

Vergaderjaar 2024–2025

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1294

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 mei 2025

In Nederland heeft iedere verzekerde, ongeacht leeftijd, inkomen of gezondheidstoestand, aanspraak op zorg uit de basisverzekering. Het uitgangspunt is dat zorg alleen wordt vergoed als zorgpartijen zoals beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars het erover eens zijn dat deze zorg effectief is. De basisverzekering sluit zo aan bij wat beschouwd wordt als goede en effectieve zorg door de partijen én de meest actuele ontwikkelingen en inzichten uit de medische wetenschap. Het basispakket kent daarom geen gedetailleerde lijst van aanspraken, maar sluit aan bij wat beschouwd wordt als goede en effectieve zorg door de partijen. Dit wordt ook wel het «open gedeelte» van het basispakket genoemd. Ongeveer 90% van de verzekerde zorg behoort tot dit open gedeelte.

Op sommige vormen van zorg is de aanspraak echter beperkt: dit betreft het «gesloten gedeelte» van het basispakket. Dit geldt voor bijvoorbeeld paramedische zorg en dure geneesmiddelen. Wijzigingen van deze aanspraken vereisen aanpassing van regelgeving.

Ook kijken we natuurlijk altijd waar de effectiviteit van de zorg kan en moet worden verbeterd, zodat de zorg voor iedereen ook in de toekomst toegankelijk blijft. In het kader hiervan zet ik ook in op het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB). Over de stand van zaken van VVTB informeer ik u begin juni in een aparte brief.

Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport, over de voorgestelde wijzigingen in het basispakket met ingang van 1 januari 2026. Deze hang ik tegelijk met deze brief bij uw Kamer en de Eerste Kamer voor. Daarnaast ga ik in op andere ontwikkelingen die relevant zijn voor het basispakket. Het betreft de onderstaande punten.

1. Wijzigingen in het basispakket per 1 januari 2026:

- A. Het uitbreiden van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken van maximaal één, naar maximaal drie programma's per jaar.
- B. Het definitief toelaten tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij verzekerden met axiale spondyloartritis die ernstige functionele beperkingen hebben.
- C. Het uitzonderen van het verplicht eigen risico voor het meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de geestelijke gezondheidszorg (verder: ggz)) en het meedenkadvis.
- 2. Ontwikkelingen trajecten hulpmiddelen
 - A. Stand van zaken vergoeding hardware spraakcomputers
 - B. Stand van zaken vergoeding kinderbrillen
 - C. Stand van zaken toereikendheid vergoeding van haarwerken
- 3. Eiceldonatie
- 4. Multiple sclerose-zorg in Nederland – reactie op motie El Abassi/Ouwehand
- 5. Ontwikkelingen in voorwaardelijke toelating en de Subsidieregeling veelbelovende zorg

1. Wijzigingen in het basispakket per 1 januari 2026

A. Het uitbreiden van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken van maximaal één, naar maximaal drie programma's per jaar.

Tijdens het debat over Burgerinitiatief Nicotinee op 12 december 2024 informeerde het lid Dobbe naar de mogelijkheid meerdere stoppen-met-rokenprogramma's te volgen in een jaar. De gesprekken die daarover al enige tijd werden gevoerd, hebben hiermee gevolg gekregen.

Sinds 2011 maakt zorg bij stoppen met roken deel uit van het basispakket. In de loop van de jaren is echter gebleken dat de beperking tot maximaal één programma per jaar leidt tot minder effectieve zorg voor mensen die willen stoppen met roken. Het blijkt effectiever te zijn als een verzekerde snel na een terugval het stopproces onder begeleiding kan voortzetten, dan als er langere tijd tussen deze terugval en de het vervolgen van het stopproces zit. Als de ondersteuning vrijwel direct kan worden vervolgd, zijn veel hogere percentages «nog steeds succesvol gestopt na 1 jaar» te zien. Om deze reden ben ik van plan het basispakket aan te passen.

B. Het definitief toelaten tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij verzekerden met axiale spondyloartritis die ernstige functionele beperkingen hebben.

De inzet van langdurige gepersonaliseerde actieve oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut, is per 1 oktober 2019 voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket¹ voor verzekerden met axiale spondyloartritis (axSpA) met ernstige functionele beperkingen.² Door deze aandoening zijn verzekerden vaak niet in staat om basale dagelijkse activiteiten zelf uit te voeren, of hebben ze hulp nodig bij activiteiten zoals zelfverzorging, opstaan en het verplaatsen binnen- en buitenshuis.

Tijdens de periode van voorwaardelijke toelating is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze interventie. Dit onderzoek is op 1 januari 2024 afgerond. Op basis daarvan heeft het Zorginstituut geoordeeld dat

¹ Artikel 2.2, eerste lid, aanhef en onderdeel e, van de Regeling zorgverzekering.

² Deze beperkingen worden veroorzaakt door beschadiging van gewrichten, aanhoudende hoge ziekteactiviteit, complicaties van de axSpA, complicaties van de behandeling, of comorbiditeit(en).

deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en geadviseerd deze voorwaardelijke toelating om te zetten in een definitieve toelating. Ik ben van plan het advies van het Zorginstituut³ op te volgen en het basispakket hiertoe te wijzigen.

C. Het uitzonderen van het verplicht eigen risico voor het meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de ggz) en het meedenkadvies.

Het inroepen van advies van een andere zorgverlener, zowel in de vorm van een verkennend gesprek ggz als in een andere vorm, draagt eraan bij dat er doelgerichter wordt doorverwezen en onnodige doorverwijzingen worden voorkomen. De huisarts kan in een eerder stadium namelijk al afstemmen met een medisch specialist of andere zorgverlener welke zorg de patiënt nodig heeft, zonder dat deze daarvoor naar het ziekenhuis of de ggz-aanbieder hoeft. Dit is prettiger voor de patiënt én vermindert de druk op de keten. Iemand komt zo sneller op de juiste plek terecht.

In het IZA is afgesproken om de verkennende gesprekken in de ggz breed toegankelijk te maken en uit te sluiten van het eigen risico. Ik ben van plan hiervoor het basispakket te wijzigen, maar zal dit breder doen. Ook andere vormen van door een huisarts gevraagd advies teneinde de patiënt een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing te kunnen bieden – zoals het meedenkadvies – zullen van het verplicht eigen risico worden uitgezonderd.

2. Vergoeding hulpmiddelen

A. Stand van zaken vergoeding hardware spraakcomputers

Ik heb uw Kamer het afgelopen jaar in de beantwoording van Kamer-vragen en -brieven meegenomen over de uitvoering van de motie-Westerveld.⁴ Deze motie verzoekt de regering over het opnemen in protocollen dat hardware van spraakcomputers altijd vergoed moeten worden. Ik ben de afgelopen periode met de veldpartijen en het Zorginstituut in gesprek gebleven om de knelpunten rondom de vergoeding van hardware bij spraakcomputers op te lossen. Verkend is of de aanspraak aangepast zou moeten worden voor de groep mensen die nu geen passend en adequaat spraakhulpmiddel toegewezen kan krijgen. Dit blijkt niet nodig.

Het Zorginstituut heeft de aanspraak verduidelijkt en dit gedeeld met partijen. Het Zorginstituut maakt onderscheid tussen reguliere computers en tablets met spraaksoftware en geïntegreerde spraakcomputers. Het Zorginstituut geeft aan dat een verzekerde met een spraakfunctiestoornis en bijkomende functiestoornissen in bepaalde gevallen ook de geïntegreerde spraakcomputer vergoed kan krijgen. Om objectief te kunnen beoordelen op welk spraakhulpmiddel een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen, hebben veldpartijen het Functioneringsgerichte indicatiestelling protocol opgesteld. Dit protocol wordt sinds 1 januari 2025 gebruikt.

Voor patiënten met een spraakfunctiestoornis zou de verheldering van de aanspraak door het Zorginstituut moeten betekenen dat zij een passend spraakhulpmiddel vergoed kunnen krijgen door de zorgverzekeraar. De beoordeling over welk spraakhulpmiddel een verzekerde nodig heeft, blijft echter in alle gevallen een individuele beoordeling.

³ Kamerstuk 31 765, nr. 853.

⁴ Kamerstuk 36 410 XVI, nr. 56.

B. Stand van zaken vergoeding kinderbrillen

Eind 2024 heeft uw Kamer een amendement⁵ aangenomen over de verstrekking van brillen aan kinderen die deze niet vergoed krijgen uit het basispakket. Het amendement is gericht op een tegemoetkoming aan ouders of verzorgers die de kosten van een bril voor hun kind(eren) niet kunnen dragen. Momenteel werk ik aan de uitvoering van het amendement, door het beschikbaar stellen van financiële middelen⁶ aan twee instellingen, namelijk het Nationaal Fonds Kinderhulp en het Jeugdeducatiefonds. Via deze instellingen kan een tegemoetkoming worden verstrekt voor de kosten van een bril voor kinderen.

Ik vind het belangrijk dat alle kinderen in Nederland, ongeacht de financiële situatie van hun ouders, toegang hebben tot een bril als dat noodzakelijk is. Goed zicht is namelijk essentieel voor de ontwikkeling van kinderen. Daarom ben ik in gesprek met veldpartijen, onderzoeksinstituten en het Zorginstituut om te bezien of de huidige aanspraak op kinderbrillen herzien moet worden. De eerste stap hierbij is dat we samen de benodigde data en informatie in kaart brengen. Daarna zal ik bepalen welke oplossing het beste past bij deze problematiek. Dit zal overigens niet leiden tot aanpassing van het basispakket zoals dat in het jaar 2026 zal gelden. Ik zal uw Kamer informeren over de voortgang van dit traject.

C. Stand van zaken over de toereikendheid van de vergoeding van haarwerken

Zoals ik uw Kamer vorig jaar heb geïnformeerd, heb ik het Zorginstituut verzocht om onderzoek te doen naar de huidige vergoeding en vergoedingssystematiek van haarwerken.⁷ Voor haarwerken waarop een verzekerde aanspraak kan maken vanuit het basispakket geldt namelijk een maximumvergoeding van € 482,50 voor 2025. Dit bedrag zou mogelijk niet toereikend zijn om een adequaat haarwerk aan te schaffen.⁸

Het Zorginstituut heeft op 9 mei 2025 het advies over de toereikendheid van de vergoeding van haarwerken opgeleverd. Bijgaand treft u het advies «Passende vergoeding en vergoedingssystematiek haarwerken in de Zvw».

In het advies concludeert het Zorginstituut dat de huidige maximumvergoeding niet toereikend is om een passend en adequaat haarwerk aan te schaffen. Daarnaast blijft de maximumvergoeding achter bij de prijsontwikkeling van haarwerken, waardoor de eigen betaling toeneemt. Het Zorginstituut adviseert daarom om de huidige maximumvergoeding te verhogen en andere maatregelen te nemen die de toereikendheid van de vergoeding van haarwerken bevorderen. Ik vind het van belang dat verzekerden toegang hebben tot de een passend haarwerk, als ze daar recht op hebben. Een toereikende vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet is daarvoor nodig. Er is echter onvoldoende financiële ruimte om dit advies mee te laten lopen in de huidige pakketcyclus. Ik ben van plan om dit advies mee te laten lopen in de pakketcyclus van volgend jaar, waarbij ik opnieuw op zoek ga naar financiële dekking.

⁵ Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 136.

⁶ In lijn met het amendement is € 125.000 per instelling beschikbaar.

⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 1250.

⁸ Eigen betalingen voor hulpmiddelgebruikers: een vragenlijstonderzoek. | Nivel (12 december 2023).

3. Eiceldonatie

In 2023 adviseerde het Zorginstituut om eiceldonatie als te verzekeren zorg in het basispakket op te nemen. Het Zorginstituut adviseerde om daarbij te overwegen een beperking op te nemen om eiceldonatie in landen waar anonieme of commerciële eiceldonatie is toegestaan, niet te vergoeden⁹, ¹⁰. Afgelopen jaar schreef de Minister voor Medische Zorg uw Kamer dat er nog geen uitspraak gedaan kon worden over het opnemen van eiceldonatie in het basispakket. Er was namelijk meer tijd nodig om uit te werken of een beperking juridisch houdbaar is¹¹. De mogelijkheden en juridische consequenties heb ik inmiddels in kaart gebracht.

Het blijkt niet mogelijk om eiceldonatie in het buitenland uit te sluiten van vergoeding, als er gebruik wordt gemaakt van anonieme of commerciële eiceldonatie. Een dergelijke beperking is niet verenigbaar met Europese wet- en regelgeving. Het opnemen van eiceldonatie in het basispakket zonder een beperking voor eiceldonatie met anonieme of commercieel gedoneerde eicellen is echter ook niet wenselijk. Hiermee zou het gebruik van anonieme en/of commercieel gedoneerde eicellen via het basispakket worden gefaciliteerd. Het basispakket wordt daarom niet uitgebreid met eiceldonatie.

Daarnaast heb ik op verzoek van uw Kamer¹² onderzocht of het mogelijk is om het gehele *in vitro* fertilisatie-traject (ivf-traject) bij de wensmoeder uit te sluiten van vergoeding, als er gebruik gemaakt wordt van anoniem gedoneerde zaad- of eicellen. Het blijkt voor zorgverzekeraars niet mogelijk om te controleren of er tijdens een ivf-traject in het buitenland gebruik wordt gemaakt van een anonieme donor. Het is daarom niet uitvoerbaar om een beperking op te nemen waarmee het gehele ivf-traject bij de wensmoeder uit wordt gesloten van vergoeding.

4. Multiple sclerose-zorg in Nederland – reactie op motie El Abassi/Ouwehand

Op 5 november 2024 heeft uw Kamer de motie El Abassi/Ouwehand (DENK/PvdD) aangenomen¹³. Deze motie verzoekt de regering de behandel mogelijkheden voor MS-patiënten in Nederland uit te breiden, zodat zij niet langer afhankelijk zijn van zorg in het buitenland. Deze wens wordt al langer door uw Kamer gedeeld. Eind 2022 is er een mooie stap gezet: het Zorginstituut heeft toen bepaald dat stamceltransplantatie voor een specifieke groep patiënten met zeer actieve relapsing remitting MS (RRMS) een effectieve behandeling is. Sindsdien wordt de behandeling voor deze groep patiënten aangeboden en vergoed uit het basispakket. In de beantwoording van recente vragen van uw Kamer ben ik verder ingegaan op deze behandeling, de toepassing bij MS in Nederland en de evaluatie die het Zorginstituut op dit moment uitvoert¹⁴. De recente Kamervragen over MS-zorg in Nederland, als ook het aannemen van deze motie, zie ik als een blijvende aanmoediging aan het zorgveld om met

⁹ Advies uitbreiding basispakket met eiceldonatie | Advies | Zorginstituut Nederland.

¹⁰ In Nederland is het sinds de inwerkingtreding van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) in juni 2004 niet mogelijk om bij een fertiliteitsbehandeling gebruik te maken van geslachtscellen van anonieme donoren. Hiermee is het recht op afstammingsgegevens in Nederland geborgd. Ook is in Nederland geborgd dat sperma- en eiceldonatie geen financieel voordeel mag opleveren.

¹¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1250, p. 10.

¹² Verzoek van verschillende partijen tijdens het Schriftelijk Overleg over de Stand van zaken aangenomen moties naar aanleiding van de mondelinge behandeling van de wijziging Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) Kamerstukken II 2023/24, 35 870, nr. 30.

¹³ Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 90.

¹⁴ *Aanhangsel Handelingen II* 2024/25, nr. 2152.

elkaar stappen te blijven zetten. Het blijft namelijk wel aan de zorgprofessionals zelf om te bepalen wat de beste zorg is voor (groepen) patiënten, zo ook bij MS. Zoals ik in de inleiding heb benoemd, is hierbij het uitgangspunt dat er sprake moet zijn van goede en effectieve zorg, welke aansluit bij de meest actuele ontwikkelingen en inzichten uit de medische wetenschap.

5. Stand van zaken huidige trajecten in Voorwaardelijke Toelating en Subsidieregeling veelbelovende zorg

Jaarlijks informeer ik uw Kamer over de stand van zaken met betrekking tot de voorwaardelijke toelating (VT) en de Subsidieregeling veelbelovende zorg (VeZo). Bijgaand treft u de voortgangsrapportage van VT en VeZo voor het kalenderjaar 2024. Het Zorginstituut beschrijft hierin de voortgang van de lopende VT-trajecten en de Subsidieregeling VeZo. Hieronder stel ik u op de hoogte van de belangrijkste punten uit de voortgangsrapportage. Voor de duidelijkheid wijs ik erop dat de Subsidieregeling VeZo eindigt per 1 januari 2026.¹⁵

Voortgang trajecten Voorwaardelijke Toelating

Per 1 januari 2012 is de 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 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.

In 2024 liepen er acht VT-trajecten, waarvan er in dat jaar drie trajecten zijn afgerond:

- *Standpunt Arteria Pulmonalis (PA) telemonitoring bij patiënten met chronisch hartfalen.*
Naar aanleiding van het aflopen van dit VT-traject heeft het Zorginstituut op 16 mei 2024 een uitspraak gedaan over PA-telemonitoring bij patiënten met chronisch hartfalen. Het Zorginstituut is tot de conclusie gekomen dat PA-telemonitoring voor deze patiënten voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Per 14 mei 2024 kan deze zorg ten laste van de basisverzekering worden gebracht.
- *Advies gesuperviseerde oefentherapie bij ernstige reumatoïde artritis.*
Op 27 februari 2024 heeft het Zorginstituut een positief advies uitgebracht over langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met reumatoïde artritis en ernstige functionele beperkingen. Dit advies is overgenomen. Daardoor is deze zorg vanaf 1 januari 2025 definitief als aanspraak opgenomen in het basispakket.
- *Advies gesuperviseerde oefentherapie bij ernstige axiale spondyloartritis.*
Op 14 mei 2024 heeft het Zorginstituut ook een positief advies uitgebracht over langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij patiënten met axiale spondyloartritis en ernstige functionele beperkingen. In punt 1.B van deze brief ga ik in op dit advies.

De Covid-19 pandemie heeft een negatieve invloed gehad op de voortgang van meerdere VT-trajecten. Als gevolg hiervan adviseert het Zorginstituut om de duur van het traject «*Hypertherme intraperitoneale*

¹⁵ *Aanhangsel Handelingen II 2024/25, nr. 1524, p.2*

chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom» met 24 maanden te verlengen tot 1 januari 2029 en de duur van het VT traject «Blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur- voor de behandeling de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies» met 3 maanden te verlengen tot 1 april 2027. Ik ben van plan aan het advies van het Zorginstituut gevolg te geven door deze VT-regelingen te verlengen.

Voortgang en beëindiging Subsidieregeling VeZo

Met de Subsidieregeling VeZo 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 Zorginstituut over opname van de behandeling in het basispakket. De eerste onderzoeksresultaten via de subsidieregeling worden voor de zomer verwacht. Hierna zal het Zorginstituut binnen 6 maanden een duiding doen en een standpunt uitbrengen. Bij een positief advies stroomt de zorg automatisch het pakket in.

In 2024 waren er 28 projecten in uitvoering. Er zijn in 2024 vijf nieuwe subsidies voor projecten verleend:

- CAR T-celtherapie bij patiënten met multipel myeloom;
- Zenuwchirurgie (Targeted Muscle Reinnervation) bij patiënten met perifeer vaatlijden die een amputatie van het been moeten ondergaan;
- Trombectomie bij patiënten met een hoog risico longembolie;
- Koud plasmatherapie bij een diabetische voetwond of een veneuze beenwond; en
- Neusdruppels met stamcellen bij pasgeborenen met hersenschade.

In 2024 is in totaal € 25,5 miljoen aan nieuwe subsidies verleend. Er is daarmee, net als in vorige jaren, sprake van onderbesteding van de subsidieregeling. Het subsidieplafond voor 2025 is daarom verlaagd van € 69 miljoen naar € 39 miljoen. De subsidieregeling eindigt met ingang van 1 januari 2026. Alle lopende onderzoeken worden volgens planning afgerond.

Ik ben blij dat we met deze wijzigingen van het basispakket de zorg toegankelijker maken. Ik zie ernaar uit om deze brief en de concept amvb met uw Kamer te bespreken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M-F. Agema