is het recht op afstammingsgegevens in Nederland juist geborgd. Anonieme en/of commerciële eiceldonatie is niet toegestaan in Nederland.

Het Zorginstituut geeft in het advies over de vergoeding van de medische kosten over eiceldonatie ter overweging mee 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. Een beperking, zoals door het Zorginstituut geadviseerd, dient juridisch houdbaar te zijn en niet strijdig met Europees recht. Het is op dit moment de vraag of een dergelijke beperking met het recht van de Europese Unie te verenigen is, aangezien in dat geval een onderscheid wordt gemaakt tussen lidstaten voor wat betreft de vergoeding vanuit het basispakket. Het uitwerken van een eventuele beperking vraagt meer tijd dan verwacht. Daarom kan nu nog geen uitspraak gedaan worden over de vraag of de vergoeding van eiceldonatie voor opname in het basispakket in aanmerking kan komen. Mocht de vergoeding per 2025 zonder beperking in het basispakket worden opgenomen, dan zou de onwenselijke situatie kunnen ontstaan dat, wanneer de eiceldonatie en de fertiliteitsbehandeling in het buitenland plaatsvinden, het gebruikmaken van anonieme en/of commerciële eiceldonoren wordt vergoed.

¹⁸ Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 35.

¹⁹ Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1196.

9. Het afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg

De afgelopen jaren is er, naar aanleiding van adviezen van het Zorginstituut over de aanspraak op vitaminen, mineralen, paracetamol 1.000 mg en vitamine-D houdende geneesmiddelen²⁰, discussie gevoerd over de vraag wanneer zorg voldoet aan het criterium «noodzakelijk te verzekeren zorg». Het ging hierbij specifiek om geneesmiddelen die ook zonder recept te koop zijn of waarvoor (nagenoeg) gelijkwaardige alternatieven zonder recept bestaan. Dit zijn zogenoemde zelfzorgmiddelen.

Naar aanleiding van de discussie rondom deze zelfzorgmiddelen en ten behoeve van het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB), heb ik het Zorginstituut verzocht om voor het criterium «noodzakelijk te verzekeren zorg» een kader te ontwikkelen. Binnenkort informeer ik uw Kamer over de voortgang van VVTB en het resulterende afwegingskader dat door het Zorginstituut is vastgesteld. Op mijn verzoek zal het Zorginstituut het afwegingskader gefaseerd gaan toepassen op de zelfzorgmiddelen die nog zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Het eerste middel dat door het Zorginstituut beoordeeld wordt, is codeïne.

10. Stand van zaken toezegging financiële consequenties opname van kinderbrillen in het basispakket

Tijdens het Verzamelwetdebat van 21 maart jl. heb ik uw Kamer toegezegd de financiële impact van opname van kinderbrillen in het basispakket in beeld te brengen en hier in deze brief op terug te komen. In overleg met het Zorginstituut is geconstateerd dat het niet haalbaar is gebleken op dit korte termijn de financiële impact in kaart te brengen; mede omdat het niet om verzekerde zorg gaat zijn de cijfers hiervoor nog niet beschikbaar. Ik ben in gesprek met het Zorginstituut om zo snel mogelijk duidelijkheid te hebben over de cijfers en zal Kamer hierover op een later moment informeren.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra

²⁰ Zorginstituut Nederland (2016). *Horen vitaminen, mineralen en paracetamol 1.000 mg (nog) thuis in het te verzekeren pakket?* en Zorginstituut Nederland (2022). *Aanvullend pakketadvies vitamine D.*