

WIJ **W**ILLEM **A**ALEXANDER,  
BIJ DE GRATIE GODS,  
KONING DER NEDERLANDEN,  
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,  
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2025

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg, van [datum], kenmerk [kenmerk];

Gelet op de artikelen 11, derde lid, en 21, tweede en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van [datum], no. [nummer]);

Gezien het nader rapport van Onze Minister voor Medische Zorg van [datum], kenmerk [kenmerk];

Hebben goedgevonden en verstaan:

### **Artikel I**

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2.5c komt te luiden:

### **Artikel 2.5c**

1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde.
2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien er niet aan vooraf is gegaan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg, gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in

dezelfde instelling.

## B

Artikel 2.6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het zesde lid komt te luiden:
  6. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens gesuperviseerde oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie.
2. Onder vernummering van het achtste tot en met elfde lid tot negende tot en met twaalfde lid wordt na het zevende lid een lid ingevoegd, luidende:
  8. Fysiotherapie of oefentherapie omvat voor verzekerden van achttien jaar of ouder tevens langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

## C

In artikel 2.7, derde lid, wordt na "medediagnostiek of medebehandeling" ingevoegd "van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of".

## D

Artikel 2.17, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het slot van onderdeel g vervalt "en".
2. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel h door een komma, wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
  - i. niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking tussen aanbieders of tussen aanbieders en derden, voor zover dat samenwerken direct ten dienste staat van de levering van zorg of overige diensten als bedoeld in paragraaf 1.

## E

Aan artikel 2.18 wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. Kosten als bedoeld in artikel 2.17, aanhef en onderdeel i, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.

## Artikel II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2025.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister voor Medische Zorg,

## **Nota van toelichting**

### **Algemeen**

#### **1. Inleiding**

##### *1.1 Samenvatting*

Met dit besluit is het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) met ingang van 1 januari 2025 gewijzigd in verband met aanpassingen in de op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) te verzekeren prestaties (hierna: basispakket) van de zorgverzekering. Het betreft:

- het schrappen van voorwaarden voor de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg;
- het verwijderen van de restricties voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD;
- de definitieve toelating van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen;
- een verbetering van de aanspraak op orthodontische hulp; en
- het uitzonderen van domein- en sectoroverstijgende samenwerking van het eigen risico.

##### *1.2 Voorhangprocedure*

Het ontwerp van dit besluit is overeenkomstig artikel 124 van de Zvw op [dag maand] 2024 aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd (Kamerstukken II 2023/24, [kamerstuknummer], nr. [volgnummer]). In het Commissiedebat van [dag maand] 2024 heeft de vaste commissie van de Tweede Kamer voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) met de Minister voor Medische Zorg gesproken over de pakketmaatregelen.

#### **2. Wijzigingen in het basispakket 2025**

##### *2.1 Geriatrische revalidatiezorg*

Sinds 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatiezorg (hierna: grz) opgenomen in het basispakket. Grz is geïntegreerde multidisciplinaire zorg onder regie van de specialist ouderengeneeskunde en gericht op herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare (voornamelijk oudere) patiënten na een acute aandoening of functionele achteruitgang. De overheveling van grz van de toenmalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) naar het basispakket van de zorgverzekering heeft haar beslag gekregen door grz expliciet te vermelden in de artikelen 2.4 en 2.5c van het Bzv.

Op 23 november 2021 heeft het Zorginstituut desgevraagd advies uitgebracht over de toegang tot grz. Het Zorginstituut heeft voorgesteld artikel 2.5c van het Bzv te laten vervallen. Deze zorg valt sinds de specialist ouderengeneeskunde ook in de Zvw is opgenomen onder artikel 2.4 Bzv (geneeskundige zorg), en daarmee kan artikel 2.5c van het Bzv volgens het Zorginstituut vervallen. Het Zorginstituut ging er daarbij vanuit dat de grz voor cliënten als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) geregeld zou zijn in die wet. Dat is tot op heden echter nog niet het geval. In afstemming met het Zorginstituut, de NZa en andere betrokken partijen zoals Verenso, ActiZ en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) is er daarom nu voor gekozen om eerst de beperkende voorwaarden voor de aanspraak op grz te schrappen, in plaats van 2.5c van het Bzv volledig te laten vervallen. Hierdoor blijft de toegang tot grz in het Bzv geborgd

voor cliënten die op grond van de Wlz hetzij verblijf zonder behandeling ontvangen of in enigerlei vorm langdurige zorg thuis krijgen. Dit sluit aan op de brede beweging waarin zorg in de klinische of intramurale setting verschuift naar zorg thuis. Cliënten die op grond van Wlz verzekerd verblijf met behandeling ontvangen, waren en blijven uitgezonderd van de aanspraak op grz.

Er waren, zoals hiervoor reeds aangegeven, wel redenen om de aanspraak grz in art. 2.5c Bzv aan te passen. In de aanspraak op de grz golden beperkingen. Signalen uit het veld lieten zien dat deze beperkende voorwaarden de doorontwikkeling van de grz belemmerden.

Dit kwam onder meer door de voorwaarden dat er sprake moest zijn van afgenomen leer- trainbaarheid, dat grz binnen een week moest aansluiten op verblijf in verband met medisch specialistische zorg en dat grz bij aanvang gepaard moest gaan met verblijf. Na de overheveling van grz hebben zich ontwikkelingen voorgedaan waardoor deze voorwaarden overbodig en zelfs belemmerend waren geworden. Het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat de ontwikkelde richtlijnen, triage-instrumenten, indicatieprotocollen, zorgmodules en -paden een voldoende basis vormen om te bepalen of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op grz. Specialisten ouderengeneeskunde zouden bijvoorbeeld grz ook moeten kunnen indiceren voor en verlenen aan patiënten die niet eerst in een instelling als bedoeld in artikel 2.12 van het Bzv verbleven. Daarnaast zouden hybride vormen van deze zorg in individuele gevallen passend kunnen zijn door grz in het begin intramuraal en daarna ambulant te verlenen. De voorwaarden in artikel 2.5c van het Bzv zoals dat artikel luidde voor de inwerkingtreding van voorliggende wijziging, belemmerden dit. Ook is in dit voorstel het doel van de behandeling die onder grz valt anders omschreven, waardoor deze beter aansluit bij de huidige praktijk. Daarbij is het van belang te benoemen dat het voor de vergoeding van de zorg niet noodzakelijk is dat het beoogde doel (herstel of verbetering van het functioneren en de participatie van de verzekerde) daadwerkelijk wordt behaald.

Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut is in de brief van 2 juni 2022 aan de Tweede Kamer het belang benadrukt van een tijdige inzet van de juiste zorg.<sup>1</sup> Onderschreven is het advies de beperkende voorwaarden te schrappen. Het is wenselijk geacht dat veldpartijen in samenwerking met het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzetten op de doorontwikkeling van en experimenten in grz. Aangekondigd is dat parallel hieraan de verkenning voortgezet wordt naar het laten vervallen van de afzonderlijke aanspraak artikel 2.5c van het Bzv.

## 2.2 Gesuperviseerde oefentherapie bij COPD

Oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut bij patiënten van achttien jaar of ouder met *chronic obstructive pulmonary disease* (hierna: COPD) in stadium II of hoger van de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Classificatie voor spirometrie (hierna: GOLD Classificatie) voor volwassenen maakt sinds 2019 deel uit van het basispakket van de zorgverzekering. De GOLD Classificatie is een internationale richtlijn voor de classificering van de ernst van de COPD. De aanspraak geldt vanaf de eerste behandeling. Het aantal behandelingen is ingevolge artikel 2.6, zesde lid, van het Bzv op basis van adviezen van het Zorginstituut gemaximeerd aan de hand van de ernst van de COPD (Stb. 2018, 305 en Stb. 2020, 337).

---

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

In het advies van 22 maart 2024 heeft het Zorginstituut geconstateerd dat de maximalisering van het aantal behandelingen op basis van de ernst van de COPD het realiseren van passende oefentherapeutische zorg voor patiënten met COPD kan belemmeren doordat er een risico bestaat dat patiënten te veel of te weinig behandelingen ontvangen<sup>2</sup>. Daarom adviseert het Zorginstituut het maximumaantal behandelingen in de aanspraak op te heffen. De randvoorwaarden voor doelmatigheid van deze zorg – voor patiënten die daar redelijkerwijs op aangewezen zijn – zijn volgens het Zorginstituut geborgd via de *KNGF-richtlijn COPD* van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (hierna: KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (hierna: VvOCM).

Dit advies van het Zorginstituut is overgenomen. Het Bzv is zodanig gewijzigd dat er geen maximum meer geldt voor het aantal behandelingen gesuperviseerde oefentherapie voor patiënten van achttien jaar of ouder met COPD in stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Gelet op de *KNGF-richtlijn COPD* wordt verwacht dat er geen sprake zal zijn van overbehandeling. Na pakketwijziging wordt de zorgafname gemonitord, om na te gaan of het aantal behandelingen volgens verwachting is .

### *2.3 Langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen*

In het kader van de voorwaardelijke toelating tot het basispakket per 1 oktober 2019 is onderzoek verricht naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie ter behandeling van volwassen patiënten met reumatoïde artritis (hierna: RA) met ernstige functionele beperkingen. De voorwaardelijke toelating eindigt per 1 januari 2025 (artikel 2.2, eerste lid, aanhef en onder f, van de Regeling zorgverzekering; Rzv).

Dit onderzoek is inmiddels afgerond en het Zorginstituut heeft op 6 maart 2024 advies uitgebracht.<sup>3</sup> Het Zorginstituut stelt vast dat langdurige gepersonaliseerde actieve oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut voor volwassenen met RA met ernstige functionele beperkingen in het dagelijks leven voldoet aan het wettelijk criterium de 'stand van de wetenschap en praktijk' (artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv). Ook gelet op de andere pakketcriteria, te weten kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid, adviseert het Zorginstituut deze zorg op te nemen in het basispakket, met vergoeding vanaf de eerste behandeling en zonder maximum voor het aantal behandelingen. Het achterwege laten van een maximum aantal behandelingen is ingegeven door het beloop van de klachten bij patiënten met RA met ernstige functionele beperkingen. Periodes van veel klachten (exacerbaties) treden vaak op en worden afgewisseld met periodes met minder klachten. Hierdoor varieert de behoefte aan zorg per patiënt per periode.

Conform het advies van het Zorginstituut is het Bzv zodanig gewijzigd dat aanspraak bestaat op langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie voor patiënten van achttien jaar of ouder met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

---

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2023/24, 29689, nr. 1244.

<sup>3</sup> [Advies - Langdurige persoonsgerichte actieve oefentherapie bij ernstige reumatoïde artritis kan worden vergoed uit basispakket | Advies | Zorginstituut Nederland.](#)

#### *2.4 Orthodontische hulp*

Orthodontische hulp behoort alleen tot het basispakket als deze 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. In 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 echter onder de tandheelkundige discipline, zodat orthodontische hulp naar de letter van artikel 2.7, derde lid, van het Bzv (zoals dat voor voorliggende wijziging luidde) gelezen, niet vanuit het basispakket vergoed zou worden in geval van medediagnostiek of medebehandeling door een kaakchirurg. Dit artikellid is gewijzigd, zodat verduidelijkt is dat ook de kaakchirurg behoort tot de specialismen die orthodontische hulp kan verlenen bij een zeer ernstig ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

#### *2.5 Domein- en sectoroverstijgende samenwerking*

Het basispakket van de zorgverzekering kent een zeer brede dekking tegen kosten voor geneeskundige zorg (verder ook 'curatieve zorg' genoemd). Via het eigen risico wordt daarbij een relatief beperkt deel van de kosten nadrukkelijk bij de gebruiker van de zorg gelegd. Op deze manier draagt het eigen risico bij aan het draagvlak voor de hoge mate van inkomens- en risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Het eigen risico draagt daarnaast bij aan de financiering van de curatieve zorg en draagt bij aan het kostenbewustzijn van verzekerden, waardoor mensen langer nadenken of een beoogde behandeling passend is en onnodig zorggebruik wordt geremd. Het uitgangspunt is dat voor alle verzekerde zorg die onder de Zvw valt het eigen risico van toepassing is. In de artikelen 2.17 respectievelijk 2.18 van het Bzv is opgenomen welke kosten van het gebruik van zorg en overige diensten buiten het verplicht respectievelijk vrijwillig eigen risico vallen. Met deze wijziging van het Bzv zijn de kosten van domein- en sectoroverstijgende samenwerking buiten het verplicht en vrijwillig eigen risico gebracht.

#### *Inhoud van de maatregel*

Ter uitvoering van de opgaven in de regio, die op basis van regiobeelden en regioplannen naar aanleiding van het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) zijn opgesteld, werken inwoners, zorg- en welzijnsorganisaties en andere veldpartijen steeds vaker samen over de domeinen en zorgsectoren heen. Om tot passende zorg en ondersteuning voor specifieke (kwetsbare) groepen verzekerden te komen, is een goede afstemming tussen zorgaanbieders uit zowel verschillende domeinen, als sectoren binnen het medisch domein essentieel.

Invulling van de verschillende regioplannen ter uitvoering van de met het IZA beoogde beweging vergt extra inspanningen van zorgaanbieders. Het kan gerechtvaardigd zijn om zorgaanbieders die deze extra inspanning in samenwerkingsverbanden in een regio leveren en daarmee bijdragen aan patiëntengroepsgebonden domeinoverstijgende en/of sectoroverstijgende afstemming van zorg en ondersteuning voor een specifieke groep verzekerden, rechtstreeks en direct te vergoeden voor hun inspanningen. Bijvoorbeeld waar samenwerking rondom passende zorg en ondersteuning voor groepen verzekerden, zoals het IZA beoogt, aanmerkelijk meer inzet vraagt van deze zorgaanbieders dan de gebruikelijke vergoeding voor samenwerking waarvoor in de reguliere tarieven is

voorzien. Of wanneer de groep verzekerden die van de afstemming profiteert aanmerkelijk groter is dan de groep verzekerden die bij de betreffende aanbieder in zorg is.

Om deze zorg te kunnen declareren heeft de NZa op basis van een bij de Staten-Generaal voorgehangen aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) een nieuwe betaaltitel voor de prestatie 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' vastgesteld.<sup>4</sup> Voor deze prestatie geldt een vrij tarief.

#### *Betaaltitel 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw'*

Het gaat hier om de bekostiging van de afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden, niet om de bekostiging van het aanbod van zorg en ondersteuning zelf. Daarbij blijft iedere sector en ieder domein verantwoordelijk voor zijn eigen kosten. Het introduceren van een mogelijkheid tot gerichte vergoeding van patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg en ondersteuning voor specifieke groepen verzekerden betekent dus niet dat alle kosten van de afstemming van zorg en ondersteuning vanuit de zorgverzekering kunnen worden vergoed. De betaaltitel voor zorg in de zin van de Zvw maakt geen afwenteling mogelijk van kosten van samenwerking door aanbieders van zorg en ondersteuning uit andere domeinen, zoals aanbieders van zorg als bedoeld in de Wlz of aanbieders van jeugdhulp of ondersteuning als bedoeld in de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Het blijft van belang dat vanuit alle domeinen wordt bijgedragen om domeinoverstijgende samenwerking duurzaam vorm te kunnen geven.

De betaaltitel heeft een generiek karakter, waardoor verschillende initiatieven gebruik kunnen maken van dezelfde betaaltitel. Dit generieke karakter sluit aan bij de regionale diversiteit van samenwerkingsverbanden. Het generieke karakter impliceert ook dat de betaaltitel ruimte biedt aan bekostiging van een breed scala aan mogelijke samenwerkingsafspraken tussen aanbieders van Zvw-zorg onderling en tussen dergelijke aanbieders en aanbieders van andere hulp. 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.

Het is nog te vroeg om voor een definitieve vormgeving en inbedding van de betaaltitel te kiezen. Er is gebruik gemaakt van een experiment voor een periode van maximaal vijf jaar op grond van artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg). Er zijn monitoring- en evaluatievoorwaarden verbonden aan de betaaltitel. Hierdoor ontstaat een mogelijkheid tot bijstelling van de betaaltitel als zou blijken dat in de praktijk nog niet adequaat in de behoeften wordt voorzien.

*Waarom deze zorg uitzonderen van het eigen risico?*

---

<sup>4</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_764185\\_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_764185_22/).



Gezien domein- en sectoroverstijgende samenwerking onder bepaalde voorwaarden is aan te merken als zorg in de zin van de Zvw, geldt als uitgangspunt dat hiervoor het eigen risico geldt. Voor deze vorm van zorg is dat evenwel niet wenselijk. 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. Tegen voornoemde achtergrond is met voorliggende wijziging van het Bzv voor deze vorm van zorg een uitzondering op zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico gemaakt.

Zoals hiervoor is aangegeven, geldt de nieuwe betaaltitel voor 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' in eerste instantie voor maximaal vijf jaar. Indien de betaaltitel komt te vervallen of dusdanig wordt aangepast dat de onderhavige uitzondering van het verplicht en vrijwillig eigen risico daar niet meer goed bij aansluit, zal door middel van een nieuwe wijziging van het Bzv aangesloten worden op de dan ontstane situatie.

### **3. Financiële gevolgen**

#### *Geriatrische revalidatiezorg*

De aanpassingen van de pakketcriteria voor de toegang tot grz zullen naar verwachting beperkte financiële gevolgen hebben. De indicatie voor grz zal nog steeds via een geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde vastgesteld worden. Daarnaast wijzigt de doelgroep niet: het grootste deel van de verzekerden krijgt nu ook al grz na medisch-specialistische zorg. Dit blijft zo. Tevens zal de doorontwikkeling naar ambulante grz ervoor zorgen dat meer verzekerden thuis of poliklinisch kunnen worden behandeld, wat kan leiden tot gemiddeld lagere kosten per verzekerde. Het doel van ambulante grz is immers het verkorten van de klinische ligduur in een grz-setting, zodat de client zoveel mogelijk in de thuissituatie of poliklinisch kan revalideren. Ook het vervallen van de maximale duur van grz zal een gunstig effect hebben, aangezien die periode niet meer als uitgangspunt genomen zal worden bij de indicatiestelling en in plaats daarvan de medische noodzaak leidend zal zijn.

#### *Gesuperviseerde oefentherapie bij COPD*

Het verwijderen van de restricties op het maximumaantal behandelingen gesuperviseerde oefentherapie voor patiënten met COPD, indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie, leidt tot extra uitgaven van € 173.000 in 2025 oplopend naar structureel € 347.000 vanaf 2027. Deze raming is gebaseerd op de budgetimpactanalyse van het Zorginstituut.

#### *Langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen*

De uitbreiding van de aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie ter behandeling van patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen leidt tot extra

uitgaven van circa € 4 miljoen in 2025 aflopend naar € 793.000 structureel vanaf 2028. Deze raming is gebaseerd op de budgetimpactanalyse van het Zorginstituut.

#### *Orthodontische hulp*

Omdat in de praktijk de kaakchirurg al betrokken wordt bij orthodontische hulp in het geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis aan het tand-kaakmondstelsel, worden er geen financiële gevolgen voorzien bij de wijziging van artikel 2.7, derde lid, van het Bzv.

#### *Domein- en sectoroverstijgende samenwerking*

Er wordt geen derving verwacht van de huidige eigen risico-opbrengsten door het uitzonderen van de patiëntengroepgebonden samenwerking. De mate waarin de uitzondering van domein- en sectoroverstijgende afstemming zal leiden tot een lager te betalen eigen risico is mede afhankelijk van het overige zorggebruik dat ten laste komt van het eigen risico. Omdat het gaat om specifieke groepen verzekerden voor wie goede afstemming binnen het medisch domein essentieel is, is het aannemelijk dat een groot gedeelte van deze mensen het eigen risico ook aan andere zorg volmaakt, waardoor de financiële impact van uitzonderen van het eigen risico gering is.

### **4. Regeldruk en fraude**

#### *Geriatrische revalidatiezorg*

De wijziging van het Bzv voor grz geeft geen extra regeldrukeffecten voor burgers, bedrijven, instellingen of professionals. Ook het risico op fouten en fraude door de aanpassingen in de aanspraak van grz wordt zeer gering geacht. Een indicatie voor grz wordt altijd vastgesteld via het geriatrisch assessment, uitgevoerd door een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde. Dat maakt dat de indicatie passend is bij de zorg waarop de verzekerde is aangewezen.

#### *Gesuperviseerde oefentherapie bij COPD*

De aanpassing in de aanspraak op oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut voor patiënten met COPD leidt niet tot extra regeldruk. Er is zelfs sprake van enige regeldrukwinst, omdat zorgverzekeraars als gevolg van de wijziging niet meer het aantal behandelingen bij hoeven te houden. De winst is beperkt, aangezien het grotendeels gaat om verwerkingen middels geautomatiseerde systemen.

Het risico op fouten en fraude, dan wel overbehandeling, door het verwijderen van de restricties op het maximumaantal behandelingen gesuperviseerde oefentherapie voor patiënten met COPD is gering omdat fysio- en oefentherapeuten overeenkomstig de *KNGF-richtlijn COPD* handelen.

#### *Langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen*

Bij de definitieve toelating tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen gaat het om het voortzetten van zorg die reeds voorwaardelijk tot het

basispakket was toegelaten. Om die reden wordt geen wijziging in de administratieve lasten verwacht.

Het risico op fouten en fraude door aanpassingen in de aanspraken op eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg is gering. Bij de definitieve toelating tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen gaat het om het bestendigen van een voorwaardelijke toelating. Ten tijde van de voorwaardelijke toelating zijn er geen signalen gekomen over fouten en fraude.

#### *Orthodontische hulp*

De verduidelijking met betrekking tot orthodontische hulp geeft geen extra regeldrukeffecten voor burgers, bedrijven, instellingen of professionals. Ook het risico op fouten en fraude door de aanpassing van artikel 2.7, derde lid, van het Bzv wordt zeer gering geacht. In de praktijk voert de kaakchirurg immers al medediagnostiek en medebehandeling bij orthodontische hulp uit.

#### *Domein- en sectoroverstijgende samenwerking*

De systematiek van het verplicht eigen risico wordt door de nieuwe uitzondering op het eigen risico niet gewijzigd. Wel moeten zorgverzekeraars de patiëntengroepsgebonden domein- en sectoroverstijgende afstemming uitzonderen van het eigen risico en hun systemen hierop aanpassen. Zorgverzekeraars geven aan dat het uitvoeren van de uitzondering op het eigen risico aanzienlijk eenvoudiger is dan wanneer op deze zorg wel het eigen risico van toepassing zou zijn. Er is geen sprake van regeldrukeffecten op burgers, zorgaanbieders of professionals.

Deze uitzondering op de toepassing van het eigen risico kent geen verhoging van het risico op fraude. Het risico op fraude wordt als beperkt gezien, omdat het gebruik van de prestatie 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' afhankelijk wordt gesteld van een contractvereiste en de totstandkoming van de beoogde samenwerking de betrokkenheid van meerdere zorgaanbieders en zorgverzekeraars vergt. Een beperkt risico op dubbele bekostiging kan bovendien worden gemitigeerd door de wijze van zorginkoop door zorgverzekeraars en zorgverkoop door zorgaanbieders. Uit de uitzondering op de toepassing van het eigen risico komen geen nieuwe of grotere risico's op fraude voort.

#### *Advies ATR*

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het geen additionele gevolgen voor de regeldruk heeft.

### **5. Toezicht en handhaving**

De NZa heeft op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) de taak om toe te zien op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Voor de wijzigingen in het basispakket 2025 geldt dat de NZa geen ander toezicht of handhaving hoeft in te richten dan thans het geval.

## **6. Consultatie**

Het ontwerpbesluit is voorgelegd aan de NZa, het Zorginstituut en ZN. Naar aanleiding hiervan is het woord 'fysiotherapie' aangepast naar 'fysio- en oefentherapie' in artikel 2.6. De reden hiervoor is dat als alleen fysiotherapie genoemd wordt, er regelmatig door zorgprofessionals gedacht wordt dat oefentherapeuten niet bevoegd en bekwaam zijn tot het uitvoeren van de zorg genoemd in dit lid. Met de toevoeging kan dit worden verholpen.

Van internetconsultatie is afgezien omdat deze consultatie naar verwachting niet zou leiden tot een inhoudelijke aanpassing van het ontwerpbesluit. Het betreft een beperkt aantal wijzigingen die bovendien ten voordele van burgers zijn. In het kader van de duiding en advisering door het Zorginstituut zijn belangenorganisaties van onder meer patiënten en zorgaanbieders al geconsulteerd. Zorgverzekeraars zijn via ZN geraadpleegd.

### **Artikelsgewijs**

#### *Artikel I*

##### Onderdeel A

De aanspraak op grz is verruimd door het laten vervallen van een aantal voorwaarden. Er hoeft geen sprake meer te zijn van afgenomen leer- en trainbaarheid bij de cliënt. Eveneens is niet meer vereist dat de zorg moet zijn gericht op terugkeer naar huis. Bij aanvang van de behandeling zal er wel de verwachting moeten zijn dat de verzekerde functioneel herstelt en weer in de maatschappij zal kunnen participeren. Het daadwerkelijk realiseren van dit doel is niet verlangd voor vergoeding van grz. Verder kan grz ook direct ambulante worden ingezet en hoeft de verzekerde niet eerst te hebben verbleven in een instelling voor medisch-specialistische zorg. Tot slot is grz niet meer beperkt tot maximaal zes maanden.

##### Onderdeel B

In het zesde lid van artikel 2.6 van het Bzv zijn de beperkingen van de aanspraak op gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in stadium II of hoger van de GOLD Classificatie komen te vervallen. Het aantal behandelingen en de termijn waarbinnen de behandelingen plaatsvinden zijn niet meer begrensd.

Met het invoegen van een nieuw achtste lid in artikel 2.6 van het Bzv is langdurige gepersonaliseerde actieve fysiotherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut bij volwassen patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen in het dagelijks leven toegevoegd aan de aanspraak op fysio- en oefentherapie. Deze behandeling valt vanaf de eerste behandeling in het basispakket en de duur van de behandeling is niet gemaximeerd.

##### Onderdeel C

Alleen als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel valt orthodontische hulp onder het basispakket. Dit komt na

inwerkingtreding van voorliggend besluit in artikel 2.7, derde lid, van het Bzv tot uitdrukking door het vereiste van medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt verleend door een kaakchirurg.

#### Onderdeel D

In onderdeel D zijn de kosten van domein- en sectorspecifieke samenwerking uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Uiteraard gaat het daarbij slechts om samenwerkingskosten die te beschouwen zijn als zorg of overige diensten die onder de dekking van een zorgverzekering vallen. Andere samenwerkingskosten kunnen niet voor rekening van het verplicht eigen risico worden gebracht, en hoeven diensgevolge daar ook niet van uitgezonderd te worden.

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, is de door de NZa geformuleerde betaaltitel voor samenwerkingsvormen ruim. De voorwaarden die de NZa hanteert, zijn als volgt:

1. Het moet gaan om kosten die aanbieders van Zvw-zorg maken voor samenwerking met andere Zvw-aanbieders of met derden, zoals aanbieders van jeugdhulp of maatschappelijke ondersteuning.
2. De samenwerking is niet specifiek gericht op individuele verzekerden, maar staat ten dienste van de hulpverlening aan groepen verzekerden. De kosten van samenwerking ten behoeve van individuele verzekerden zijn verdisconteerd in de tarieven voor de prestaties die de aanbieders voor die individuele verzekerden in rekening kunnen brengen, en komen derhalve langs andere weg tot uitbetaling. Een en ander laat overigens onverlet dat het een samenwerkingsverband niet verboden is om op de casuïstiek van een individuele verzekerde in te gaan, bijvoorbeeld om te kunnen bespreken hoe de samenwerking voor die verzekerde en vergelijkbare verzekerden verbeterd zou kunnen worden.
3. De samenwerking beoogt direct bij te dragen aan de levering van de verzekerde zorg of overige diensten. Hiermee wordt bedoeld dat de samenwerking rechtstreeks ten goede komt aan de groep(en) verzekerden waarop zij is gericht.
4. Aan de samenwerking ligt een contract tussen de betrokken Zvw-aanbieders en de zorgverzekeraar(s) ten grondslag.

Met uitzondering van de vierde voorwaarde, zijn deze voorwaarden in de verwoording van de nieuwe uitzondering op het verplicht eigen risico opgenomen. De vierde voorwaarde hoefde niet opgenomen te worden. Immers, indien een zorgaanbieder samenwerkingskosten wegens het ontbreken van het hier bedoelde contract niet mag declareren, zullen deze kosten ook niet voor rekening van het eigen risico van een verzekerde kunnen worden gebracht.

Opgemerkt wordt dat de formulering van de nieuwe uitzonderingsgrond het mogelijk maakt om 'Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg' (hierna: ADZ) van het verplicht eigen risico uit te zonderen indien en voor zover deze diensten tevens zien op niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking tussen aanbieders of tussen aanbieders en derden. Op dit moment gaat het daarbij alleen om ADZ voor Parkinsonzorg, een prestatie die de NZa in artikel 4 van haar 'Beleidsregel Adz-ondersteuning van Parkinsonzorg' (BR/REG-23148, Stcrt. 2022, 29356) heeft omschreven.

## Onderdeel E

Met voorliggende wijziging worden de kosten van de domein- en sectorspecifieke samenwerking als bedoeld in art. 2.17, eerste lid, onderdeel i, van het Bzv ook van het vrijwillig eigen risico uitgezonderd.

### *Artikel II*

De aanpassingen die met dit besluit zijn aangebracht in het basispakket en de uitzonderingen op het eigen risico, gelden vanaf 1 januari 2025.

De Minister voor Medische Zorg,