

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Het op grond van een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te verzekeren pakket (verder Zvw-pakket) wordt ieder jaar herzien. Voorliggende wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bevat met ingang van 1 januari 2026 de volgende wijzigingen in dat pakket:

- de aanspraak op zorg bij stoppen met roken is uitgebreid;
- het pakket is definitief uitgebreid met langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie voor patiënten met axiale spondyloartritis (hierna: axSpA) indien de verzekerde ernstige functionele beperkingen heeft;
- de kosten van zogenoemde 'meekijkconsulten en meedenkadvisen' waaronder ook het verkennend gesprek in de ggz zijn uitgezonderd van het verplicht eigen risico.

Deze wijzigingen worden hierna toegelicht.

Tot slot is een uitzondering op het verplicht eigen risico geschrapt die zinledig was geworden omdat de uitgezonderde zorg al sinds 1 januari 2024 geen onderdeel meer uitmaakt van het Zvw-pakket.

2. Wijzigingen in het basispakket 2026

2.1 Uitbreiding van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken

Sinds 2011 maakt zorg bij stoppen met roken deel uit van het basispakket. De huidige aanspraak op zorg bij stoppen met roken is vormgegeven naar aanleiding van het advies van het College voor Zorgverzekeringen (de voorloper van Zorginstituut Nederland, hierna 'Zorginstituut') uit 2009.¹ In dat advies is het volgende opgenomen: *“Rokers hebben vaak meerdere pogingen nodig voordat zij uiteindelijk met succes stoppen met roken. Een stoppoging bij een zware roker duurt zo’n 8 weken en na het mislukken heeft de roker vaak enige tijd nodig om weer opnieuw een poging te doen. Vanuit een oogpunt van kostenbeheersing en omdat een roker na een mislukte poging enige tijd nodig heeft om de motivatie op te brengen een nieuwe poging te doen, kan het CVZ zich voorstellen dat de minister beperkingen aanbrengt in de te omschrijven aanspraak.”* In het kader hiervan heeft de Minister destijds bepaald dat één keer per kalenderjaar een stoppen-met-roken-programma kan worden gevolgd. Dat is tot op heden het geval.

Inmiddels is het aanbod van stoppen-met-rokenprogramma's geprofessionaliseerd. Zo zijn er, in de Zorgstandaard Tabaksverslaving, kaders opgesteld over goede zorg bij stoppen met roken. In de loop van de jaren is bovendien gebleken dat de beperking tot maximaal één programma per jaar leidt tot minder effectieve zorg voor mensen die willen stoppen met roken. Het blijkt namelijk effectiever te zijn als iemand snel na een terugval het stopproces onder begeleiding voortzet, dan indien 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.² Om deze reden is, na afstemming met zorgverzekeraars, kennisinstituut Trimbos, aanbieders van stoppen-met-rokenprogramma's en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), bepaald dat een verzekerde met ingang van 1 januari 2026 maximaal driemaal per jaar een stoppen-met-rokenprogramma kan volgen.

Overigens zal het in werkelijkheid niet vaak voorkomen dat in eenzelfde kalenderjaar meer dan twee stoppen-met-rokenprogramma's worden gevolgd, omdat een programma al gauw een paar maanden duurt. Alleen in uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld in het geval van een verhuizing of zwangerschap, zal een derde programma aan de orde zijn.

¹ [Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg! | Advies | Zorginstituut Nederland](#).

² Dit is op basis van bijgehouden stoppercentages van de stoppen-met-roken aanbieders.

2.2 Uitbreiding van het pakket met langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij axSpa, indien de verzekerde ernstige functionele beperkingen heeft

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 axSpA, indien de verzekerde patiënt ernstige functionele beperkingen heeft. De voorwaardelijke toelating eindigt per 1 januari 2026 (artikel 2.2, eerste lid, aanhef en onder e, van de Regeling zorgverzekering; hierna: Rzv).

Het onderzoek is inmiddels afgerond en het Zorginstituut heeft op 16 mei 2024 advies uitgebracht.³ Het Zorginstituut stelt vast dat langdurige gepersonaliseerde actieve oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut voor volwassenen met axSpA die ernstige functionele beperkingen in het dagelijks leven hebben⁴, voldoet aan het wettelijk criterium de 'stand van de wetenschap en praktijk' (artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering; hierna: 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 maximaal aantal behandelingen is ingegeven door het beloop van de klachten bij patiënten met axSpA en 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 en kan het behandeltraject langer dan 52 weken duren.

Conform het advies van het Zorginstituut is het Bzv zodanig gewijzigd, dat langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie voor patiënten van achttien jaar of ouder met axSpA en ernstige functionele beperkingen behoort tot te verzekeren zorg uit het basispakket.

2.3 Uitzondering van het verplicht eigen risico voor het meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de ggz) en het meedenkadvies

a. Inhoud van de maatregel

Het Zvw-pakket kent een zeer brede dekking tegen kosten van geneeskundige zorg. Het uitgangspunt is dat op alle Zvw-zorg het verplicht eigen risico van toepassing is. Via het eigen risico wordt een relatief beperkt deel van de kosten nadrukkelijk bij de gebruiker van de zorg gelegd. Het eigen risico draagt zo niet alleen bij aan de financiering van de zorg, maar ook aan het kostenbewustzijn van verzekerden, waardoor verzekerden worden gestimuleerd om bewust na te denken over de vraag of het gebruik van zorg noodzakelijk is.

In artikel 2.17 van het Bzv is opgenomen welke kosten van zorg buiten het verplicht eigen risico vallen. Met voorliggende wijziging zijn de kosten van een advies aan de huisarts uitgesloten van het eigen risico indien de huisarts dit heeft gevraagd teneinde de patiënt een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing te kunnen bieden. Dit betreft bijvoorbeeld de expertise van de medisch specialist, ggz-professional, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Ook dient de zorg in rekening te kunnen worden gebracht met de specifieke prestaties die in de prestatie- en tariefbeschikkingen van de NZa zijn opgenomen.

b. Waarom deze zorg uitzonderen van het eigen risico?

De huisarts kan expertise van andere zorgverleners zoals medisch specialisten inroepen om een diagnose te stellen of behandelbeleid te bepalen. In artikel 2.17 van het Bzv is opgenomen dat de kosten van het gebruik van huisartsenzorg buiten het verplicht eigen risico vallen. Het was wenselijk deze uitzondering te verbreden. Met het inbrengen van expertise van andere

³ Kamerstukken II 2023/24, 31765, nr. 853.

⁴ Dit betreft mensen met axSpA die niet in staat zijn tot of hulp nodig hebben bij basale dagelijkse activiteiten (zelfverzorging, lopen, opstaan, transfers en binnen- en buitenshuis verplaatsen).

zorgverleners kan de patiënt een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing worden geboden. Ook draagt deze expertise bij aan het lerend vermogen binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn, waardoor deze ook wordt versterkt. Het is daarmee een belangrijke vorm van samenwerking, waarmee de invulling van de poortwachtersrol van de huisarts wordt versterkt.

Deze raadpleging kan in verschillende vormen plaatsvinden. Er kan sprake zijn van een meekijkconsult. Deze raadpleging kan zowel face-to-face als digitaal plaatsvinden. Er is sprake van direct patiëntcontact met de ingeroepen zorgverlener.

Er kan ook sprake zijn van een meedenkadvis waarbij het gaat om (vaak asynchrone⁵, digitale) consultatie tussen de huisarts en een andere zorgverlener over een patiënt, maar zonder direct patiëntcontact met de ingeroepen zorgverlener. Deze vorm van raadpleging vindt bijvoorbeeld plaats binnen de teledermatologie. Hierbij kan de huisarts beeldmateriaal van een huidafwijking delen met een dermatoloog. De dermatoloog beoordeelt dit materiaal en koppelt de uitslag terug aan de huisarts. Vervolgens bespreekt de huisarts de uitslag met de patiënt.

Het verkennend gesprek is een bijzondere vorm van een meekijkconsult. Bij twijfel over wat de meest passende hulp is voor mensen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen, kan een huisarts een patiënt aanmelden voor het verkennend gesprek. Hierin komen een ggz-professional, een professional uit het sociaal domein en zo vaak mogelijk een ervaringsdeskundige samen met de cliënt om diens hulpvraag te doorgronden. De huisarts is hier niet bij, maar ontvangt wel het advies dat voortkomt uit het verkennend gesprek. Als blijkt dat iemand zorg of een combinatie van zorg en ondersteuning nodig heeft, kan deze zorg verder plaatsvinden in de tweedelijns ggz. Als blijkt dat de patiënt beter is geholpen in het sociaal domein, kan de ondersteuning van daaruit verder opgepakt worden. Door de inzet van het verkennend gesprek komt de cliënt sneller op de juiste plek.

Voor de volledigheid: de zogeheten ‘eerstelijnsdiagnostiek’ blijft onder het verplicht eigen risico vallen omdat dit valt binnen de medisch-specialistische zorg. Onder eerstelijnsdiagnostiek wordt verstaan de diagnostiek (beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek) die wordt verricht op verzoek van een eerstelijnszorgverlener in Nederland – meestal de huisarts of verloskundige.

In artikel 2.18 van het Bzv wordt aangegeven welke zorg is uitgesloten van het vrijwillig eigen risico. De uitzondering van het vrijwillig eigen risico is beperkt tot de kosten van inschrijving bij de huisarts en kosten van niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking.⁶ Omdat kosten voor het meekijkconsult of meedenkadvis wel naar de verzekerde zijn toe te rekenen, wordt deze zorg niet uitgesloten van het vrijwillig eigen risico. Zorgverzekeraars hebben echter wel de mogelijkheid om in hun zorgpolissen op te nemen dat meer zorgvormen buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

3. Financiële gevolgen

3.1 Uitbreiding van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken

De uitbreiding van de aanspraak stoppen met roken leidt naar verwachting niet tot extra kosten. Op grond van cijfers van de branche blijkt dat rokers die zich aanmelden voor begeleiding grote motivatie hebben gevonden om te stoppen. Dat kan door een levensveranderende gebeurtenis komen of andere redenen waarom iemand ‘de knop om zet’ en wil stoppen.

Van de circa 40.000 deelnemers die jaarlijks aan een stoppen-met-rokenprogramma deelnemen, is na afloop het merendeel (70%) succesvol gestopt. Een stopprogramma wordt als geslaagd beschouwd als een roker na 12 maanden nog steeds is gestopt. Dit geldt voor 30% van de deelnemers, als er na terugval (binnen die 12 maanden) geen nieuw programma kan worden

⁵ Asynchrone consultatie is contact waarbij de communicatie niet gelijktijdig verloopt, zoals bijvoorbeeld bij een mailwisseling.

⁶ Dit betreft de kosten die met ingang van 2025 zijn opgenomen in het artikel 2.18, derde lid, van het Bzv.

begonnen. Indien direct volgend op een terugval een aanvullende ondersteuning kan worden geboden, slaagt de helft van deze groep terugvallers er alsnog in om na 12 maanden rookvrij te zijn. Voor de totale groep verhoogt dat het stopsucces na 12 maanden naar 50%. Echter, als een verzekerde langer moet wachten door de beperking in de aanspraak komt het grootste gedeelte later alsnog in zorg terug, maar dan met een volledig herstelde verslaving en daarmee weer het reguliere stopsucces van 30%. Voor veel stoppers is een terugval ook een leermoment om voor een volgende keer nog beter beslagen ten ijs te komen.

Er is in de praktijk geen noodzaak om te wachten, het blijkt dat het volgen van een stoppen-met-rokenprogramma voor mensen een hele stap is geweest waar zij erg voor gemotiveerd zijn. Door een tweede programma, en in uitzonderlijke gevallen een derde programma, mogelijk te maken ontstaat de kans om met een hoge motivatie en stopsucces de begeleiding door te zetten. Niet per jaar, maar over een aantal jaar bezien, leidt dat niet tot meer mensen die stoppen-met-rokenzorg ontvangen, maar wel tot programma's die effectiever kunnen worden aangeboden met een hoger stopsucces. Daardoor zijn op populatieniveau minder programma's nodig om hetzelfde aantal succesvolle stoppers te bereiken.

3.2 Uitbreiding van het pakket met langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij axSpa, indien de verzekerde ernstige functionele beperkingen heeft

De uitbreiding van de aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie met de interventie 'langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie' ter behandeling van patiënten met axSpA en ernstige functionele beperkingen leidt tot extra uitgaven van circa € 1,1 miljoen in 2026 oplopend naar € 1,7 miljoen structureel vanaf 2028. Deze raming is gebaseerd op de budgetimpactanalyse van het Zorginstituut.

3.3 Uitzondering meekijkconsult en meedenkadvies van het verplicht eigen risico

Het uitzonderen van het verkennend gesprek ggz van het eigen risico zorgt naar verwachting voor derving in de opbrengsten van het eigen risico. Het kan namelijk zo zijn dat mensen die nu worden verwezen naar zorg in de tweede lijn en waar ze nu eigen risico voor betalen, na inzet van een verkennend gesprek, daar niet meer naar verwezen worden. Voor 2026 is de derving aan eigen risico begroot op € 3,2 miljoen en vanaf 2027 – gelet op de kabinetsvoornemens tot verlaging en tranchering van het eigen risico – op € 1,3 miljoen. Daartegenover staat dat de kosten van de zorg in de ggz dientengevolge zullen dalen.

Specifiek wat betreft het meedenkadvies voor teledermatologie geldt het volgende. Er is reeds een aparte prestatie teledermatologie, waarbij nu het verplicht eigen risico van toepassing is en die door voorliggende wijziging met ingang van 1 januari 2026 is uitgezonderd van het verplicht eigen risico. De totale omvang van teledermatologie was in 2023 € 120.000 euro per jaar (2022: € 110.000). Een deel van deze verzekerden zal het eigen risico echter sowieso volmaken. De verwachte derving in de opbrengst van het eigen risico is zeer minimaal (afgerond € 1.000).

Overige vormen van meekijkconsulten alsmede meedenkadviezen waren reeds uitgezonderd van het verplicht eigen risico omdat dit via de huisartsenzorg liep. Een voorgenomen wijziging in de bekostiging van de zorg zal er echter toe leiden dat het op verzoek van de huisarts inzetten van de expertise van de medisch specialist afzonderlijk gedeclareerd kan worden. Om die reden is het nodig ook deze vorm expliciet uit te zonderen van het eigen risico. Dit leidt niet tot derving van het eigen risico.

4. Regeldruk en fraude

4.1 Uitbreiding van de aanspraak op zorg bij stoppen met roken

De verwachting is niet dat de regeldruk toeneemt door de aanpassing van één naar maximaal drie pogingen per jaar. De verdere systematiek van vergoeding blijft immers gelijk. Er zijn daarmee weinig aanpassingen nodig in de systemen van zorgverzekeraars en zorgverleners.

Er zijn bovendien geen signalen dat stoppen met roken-zorg een fraudegevoelige zorgsoort is. Het verhogen van het aantal programma's per jaar verandert dit niet, aangezien de systematiek hetzelfde blijft.

4.2 Uitbreiding van het pakket met langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij axSpa, indien de verzekerde ernstige functionele beperkingen heeft

Bij de definitieve toelating tot het basispakket van langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie voor patiënten met axSpA en 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 deze aanpassing is gering. Ten tijde van de voorwaardelijke toelating zijn er geen signalen gekomen over fouten en fraude. Bij de definitieve toelating tot het basispakket gaat het om het bestendigen van de voorwaardelijke toelating.

4.3 Uitzondering meekijkconsult en meedenkadvies van het verplicht eigen risico

De systematiek van het verplicht eigen risico wordt door de nieuwe uitzondering op dat eigen risico niet gewijzigd. Wel moeten zorgverzekeraars het meekijkconsult of meedenkadvies uitzonderen van het verplicht eigen risico en hun systemen hierop aanpassen. Voor zorgaanbieders zorgt de uitsluiting van het eigen risico niet voor administratieve lasten.

Uit de uitzondering op de toepassing van het eigen risico komen geen nieuwe of grotere risico's op fraude voort.

4.4 Reactie Adviescollege toetsing regeldruk

Het Adviescollege toetsing regeldruk heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies omdat het geen 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 2026 geldt dat de NZa geen ander toezicht of handhaving hoeft in te richten dan thans het geval.

6. Consultatie en voorhang

6.1 Reacties uit de internetconsultatie

Er zijn vier instemmende reacties gekomen op de internetconsultatie. De internetconsultatie heeft niet geleid tot een aanpassing van dit besluit.

6.2 Reacties van het ZIN, NZa en ZN

Het ontwerpbesluit is voorgelegd aan de NZa, het Zorginstituut en ZN. Uit deze ronde is steun geuit voor de wijzigingen. De consultatie heeft wel geleid tot enkele tekstuele aanpassingen.

6.3 Voorhangprocedure

Het ontwerp van dit besluit is overeenkomstig artikel 124 van de Zvw op P.M. 2025 aan beide Kamers de Staten-Generaal overgelegd (Kamerstukken II 2024/25, P.M.). P.M. bespreking van de uitkomsten van de voorhangprocedure.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Met onderdeel A is het aantal keren per kalenderjaar dat iemand voor rekening van zijn zorgverzekering een stoppen-met-rokenprogramma kan volgen verhoogd van één tot drie keer per kalenderjaar.

Onderdeel B

Met voorliggende wijziging is geregeld dat verzekerden van achttien jaar of ouder die ten gevolge van axiale spondyloartritis ernstige functionele beperkingen ondervinden, voor rekening van hun zorgverzekering recht hebben op door fysio- of oefentherapeuten verleende langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie.

Onderdeel C

Eerste subonderdeel

Sinds 1 januari 2024 valt het structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester (20-wekenecho) niet meer onder de dekking van de zorgverzekering. Sindsdien kan men voor deze zorg terecht bij de Regionale Centra. Toen deze nog tot het Zvw-pakket behoorde, viel de 20-wekenecho buiten het verplicht eigen risico. Vergeten is deze uitzondering op het eigen risico per 1 januari 2024 te schrappen. Met voorliggend besluit is dit alsnog gebeurd.

Tweede subonderdeel

Dit onderdeel zorgt ervoor dat de kosten van meekijkconsulten – waaronder het verkennend gesprek – en meedenkadviezen niet onder het verplicht eigen risico vallen.

Artikel II

De uitbreiding van het aantal malen per kalenderjaar dat een verzekerde een stoppen-met-rokenprogramma mag volgen en van de dekking op het terrein van de fysio- en oefentherapie geldt vanaf 1 januari 2026. Hetzelfde geldt voor het niet meenemen van de kosten van meekijkconsulten en meedenkadviezen voor het verplicht eigen risico.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,