

1 - 294

buiten verzoek

5.1.2i Concept

### 3. Brief wijziging basispakket Zorgverzekeringswet 2025 – NIEUW

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid 8

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11

[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

Tellichttoetsen bij

5.1.2e

M + 21 5.1.2e

5.1.2e minvws.nl

Kenmerk

Uw brief

Bijlage(n)

Datum  
Betreft Wijziging basispakket Zorgverzekeringswet 2025

Geachte voorzitter,

In Nederland heeft iedereen, ongeacht leeftijd, inkomen of gezondheidstoestand, 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 Zorgverzekeringswet (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 mededagnostiek 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'.

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

Pagina 1 van 12

5. De voortgang van trajecten voorwaardelijke toelating en de Subsidieregeling 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.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid 8

Kenmerk

# 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.<sup>1</sup> Zo zou er nader worden gekeken naar eventuele wijzigingen in de aanspraak en de toegang tot de zorg, mede vanwege het advies van het Zorginstituut<sup>2</sup>.

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

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

<sup>2</sup> [Geriatrische revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet | Advies | Zorginstituut Nederland](#).

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

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

Kenmerk

**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 2025<sup>3</sup>. 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

<sup>3</sup> Artikel 2.2, eerste lid, aanhef en onderdeel f, van de Rzv.

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.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

Kenmerk

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 Classificatie<sup>4</sup> voor spirometrie. Het aantal fysio- en oefentherapeutische behandelingen is in de aanspraak gemaximaliseerd op basis van de ernst van de COPD<sup>5</sup>. Adviezen van het Zorginstituut liggen hier ten grondslag aan.<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup> 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)<sup>8</sup>, waarin de randvoorwaarden voor doelmatige zorg geborgd zijn. De ontwikkeling van deze richtlijn heeft plaatsgevonden conform de *KNGF-richtlijnenmethodiek*.<sup>9</sup> 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

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

<sup>5</sup> Artikel 2.6, zesde lid, van het Bzv.

<sup>6</sup> Staatsblad 2018, nr. 305 en Staatsblad 2020, nr. 337.

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

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

<sup>9</sup> De *KNGF-richtlijnenmethodiek*, tweede editie, 2019.

([https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-richtlijnenmethodiek\\_2022.pdf](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).

passende fysio- en oefentherapeutische zorg meer stimuleren. De NZa heeft hier al de eerste verkenning naar gedaan.<sup>10</sup>

In lijn met het advies van het Zorginstituut ben ik voornemens de beperkingen in het maximaal aantal 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 impact van deze wijziging wordt geraamd op € 173.000 in 2025 oplopend naar € 347.000 structureel vanaf 2027.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

Kenmerk

**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

<sup>10</sup> [https://puc-overheid.nl/nza/doc/BUC\\_755251\\_22/1/](https://puc-overheid.nl/nza/doc/BUC_755251_22/1/).

- 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.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

Kenmerk

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 herstelzorg 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 herstelzorg 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 herstelzorg. Met de resultaten van dit onderzoek kan het Zorginstituut een definitief standpunt innemen over de effectiviteit van de paramedische herstelzorg.

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.<sup>11</sup> 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.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

Kenmerk

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<sup>e</sup> kwartaal van dit jaar, kan verlengen tot uiterlijk 1 januari 2026. Daarmee 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 counsellingsgesprek 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 geïnformeerd<sup>12</sup> 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.

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

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

#### 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.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

Kenmerk

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 Dijk<sup>13</sup>. 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 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-trajecten<sup>14</sup> 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

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

<sup>14</sup> 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.

*Blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen 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.*

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

In 2023 is één traject<sup>15</sup> afgerond:

Kenmerk

*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 behandeling<sup>16</sup>. Op basis van het huidige wetenschappelijke bewijs, voortkomend uit de studie uit het VT-traject, is het Zorginstituut tot de 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 (herenstimulatie) 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 prostaatkanker 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.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Zorginstituut | Publicaties | Standpunt - Antibacteriële verbandkleding bij constitutioneel eczeem kan niet worden vergoed uit het basispakket (24 oktober 2023).

<sup>16</sup> [Standpunt - Antibacteriële verbandkleding bij constitutioneel eczeem kan niet worden vergoed uit het basispakket | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#).

<sup>17</sup> Stort. 2024, 3410.

#### 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.

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

In mijn brief van 17 januari jl.<sup>18</sup> 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 vergoedingssysteem passend is, en zo niet, hoe het vergoedingssysteem dat wel 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.<sup>19</sup> 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

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

Kenmerk

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

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

kunstmatige bevruchting (Wdkb) is het recht op afstammingsgegevens in Nederland juist geborgd. Anonieme en/of commerciële eiceldonatie is niet toegestaan in Nederland.

Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid B

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.

Kenmerk

#### 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 1000 mg en vitamine-D houdende geneesmiddelen<sup>20</sup>, 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 zogenaamde 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.

<sup>20</sup> Zorginstituut Nederland (2016). *Horen vitaminen, mineralen en paracetamol 1000 mg (nog) thuis in het te verzekeren pakket?* en Zorginstituut Nederland (2022). *Aanvullend pakketadvies vitamine D*.

De Minister voor Medische Zorg,

P. Dijkstra

**Directoraat Generaal**  
**Langdurige Zorg**  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Bekid B

**Kenmerk**

**4. Brief Voortgang Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB)  
– voorjaar 2024, 4-06-2024 -- NIEUW**

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.rjksverheid.nl](http://www.rjksverheid.nl)

**Kenmerk**  
3835948-1066328-Z

**Bijlage(n)**  
2

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

Datum 4 juni 2024  
Betreft Voortgang Verbeteren en verbreden van de toets op het  
basispakket (VVTB) - voorjaar 2024

Geachte voorzitter,

De zorg in Nederland moet voor iedereen toegankelijk zijn, ook nu de zorgvraag groeit, middelen schaars zijn en er krapte op de arbeidsmarkt is. Daarom moeten we de beschikbare mensen en middelen in de zorg passend inzetten en alleen zorg vergoeden die werkt, betaalbaar en duurzaam is, nu en in de toekomst. Onze inzet hierbij is tweeledig. Ten eerste het toegankelijk houden van de zorg voor alle huidige én toekomstige patiënten en cliënten en ten tweede dat patiënten en cliënten alleen nog bewezen effectieve zorg krijgen en geen onnodige behandelingen (met onnodige bijwerkingen). Dit betekent ook dat zorg die niet bewezen effectief is, niet vergoed zou moeten worden. Het is makkelijk om te zeggen 'Baat het niet, dan schaad het niet'. Maar in de zorg geldt juist: Baat het niet, dan schaad het vaak wél. Dit is noch in het belang van de patiënt en cliënt, noch van de zorgsector.

Daarom moeten we scherpere keuzes maken in welke zorg we wel of niet vergoeden vanuit het basispakket. Dit doen we met een verbeterde toets op het basispakket, die we consistent en breed toepassen. Deze toets is van toepassing op alle vormen van zorg.

Pakketbeheer gaat over de vraag welke zorg wel of niet vergoed wordt uit het basispakket. In de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) staan de wettelijke criteria waar zorg aan moet voldoen om vergoed te mogen worden uit de Zvw en Wlz. Het gaat bijvoorbeeld over de eis dat zorg bewezen effectief is en dat er een indicatievereiste is.

Het VWS-programma Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB) heeft tot doel het pakketbeheer te verbeteren en breder toe te passen als onderdeel van de beweging naar passende zorg voor alle patiënten en cliënten. In pakketbeheer heeft iedereen een rol: de overheid, zorgverzekeraars en zorgkantoren, zorgprofessionals, zorgaanbieders, patiënten en cliënten.

Pagina 1 van 12

In brieven van 2 december 2022, 23 mei 2023 en 16 juni 2023<sup>1</sup> is uw Kamer geïnformeerd over de ambities en voorgenomen acties van VVTB. Ook is uw Kamer het afgelopen jaar via de Kamerbrief *Eén jaar IZA*<sup>2</sup> en via brieven over dure geneesmiddelen<sup>3</sup> ingelicht over VVTB.

**Kenmerk**  
3835948-1066328-Z

In deze brief informeren wij u over de maatregelen en acties die in het programma VVTB - samen met de betrokken partijen - het afgelopen jaar zijn ontwikkeld en worden uitgevoerd. Dat doen wij aan de hand van de pijlers 'verbeteren', 'verbreden' en 'kennis en inzicht'. De ambities voor de Zvw en Wlz zijn gelijk, maar de context van de Wlz is anders. Om die reden richten de maatregelen en acties zich in eerste instantie voornamelijk op de Zvw. Dit lichten wij toe in paragraaf 1.4.2.

Met deze brief geven we tevens invulling aan de motie van de oud-Kamerleden Van den Berg (CDA) en Ellemée (GroenLinks) over voorstellen die kunnen leiden tot aanpassing in wet- en regelgeving voor passende en effectieve zorg<sup>4</sup>. Ook geven we nadere invulling aan de motie van dezelfde oud-Kamerleden om niet-bewezen effectieve zorg altijd in een onderzoeksetting te leveren<sup>5</sup>.

## VERBETEREN

### 1. Heldere spelregels

Pakketbeheer vindt vooral plaats in de praktijk. Hierbij hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren, zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten, cliënten en de overheid een eigen rol. Van iedere betrokken partij, ook van patiënten en cliënten, verwachten we dat goed gekeken wordt of de zorg noodzakelijk, werkzaam en betaalbaar is. Het programma VVTB werkt aan het ondersteunen van de beweging naar passende zorg in de praktijk. De eerste stap van VVTB was een analyse of de huidige kaders voor pakketbeheer voldoende helder en volledig zijn. Voor de pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid<sup>6</sup> hanteert het Zorginstituut beoordelings- en afwegingskaders. Deze kaders beschrijven hoe het Zorginstituut de pakketcriteria toepast bij pakketadviezen over de vergoeding van zorg. Sinds eind 2023 worden deze afwegingskaders geactualiseerd en - waar nodig - verhelderd. Beoogd resultaat van deze actualisatie is dat voor iedereen in de zorg duidelijk is hoe zorg getoetst wordt en welke informatie daarvoor nodig is.

Ook wordt er een afwegingskader (door)ontwikkeld om de samenhang van alle pakketcriteria te verhelderen. Verder krijgen de verschillende zorgsectoren specifieke handleidingen die hen kunnen helpen om effectiviteit van zorg goed te toetsen. Deze ondersteunen partijen bij het invullen van hun rollen en verantwoordelijkheden rondom pakketbeheer (zie paragraaf 2.3). Het doel van deze maatregelen is om te komen tot een beter pakketbeheer, binnen de huidige context. De stand van zaken is als volgt.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1174, nr. 1194 en nr. 1200.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2023/24, 31765, nr. 812.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29477 en 29689, nr. 838 en Kamerstukken II 2023/24, 29477, nr. 883.

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2022/23, 36200-XVI, nr. 68.

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr. 1112.

<sup>6</sup> In de Kamerbrief van 2 december 2022 is uw Kamer geïnformeerd over de betekenis van de verschillende pakketcriteria (Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1174).

### 1.1 Actualiseren beoordelings- en afwegingskaders over pakketcriteria

Kenmerk  
3835948-1066328-Z

#### Beoordelingskader

Het Zorginstituut heeft in 2023 voor het pakketcriterium effectiviteit het kader *Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023*<sup>7</sup> geactualiseerd. Dit kader vormt de basis voor het Zorginstituut en veldpartijen om te beoordelen of zorg bewezen effectief is. Zo is voor iedereen duidelijk op welke gronden en op welke manier effectiviteitsbeoordelingen gedaan (kunnen) worden.

#### Afwegingskaders

Het Zorginstituut werkt aan de actualisering van de kaders van de andere pakketcriteria. Deze past het Zorginstituut toe bij zijn advisering aan de minister over vergoeding vanuit de Zvw of Wlz. De minister van VWS besluit op basis van deze adviezen over vergoeding vanuit de Zvw of Wlz.

- In december 2023 is de actualisatie van het *Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg: balanceren tussen eigen verantwoordelijkheid en solidariteit* gepubliceerd voor het pakketcriterium noodzakelijkheid. Dit kader beschrijft hoe het Zorginstituut toetst of zorg 'noodzakelijk te verzekeren' is en is bij deze brief gevoegd. Het is in de eerste plaats een instrument van én voor het Zorginstituut. Het is bedoeld als kader om VWS te adviseren over of vergoeding van zorg vanuit de Zvw of Wlz noodzakelijk is.

In dit afwegingskader zijn extra vragen opgenomen, bijvoorbeeld om na te gaan of een besluit om bepaalde zorg niet meer te vergoeden nadelige gevolgen kan hebben voor kwetsbare burgers. Als dat zo is, wordt vanuit het perspectief van pakketbeheer gekeken hoe die gevolgen kunnen worden beperkt, denk aan een vangnetconstructie. Het nieuwe afwegingskader bestaat uit de volgende elementen: ziektelast, voorzienbaarheid, gebruikelijkheid, kosten van de zorg en mogelijke substitutie, therapietrouw en vervolgschade, gezondheidsverschillen en de aanwezigheid van een vangnetconstructie. Het Zorginstituut heeft dit nieuwe kader voor het eerst gebruikt bij het opstellen van een advies over een geneesmiddel dat ook in de vrije verkoop beschikbaar is, namelijk codeïne. In de Pakketbrief van 24 mei 2024<sup>8</sup> bent u hierover geïnformeerd.

- Het afwegingskader over *kosteneffectiviteit* wordt rond de zomer afgerond. Deze actualisatie geeft partijen inzicht in de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten die het Zorginstituut gebruikt in zijn advisering over het pakketcriterium kosteneffectiviteit. Dat gaat dan bijvoorbeeld om de referentiewaarden die het Zorginstituut hanteert om te bepalen of een behandeling kosteneffectief is en wat ervoor nodig is om toepassing voor niet-farmaceutische zorg mogelijk te maken.
- Het Zorginstituut actualiseert ook het afwegingskader over *uitvoerbaarheid*. Dit is in het bijzonder van belang omdat dit kader veel verschillende aspecten kent. Dit vraagt om duidelijkheid. Dit criterium gaat over de vraag of opname van de behandeling in het basispakket in de praktijk haalbaar en houdbaar is voor de samenleving. Denk daarbij aan draagvlak, organisatie en inzet van middelen. Bij dit afwegingskader bekijkt het Zorginstituut ook of de aspecten

<sup>7</sup> *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023* | Publicatie | Zorginstituut Nederland.

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2023/24, 29689, nr. 1250.

arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid (zie paragraaf 1.3) meegewogen moeten worden. Een actualisatie van dit kader geeft partijen meer inzicht in hoe het Zorginstituut de verschillende aspecten van het pakketcriterium uitvoerbaarheid afweegt binnen zijn adviezen. Het afwegingskader wordt eind 2024 verwacht.

**Kenmerk**  
3835948-1066328-Z

- In het eerste kwartaal van 2025 stelt het Zorginstituut op basis van bovenstaande kaders een *integraal kader* op. Dit is een belangrijk sluitstuk, want zo geven we inzicht in de integrale afweging van alle pakketcriteria. Het Zorginstituut voert in zijn advisering namelijk altijd een integrale weging van pakketcriteria uit als de zorg effectief bevonden is.

## 1.2 Handleidingen per zorgsector

Het is belangrijk dat alle partijen in de zorg weten hoe zorg getoetst wordt, wat zij daar zelf in (moeten) doen en welke informatie daarvoor nodig is. Hierbij is het zaak om oog te hebben voor het eigenstandige karakter van de zorg die de verschillende zorgsectoren leveren. Naast actualisering en verheldering van de afwegingskaders ontwikkelt het Zorginstituut op dit moment ook sectorspecifieke handleidingen. Het is de bedoeling dat partijen hiermee het kader *Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023* zelf (beter) kunnen toepassen bij hun eigen effectiviteitsbeoordelingen. Het Zorginstituut zal twee sectorspecifieke handleidingen per jaar publiceren. De eerste verschijnt in de zomer van 2024 en betreft een sectoroverstijgende handleiding digitale zorg. Vervolgens volgen in 2025 handleidingen voor paramedische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast levert het Zorginstituut voor de zomer van 2024 een informatiedocument op over het toepassen van de cruciale uitkomstmaat gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij pakketbeoordelingen. Dit document geeft veldpartijen meer handvatten om bij de effectiviteitstoets deze uitkomstmaat toe te passen. Hiervoor ontbreken in de praktijk namelijk vaak kwalitatief goede data.

## 1.3 Mogelijke nieuwe (elementen van) pakketcriteria

In eerdere brieven over VVTB is aangekondigd dat de impact van zorg op arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid mogelijk onderdeel worden van de pakketcriteria van de toets op het basispakket. Het doel is om ook met pakketbeheer bij te dragen aan deze maatschappelijke opgaven. Een toekomstbestendig zorgstelsel vereist immers voldoende personeel om alle noodzakelijke zorg te leveren. Daarnaast hebben de inzet van zorg en zorgtechnologie impact op klimaat en milieu.

Omdat er weinig kennis beschikbaar is over de relatie tussen pakketbeheer en de impact van zorg op arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid, hebben wij het Zorginstituut gevraagd hiervoor een onafhankelijke technische commissie in te stellen. Deze (tijdelijke) commissie werkt sinds december 2023 de mogelijkheden uit. De commissie heeft expertise over zowel arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid, als over complexe, medisch-wetenschappelijke, sociale, juridische en ethische vraagstukken. Deze commissie richt zich primair op de vraag hoe arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid onderdeel kunnen uitmaken van het verbeterde pakketbeheer. Hiervoor haalt de commissie informatie op bij mensen en organisaties met relevante kennis en ervaring. De commissie levert op 1 oktober 2024 haar eindadvies op. De uitkomsten worden naar verwachting betrokken bij het afwegingskader uitvoerbaarheid (zie paragraaf 1.1).

Pagina 4 van 12

Het is goed te benoemen dat de vraagstukken over arbeidsinzet en (ecologische) duurzaamheid breder zijn dan pakketbeheer. Via het programma *Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn*<sup>9</sup> (TAZ) en de *Green Deal Samen werken aan duurzame zorg*<sup>10</sup> (Green Deal 3.0) werken wij hieraan.

**Kenmerk**  
3835948-1066328-Z

#### 1.4 Wet- en regelgeving

VVTB is in de eerste plaats gericht op samenwerking tussen en met de betrokken (overheids- en veld)partijen. Het doel is om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen over moeilijke keuzes die zijn gericht op het (blijvend) borgen van passende zorg voor patiënten en cliënten. Maar consensus en draagvlak vragen ook om borging in wet- en regelgeving. Onderdeel van VVTB is het voornemen om de kaders voor het verbeteren (en verbreden) van de toets op het basispakket steviger te verankeren in wet- en regelgeving. Dit is nodig om naleving te vergroten en draagvlak van de beweging te versterken. Dit voornemen is in de brief van 16 juni 2023<sup>11</sup> aan u gemeld. Hieronder schetsen wij de inhoudelijke lijnen waarlangs wij de wet- en regelgeving verder uitwerken. Een definitief besluit hierover laten wij aan een volgend kabinet.

##### 1.4.1 Zorgverzekeringswet

Voor de volgende drie onderwerpen werken we aan een voorstel voor aanpassing van wet- en regelgeving:

- 1) *het verder verankeren van de pakketcriteria en de bevoegdheden van de minister*: op dit moment is alleen het criterium effectiviteit vastgelegd in wet- en regelgeving (via 'stand van de wetenschap en praktijk'). In dit voorstel worden alle pakketcriteria wettelijk verankerd en de bevoegdheden van de minister - en in het verlengde hiervan ook van het Zorginstituut - om op basis van de verankerde criteria pakketbesluiten te nemen verstevigd.
- 2) *het stellen van aanvullende vergoedingsvoorwaarden gericht op levering van zorg*: de effectiviteit van een behandeling is vaak afhankelijk van de context waarbinnen deze wordt geleverd. Denk hierbij aan de ervaring en vaardigheden van de behandelaar, de organisatie van zorg, indicatiecriteria, richtlijnen of gepaste inzet. We stellen voor om aanvullende vergoedingswaarden - als ultimatum remedium - op te nemen in een ministeriële regeling in gevallen waar deze voorwaarden gericht op het leveren van zorg (naar verwachting) onvoldoende worden geborgd. Dit betekent dat als niet aan deze voorwaarden voldaan is, de zorg niet vergoed kan worden door zorgverzekeraars.
- 3) *regie op het agenderen van onderzoek naar pakketwaardigheid van zorg*: van veel zorg is onduidelijk in hoeverre deze bewezen effectief is. Dit wordt in het veld ook wel 'oranje zorg' genoemd. Onderzoek hiernaar is in eerste instantie aan het zorgveld. In de praktijk komt onderzoek echter niet altijd uit zichzelf of in de juiste vorm van de grond, bijvoorbeeld vanwege nadelige (financiële) gevolgen voor betrokken partijen of omdat het onderzoek niet is ingericht om een pakketvraag te beantwoorden. We onderzoeken de mogelijkheid van een wettelijk instrumentarium waarmee de overheid - als ultimatum remedium - gericht regie kan voeren op het agenderen van onderzoek naar de pakketwaardigheid van zorg. Het gaat dan met name om zorg met een hoge

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29282, nr. 485.

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2022/23, 36200-XVI en 32812, nr. 122.

<sup>11</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1200, bladzijde 4.

impact op de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel. Zie ook paragraaf 3.1.1.

#### 1.4.2 Wet langdurige zorg

Kenmerk  
3835948-1066328-Z

We hebben de ambitie om ook de drie onderwerpen van de vorige paragraaf te verankeren in de Wlz. Hier is geen principieel verschil ten opzichte van de Zvw. De aard van de verzekerde langdurige zorg en de inrichting van de Wlz vragen echter eerst om een nadere analyse van de implicaties om op termijn de Wlz te kunnen wijzigen. Deze analyse moet antwoord geven op de vraag hoe de verankering in de Wlz moet plaatsvinden, wat daarvoor nodig is en wat praktisch haalbaar is. Deze analyse voeren wij tot najaar 2024 uit om aandachtspunten voor de Wlz (rondom regelgeving en toepassing) vast te stellen en het juiste tempo voor aanpassing van de Wlz te bepalen. De analyse gaat in ieder geval in op:

- 1) praktische aspecten, waaronder de nog beperkte ervaring van het Zorginstituut over pakketbeheer in de Wlz;
- 2) zorg die zowel vanuit de Zvw als Wlz geleverd kan worden. Hier is speciale aandacht voor: Denk aan wijkverpleging, hulpmiddelenzorg, geestelijke gezondheidszorg, farmaceutische zorg en paramedische zorg. Op basis van het voorstel voor aanpassing van de Zvw (zie paragraaf 1.4.1) kan dit betekenen dat voor deze zorg vooruitgelopen wordt op wijziging van de Wlz;
- 3) het (in algemene zin) onderzoeken van het effect van pakketbeoordelingen op de Wlz.

## VERBREDEN

### 2. Ieder in zijn kracht

Pakketbeheer, zoals gezegd, is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de overheid en veldpartijen. Hiervoor is toegelicht hoe het programma VVTB de veldpartijen versterkt en ondersteunt in hun rol zodat alle betrokken partijen weten wat ze moeten doen en daarnaar kunnen handelen. Zo dragen alle partijen via pakketbeheer bij aan de beweging naar passende zorg voor patiënten en cliënten.

#### 2.1 Maatschappelijk agenderingskader

Overheids- én veldpartijen én veldpartijen gaan met behulp van het programma VVTB vaker en scherpere keuzes maken. Deze keuzes zijn gericht op het bieden van passende zorg en het wegnemen van twijfel over de effectiviteit van zorg. Dit gebeurt door zorg frequenter te toetsen op pakketwaardigheid. De noodzaak om dit te doen geldt voor alle zorgsectoren.

Niet alle zorg kan tegelijkertijd worden getoetst. Daarom ontwikkelen het Zorginstituut en veldpartijen samen een *maatschappelijk agenderingskader* voor de te toetsen zorg. De prioritering wordt bepaald door de mate van maatschappelijke impact van de zorg. Denk hierbij aan zorg met een hoge ziektelast, veel praktijkvariatie of een groot financieel beslag. Het Zorginstituut levert dit maatschappelijk agenderingskader eind van dit jaar op, voorafgaand aan de *Pakketagenda passende zorg 2026-2028*<sup>12</sup>. Op deze manier kan dit kader ook gebruikt worden voor de agendering van deze pakketagenda. Daarnaast kunnen partijen het kader gebruiken om te bepalen welke zorg ze gaan beoordelen op

<sup>12</sup> Over de *Pakketagenda passende zorg 2023-2025* is uw Kamer geïnformeerd op 4 oktober 2023 (Kamerstukken II 2023/24, 31765, nr. 812).

effectiviteit.

**Kenmerk**  
3835948-1066328-Z

## 2.2 Pakketbeoordeling: duidingen en adviezen

Het Zorginstituut gaat, deels vooruitlopend op het maatschappelijk agenderingskader uit paragraaf 2.1, meer pakketbeoordelingen doen in alle zorgsectoren om te bepalen welke zorg deel uitmaakt van de Zvw- en Wlz. Zo draagt het Zorginstituut bij aan het maken van scherpere keuzes.

In 2023 heeft het Zorginstituut elf duidingen en 42 adviezen<sup>13</sup> gepubliceerd. Duidingen en adviezen die sinds de laatste Kamerbrief over VVTB gepubliceerd zijn, gaan bijvoorbeeld over het verkennend gesprek<sup>14</sup>, langdurige persoonsgerichte actieve oefentherapie bij ernstige reumatoïde artritis<sup>15</sup>, vroegtijdige beëindiging van de voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen rPTH 1-84 (Natpar®) en ataluren (Translarna®)<sup>16</sup> en genexpressietesten bij vrouwen ouder dan 50 jaar met een vroeg stadium van borstkanker<sup>17</sup>.

Het doel is om vanaf 2024 zeven of acht extra duidingen te doen ten opzichte van het aantal duidingen in 2023. Hierbij houdt het Zorginstituut rekening met de mate van kennisontwikkeling en kennisinfrastructuur (zie paragraaf 3.1) per zorgsector. Er is afgesproken dat er jaarlijks minstens één duiding wordt gedaan over langdurige zorg of geestelijke gezondheidszorg juist vanwege de grote maatschappelijke opgaven in deze sectoren.

We vinden het belangrijk om inzicht te krijgen in het effect van de eerdergenoemde aanscherping en uitbreiding van de pakketcriteria op de verbeterde toets op het basispakket. Dat gaan we onderzoeken door twee ziektebeelden te toetsen aan de huidige pakketcriteria (in 2024) én aan de toekomstige pakketcriteria (in 2025). Met de uitkomsten van deze beoordelingen kunnen we nagaan of de pakketcriteria het beoogde doel bereiken en of ze werkbaar en uitvoerbaar zijn voor het Zorginstituut en de veldpartijen. Vorig jaar hebben we u in de Kamerbrief medegedeeld dat we kozen voor mammaoncologie en de ziekte van Parkinson. Voor het laatste ziektebeeld bleek de gewenste beoordeling binnen de Wlz voor het Zorginstituut (momenteel) niet uitvoerbaar. Het is namelijk onduidelijk in hoeverre de effectiviteitstoets voor de Wlz uitvoerbaar is met het beschikbare beoordelingskader. Ook is er onduidelijkheid over de toepassing van de andere pakketcriteria. Daarom vragen we het Zorginstituut een beoordelingskader specifiek voor pakketbeoordelingen in de Wlz te ontwikkelen. Dit kader wordt in het eerste kwartaal van 2025 opgeleverd. Voor de zomer besluiten we met het Zorginstituut over de invulling van het tweede ziektebeeld.

<sup>13</sup> Dit aantal is inclusief adviezen over medicijnen voor opname in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS-adviezen).

<sup>14</sup> [Standpunt verkennend gesprek | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#).

<sup>15</sup> [Advies - Langdurige persoonsgerichte actieve oefentherapie bij ernstige reumatoïde artritis kan worden verzoed uit basispakket | Advies | Zorginstituut Nederland](#).

<sup>16</sup> [Advies - Vroegtijdige beëindiging van de voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen rPTH 1-84 \(Natpar®\) en ataluren \(Translarna®\) | Advies | Zorginstituut Nederland](#).

<sup>17</sup> [Standpunt - MammaPrint en Oncotype DX vergoede zorg voor bepaalde groep vrouwen | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#).

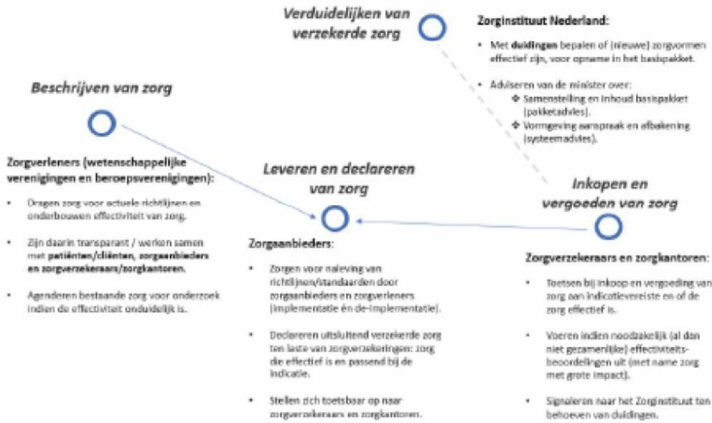
Kenmerk  
3835948-1066328-Z

2.3 Rollen en verantwoordelijkheden

De overheid en veldpartijen maken in 2024 nadere afspraken over hun rol en verantwoordelijkheid rondom pakketbeheer en het vaker en breder toetsen van zorg<sup>18</sup>. De druk op de zorgsector, beschikbare mensen en middelen is de reden nadere afspraken te maken over wat de eigen rol en verantwoordelijkheid is. Hierdoor ontstaat meer duidelijkheid en dit draagt bij aan beter en breder pakketbeheer.

Door de nadere afspraken kunnen alle partijen hun rol in de Zvw en Wlz beter oppakken en zijn ze hierop ook aanspreekbaar. Dit past binnen het *Kader Passende zorg*, het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en bij de afspraken in het *Integraal Zorgakkoord* (IZA). Om tot nadere afspraken over rollen en verantwoordelijkheden te komen is onder andere de IZA-werkgroep *Beter Pakketbeheer* ingesteld. Deze werkgroep levert in september 2024 zijn bevindingen op. De uitkomsten worden bestuurlijk geborgd via het Bestuurlijk Overleg IZA in september 2024.

Het programma VVTB heeft ten behoeve van de nadere afspraken een schema uitgewerkt als weergave hoe het ministerie van VWS ziet met welke activiteiten partijen in het pakketbeheer kunnen bijdragen aan passende verzekerde zorg (zie Schema 1). Sommige van deze rollen, zoals die van het Zorginstituut, zijn wettelijk verankerd in de Zvw en Wlz. In het schema zijn het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) niet opgenomen.



Schema 1: rollen van partijen bij pakketbeheer in het open systeem

<sup>18</sup> In de bijlage van de brief van 2 december 2022 staan de rollen en verantwoordelijkheden van partijen ten aanzien van pakketbeheer beschreven (Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1174).

## KENNIS EN INZICHT

### 3. Pakketbeheer in uitvoering

Kenmerk  
3835948-1066328-Z

Voor de toets op het basispakket van de Zvw en het verzekerde pakket van de Wlz is een gedegen kennisbasis nodig. Zoals we in de inleiding schetsen moet vergoede zorg op de eerste plaats aantoonbaar effectief zijn en meerwaarde hebben voor patiënten en cliënten in de praktijk. Indien er voor een indicatie verschillende zorgvormen beschikbaar zijn, is het van belang te weten welke zorg het meest effectief is. Met deze kennis kunnen zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Zorginstituut de pakketwaardigheid van zorg bepalen en daarmee uitvoering geven aan de Zvw en Wlz. Binnen deze kaders kunnen zorgverleners en patiënten of cliënten samen beslissen over de best passende zorg.

Van veel zorg die wordt vergoed vanuit de Zvw of Wlz is er onzekerheid over de effectiviteit en daarmee de pakketwaardigheid. Door kennis te vergaren over de effectiviteit van een specifieke interventie, op korte én lange termijn, kunnen we beter sturen op gepast gebruik en doelmatigheid. In eerste instantie is het aan partijen in de zorg om kennis te ontwikkelen. De overheid heeft de taak om hierbij faciliterend, stimulerend en - waar nodig - sturend op te treden. In de afgelopen periode zijn de volgende stappen gezet.

#### 3.1 Kennisontwikkeling en kennisinfrastructuur passende zorg Zvw

Om een structurele kennisontwikkeling in alle sectoren van de Zvw op gang te brengen of beter te borgen, werken we aan het ontwikkelen van een goede onderzoeksinfrastructuur en aan structurele kennisontwikkeling over de pakketwaardigheid van zorg. Het doel is om de door VWS beschikbaar gestelde onderzoeksgelden zo effectief en gericht mogelijk uit te zetten.

ZonMw start daarom in 2024 met het programma *Passende Zorg*, in opdracht van het ministerie van VWS. De inrichting van een goede infrastructuur is een belangrijk onderdeel van de opdracht. Denk hierbij aan de infrastructuur om passende onderzoeksmethodologie te ontwikkelen en onderzoek structureel in te bedden in de praktijk, zoals academische werkplaatsen. Niet in alle sectoren is deze infrastructuur voldoende ontwikkeld. Daarom zetten we in de eerste fase van het programma, met name voor de niet-medisch-specialistische zorgsectoren, stevig in op de ontwikkeling van een goede infrastructuur.

Daarnaast richt het programma zich op het mogelijk maken van onderzoek naar zorg waarvan onduidelijk is of deze voldoet aan de pakketcriteria. Het ZonMw-programma *Passende Zorg* heeft als belangrijk doel onderzoek te intensiveren voor alle zorgsectoren binnen de Zvw. Daartoe behoort overigens ook zorg die zowel binnen de Zvw als de Wlz wordt geleverd. Andere belangrijke speerpunten in dit programma zijn zorg met een multidisciplinair karakter, sectoroverstijgende zorg en vraagstukken rondom de organisatie van zorg.

In de medisch-specialistische zorgsector is al veel geïnvesteerd. Een mooi voorbeeld hiervan is het programma *Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)*. ZonMw heeft de opdracht om binnen het programma *Passende Zorg* de geleerde lessen van de aanpak van ZE&GG te betrekken. Denk hierbij aan het stimuleren van betrokkenheid van alle relevante partijen bij het onderzoeksproces - van agendering van onderwerpen tot implementatie ervan - en een betere aansluiting van zorgevaluaties op de richtlijnen.

Pagina 9 van 12

### 3.1.1 Onderzoek naar pakketwaardigheid van zorg

**Kenmerk**  
3835948-1066328-Z

In deze paragraaf vindt u een nadere toelichting op het agenderen van onderzoek naar pakketwaardigheid zoals bedoeld in paragraaf 1.4.1, punt 3: 'regie op het agenderen van onderzoek naar pakketwaardigheid van zorg'.

De focus van de regie ligt bij zorg met een grote impact op de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel. Het doel ervan is dat de overheid kan sturen op het agenderen van onderzoek bij onzekerheid over de pakketwaardigheid van zorg in de Zvw en Wlz. Hiervoor vragen veldpartijen en het Zorginstituut al langere tijd aandacht. Zij gebruiken voor deze zorg vaak de term 'oranje zorg'.

Om dit vraagstuk aan te pakken, bestaat de eerste stap uit het vastleggen van regie op deze bijzondere vorm van onderzoek via wet- en regelgeving. Vervolgens kunnen we met de aangepaste regelgeving het noodzakelijke onderzoek naar pakketwaardigheid uitzetten. We denken hierbij aan twee sporen.

- 1) Het eerste spoor is gericht op zorg die bewezen effectief is, maar waarbij onzekerheid bestaat over de gepaste inzet of de effecten op lange termijn.
- 2) Het tweede spoor is gericht op zorg waarvan het bewijs onvoldoende zekerheid biedt voor een positieve beoordeling van pakketwaardigheid. Dit spoor moet het - conform de afspraak hierover in het IZA - mogelijk maken om zorginterventies tijdens een vooraf te bepalen periode te financieren terwijl het onderzoek loopt.

Voor zorg die nu onderdeel is van de Zvw of Wlz en waarvan de effectiviteit om nader onderzoek vraagt, moeten - binnen het onderzoek - mogelijk ook de interventiekosten worden gefinancierd. Daar zijn op dit moment niet in alle gevallen goede mogelijkheden voor.

Het ZonMw-programma *Passende Zorg* krijgt onder andere onderzoeksrondes die onderzoek stimuleren naar specifieke zorg, op aangeven van het Zorginstituut (bijvoorbeeld vanuit het maatschappelijk agenderingskader; zie paragraaf 2.1). Dit garandeert dat onderzoek dat vanuit toekomstbestendig oogpunt het meest relevant is, prioriteit krijgt én op de juiste manier van de grond komt.

### 3.2 Gelijkerichtheid in kennisontwikkeling

Er is behoefte aan een eenduidig inhoudelijk richtinggevend onderzoekskader. Dit moet aansluiten bij de gewenste kennis voor beter pakketbeheer en meer gelijkgerichtheid geven aan de lopende onderzoeksprogramma's. Om een optimale aansluiting op de toets op het basispakket te waarborgen, is het belangrijk dat de inhoudelijke uitwerking van de (verbeterde en verbrede) toets doorwerkt in deze onderzoeksprogramma's en deze ontwikkeling ondersteunt. Zo moeten de onderzoeksmethoden én de relevante criteria voor onderzoek die de subsidieprogramma's hanteren, zoveel mogelijk aansluiten op het nog te ontwikkelen maatschappelijk agenderingskader (zie paragraaf 2.1). Op deze manier worden de maatschappelijk meest relevante onderwerpen het eerst onderzocht en zijn de resultaten direct bruikbaar voor pakketbeheer van veld- en overheidspartijen. Daarnaast versterken we de faciliterende en stimulerende rol van de overheid door meer synergie en samenhang aan te brengen. Het nieuwe ZonMw-programma *Passende Zorg* is het kaderprogramma. De opzet van dit programma is de basis van het richtinggevende onderzoekskader.

Pagina 10 van 12

\

**Tot slot**

Wij willen dat de zorg voor alle huidige en toekomstige patiënten en cliënten toegankelijk blijft. Wij hebben u in deze brief geïnformeerd hoe het programma VVTB hieraan bijdraagt. Zoals u heeft kunnen lezen doen wij dit niet alleen, maar samen met de relevante overheids- en veldpartijen. Dat is essentieel om de benodigde stappen te zetten, hoe moeilijk ze soms ook zijn. De samenwerking met deze partijen geeft ons het vertrouwen dat we op de goede weg zijn.

**Kenmerk**  
3835948-1066328-Z

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

de minister voor Medische Zorg,

Conny Helder

Pia Dijkstra