Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,
drs. W.R.C. Sterk
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2025029190

Zorginstituut Nederland
Zorg
Eerstelijnszorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
vragen@zinl.nl

T +31 020 - 797 82 27

Onze referentie
2025029190

Datum 13 maart 2026
Betreft Rapport 'Reablement in de Zvw en de Wlz: verduidelijking van de wet- en regelgeving'

Geachte mevrouw Sterk,

Naar aanleiding van vragen vanuit het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) heeft Zorginstituut Nederland het rapport *Reablement in de Zvw en de Wlz: verduidelijking van de wet- en regelgeving* opgesteld. Reablement is een benadering van zorg en welzijn waarbij het behouden en versterken van eigen regie en zelfredzaamheid centraal staan.

In dit rapport maakt het Zorginstituut inzichtelijk welke ruimte de huidige wet- en regelgeving biedt voor *reablement*. Gezien de rol van het Zorginstituut beperken we ons tot een verduidelijking van de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) en de *Wet langdurige zorg* (Wlz).

We publiceren dit rapport vanwege onze wettelijke taak om heldere en eenduidige uitleg te geven over de omschrijvingen van de te verzekeren prestaties. Met dit rapport dragen wij bij aan de beweging naar passende zorg voor kwetsbare ouderen. Duidelijkheid over wat wel en niet binnen de huidige wet- en regelgeving past is belangrijk om structurele implementatie van reablement in de zorg voor ouderen te bereiken.

Reablement gedachtegoed en reablement interventieprogramma's
Bij zorg volgens het reablement gedachtegoed is er aandacht voor wat mensen willen en kunnen, het motiveren om dingen zelf te doen en het aanleren en trainen van de vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Het reablement gedachtegoed is breed toepasbaar in alle vormen van zorg die ouderen krijgen, onder andere in de wijkverpleging, paramedische zorg en verpleeghuiszorg.

Reablement interventieprogramma's geven invulling aan het gedachtegoed. Deze programma's richten zich meestal op thuiswonende ouderen met een vraag om

verpleging of verzorging. Deze ouderen krijgen gedurende een afgebakende periode een interdisciplinair zorgprogramma waarin naast wijkverpleging vaak ergotherapie en/of fysiotherapie wordt ingezet. Vanwege de focus op zelfredzaamheid krijgen ouderen ook training in functionele vaardigheden als onderdeel van de interdisciplinaire zorg. Het is de bedoeling dat ouderen na het doorlopen van het interventieprogramma langer thuis kunnen blijven wonen, met een goede kwaliteit van bestaan en minder professionele zorg.

Reablement in de Zvw en Wlz

De kaders van de huidige wet- en regelgeving bieden zorgprofessionals de ruimte om te werken volgens het reablement gedachtegoed. Als deze manier van zorg verlenen gezien wordt als de professioneel juiste wijze, kan zorg die onder de Zvw en Wlz valt, geboden worden volgens het reablement gedachtegoed. Voor zorg in de Zvw en Wlz geldt dat een brede analyse van de zorgvraag, het motiveren en instrueren van mensen en het trainen van vaardigheden deel kunnen uitmaken van de zorg. Als de zorgvraag een interdisciplinaire aanpak vereist, vallen de afstemming en coördinatie die hiervoor nodig zijn ook onder de verzekerde zorg. Deelname aan het multidisciplinair overleg door de zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt, kan daarom uit de Zvw en de Wlz worden vergoed.

Veel geneeskundige zorg die belangrijk is voor reablement valt onder de Zvw:
- Wijkverpleging (verpleging en verzorging in de eigen omgeving).
- Ergotherapie, 10 behandeluren per jaar.
- Fysio- en oefentherapie bij indicaties die genoemd staan in artikel 2.6 van het *Besluit zorgverzekering* (Bzv) en bijlage 1 (de 'chronische lijst'). Een deel van deze indicaties zijn aandoeningen en problemen die veel voorkomen bij ouderen:
  - fysio- en oefentherapie bij een aantal specifieke chronische aandoeningen;
  - fysio- en oefentherapie gericht op sneller herstel na ontslag uit het ziekenhuis of een andere zorginstelling;
  - fysio- en oefentherapie als onderdeel van geriatrische revalidatiezorg;
  - valpreventieve beweeginterventie bij ouderen met een kwetsbare gezondheid en een hoog valrisico;
- Diëtetiek, 3 behandeluren per jaar.
- Psychologische zorg in de eerste lijn en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
- Medische zorg door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts voor verstandelijk gehandicapten (arts VG).

Ook de Wlz omvat veel zorg die relevant is voor reablement, bijvoorbeeld verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding en medische zorg door de SO en arts VG. Ook gedragswetenschappelijke en paramedische zorg kunnen vergoed worden vanuit de Wlz als deze deel uitmaken van de integrale zorg of specifieke kennis en vaardigheden vereisen om de doelgroep te behandelen.

Knelpunten voor reablement in de praktijk

Zorgaanbieders en zorgprofessionals benoemen een aantal knelpunten om in de praktijk zorg te bieden volgens het reablement gedachtegoed en reablement interventieprogramma's:

1. De beperkingen die gelden voor vergoeding van paramedische zorg in de Zvw kunnen een belemmering zijn voor de inzet hiervan. Deze beperkingen zijn:

- de limitatieve lijst van aandoeningen en problemen waarvoor fysio- en oefentherapie kunnen worden vergoed.
- de uitsluiting van vergoeding van de eerste 20 behandeluren fysio- en oefentherapie bij een deel van de indicaties.
- het maximale aantal behandeluren ergotherapie dat jaarlijks kan worden vergoed.

2. Het verplicht eigen risico in de Zvw bij paramedische zorg en bij zorg door de SO en de arts VG kan een drempel zijn om deze disciplines te betrekken.
3. De huidige bekostiging is niet toereikend om multidisciplinair overleg goed vorm te geven.

Het Zorginstituut heeft niet onderzocht bij hoeveel kwetsbare ouderen deze belemmeringen een rol spelen.

Mogelijke oplossingen voor bovengenoemde knelpunten
De beperkingen voor het vergoeden van paramedische zorg en het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op politieke keuzes om het basispakket beheersbaar en betaalbaar te houden. Deze keuzes zijn gemaakt toen reablement nog niet in zorgakkoorden werd genoemd. Mogelijk is de plaats die reablement nu heeft in het HLO een aanleiding om deze keuzes te heroverwegen. Bijvoorbeeld om het aantal behandeluren ergotherapie uit te breiden en een aantal behandeluren fysio- en oefentherapie voor ouderen te vergoeden. Een andere optie is aanpassen van het verplicht eigen risico. Het is aan de politiek en uw ministerie om deze keuzes te maken. In dit rapport hebben we geen onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen en gevolgen van deze wijzigingen.

Een aparte aanspraak voor reablement of reablement interventieprogramma's is géén oplossing voor bovengenoemde knelpunten. Want ook met een aparte aanspraak gelden de beperkingen voor de vergoeding van paramedische zorg en het verplicht eigen risico.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) denkt na over een passende bekostiging voor multidisciplinair overleg.

Bevorderen van reablement in de praktijk
Implementatie van reablement in de praktijk hangt niet alleen af van hoe reablement geregeld is in de Zvw en Wlz. Ook aansluiting met het sociaal domein is essentieel voor reablement. In het sociaal domein wordt al veel gedaan om gezonde leefstijl en zelfredzaamheid te stimuleren. Het aanbrengen van samenhang in ondersteuning en zorg in de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo), Zvw en Wlz draagt bij aan een meer toekomstbestendige organisatie van ondersteuning en zorg. Domeinoverstijgende samenwerking en inkoop en bekostiging van ondersteuning en zorg helpen daarbij.

Tenslotte willen we benadrukken dat reablement meer is dan alleen reablement interventieprogramma's. Passende ouderenzorg vereist in veel gevallen reablement in de zin van aandacht voor het versterken van eigen regie, zelfredzaamheid en samenredzaamheid. Het is daarom belangrijk dat alle partijen zich blijven inzetten op het toepassen van het reablement gedachtegoed in alle zorg en ondersteuning voor ouderen.

Reablement interventieprogramma’s kunnen een vliegwiel zijn voor het werken volgens het reablement gedachtegoed in de gehele ouderenzorg. Daarom vinden wij het belangrijk dat alle overheidspartijen doen wat ze kunnen om knelpunten op te lossen. Deze programma’s moeten we samen breed toegankelijk maken voor alle kwetsbare ouderen die hier baat bij kunnen hebben.

Hoogachtend,

M.J. Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg
Eerstelijnszorg

Datum
13 maart 2026

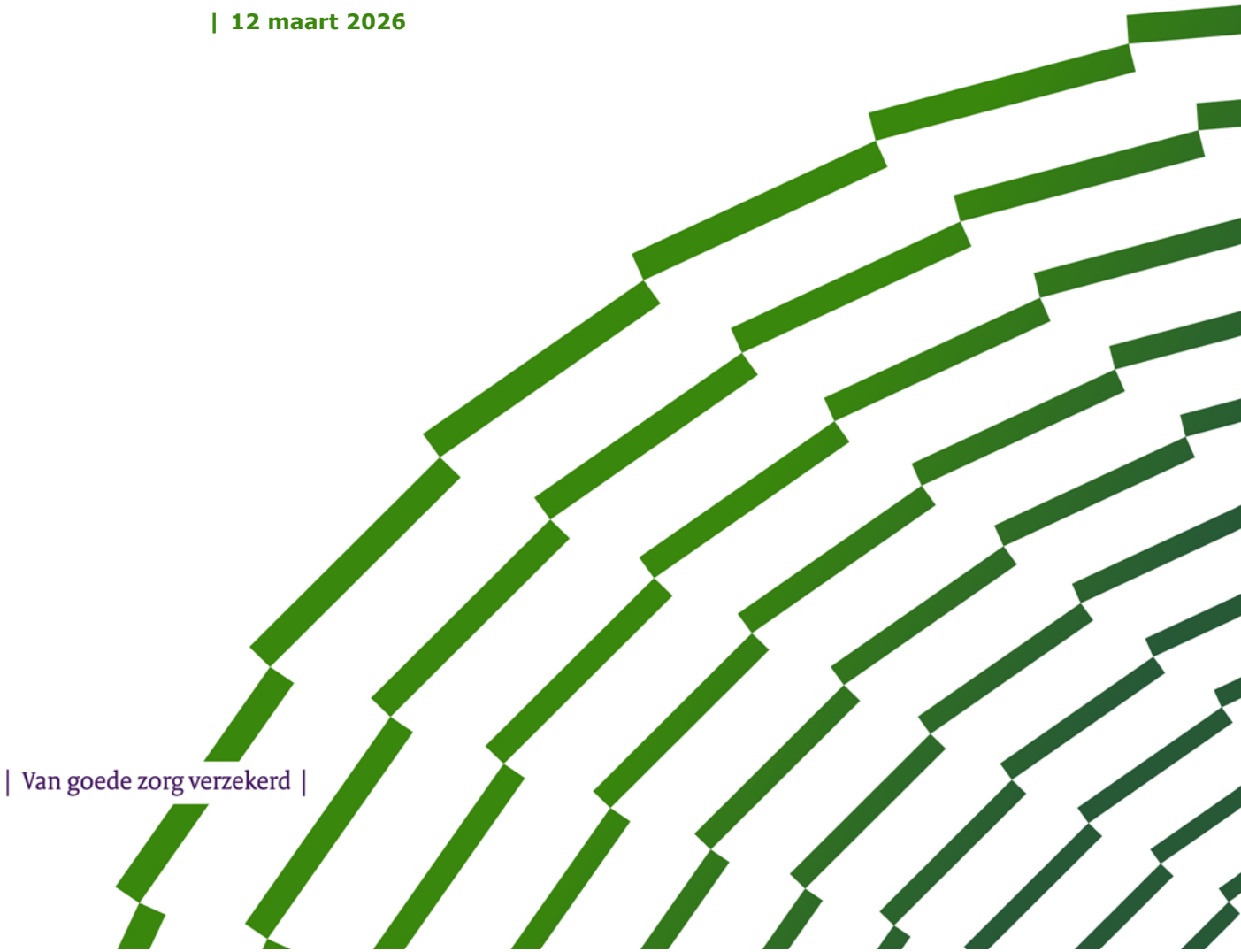
Onze referentie
2025029190

Zorginstituut Nederland

Reablement in de Zvw en de Wlz

Verduidelijking van de wet- en regelgeving

| 12 maart 2026



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**3**
	Inleiding	**5**
1	**Beschrijving reablement**	**6**
1.1	Het reablement gedachtegoed	6
1.2	Toepassing van het gedachtegoed	6
1.2.1	Integratie van het gedachtegoed in de ouderenzorg	6
1.2.2	Reablement interventieprogramma's	7
2	**Reablement binnen de Zvw**	**8**
2.1	Wettelijk kader	8
2.2	Integratie van het gedachtegoed in de ouderenzorg	8
2.3	Geneeskundige zorg van belang voor reablement	9
2.3.1	Wijkverpleging	9
2.3.2	Paramedische zorg	9
2.3.3	Psychologische zorg	10
2.3.4	Medische zorg door huisarts, SO en arts VG	10
2.3.5	Specifieke aspecten van reablement	10
2.4	Reablement interventieprogramma's	11
3	**Reablement binnen de Wlz**	**12**
3.1	Wettelijk kader	12
3.2	Wlz-zorg in het kader van reablement	12
3.2.1	Verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding	12
3.2.2	Wlz-behandeling	13
3.2.3	Specifieke aspecten van reablement	13
3.2.4	Reablement interventieprogramma's	13
4	**Reablement in de praktijk**	**14**
4.1	Knelpunten	14
4.1.1	Vergoeding van paramedische zorg	14
4.1.2	Verplicht eigen risico	14
4.1.3	Bekostiging van multidisciplinair overleg	14
4.2	Mogelijkheden in het stelsel om reablement te bevorderen	15
4.2.1	Reablement in beroepsopleidingen en kwaliteitsbeschrijvingen	15
4.2.2	Reablement in zorgorganisaties	16
4.2.3	Bevorderen van reablement via de inkoop van zorg	16
4.2.4	Passende bekostiging	16
4.2.5	Samenhang zorg- en sociaal domein	16
4.3	Maatschappelijke omarming van het gedachtegoed	16
5	**Conclusie**	**17**
Bijlage Consultatiereacties		**19**

Samenvatting

Aanleiding voor dit rapport is de vraag vanuit het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO): in hoeverre is reablement geborgd in het stelsel van zorg en welzijn?

Reablement is een benadering van zorg en welzijn waarbij het behouden en versterken van eigen regie en zelfredzaamheid centraal staan. Het HLO omarmt reablement als passende zorg voor kwetsbare ouderen en zet in op meer reablement in de praktijk. Om reablement in de ouderenzorg te implementeren moet duidelijk zijn hoe reablement geregeld is binnen de huidige wet- en regelgeving.

In dit rapport legt Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) uit hoe reablement past binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz): wat valt wel en niet onder de verzekerde zorg. Gezien de rol van het Zorginstituut, gaan we niet in op reablement binnen het sociaal domein. We leggen niet uit hoe reablement geregeld is in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Reablement

In het reablement gedachtegoed ligt de focus op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van mensen. Bij zorg die volgens het gedachtegoed geboden wordt is er aandacht voor hoe mensen hun leven willen leiden, wat ze zelf kunnen doen en waar zij hulp bij nodig hebben. Het motiveren van mensen om meer zelfredzaam te worden en het aanleren en trainen van vaardigheden, horen bij deze manier van zorg bieden. Het uiteindelijke doel is dat zorg die op deze manier geboden wordt, de kwaliteit van bestaan verbetert. Een bijkomend voordeel is dat het bijdraagt aan de passende inzet van professionele zorg. Het reablement gedachtegoed kan toegepast worden in alle zorg die ouderen krijgen, bijvoorbeeld in de wijkverpleging, paramedische zorg en verpleeghuiszorg.

Reablement interventieprogramma's geven invulling aan het gedachtegoed. Deze programma's richten zich meestal op thuiswonende ouderen met een vraag om verpleging of verzorging. Deze ouderen krijgen gedurende een afgebakende periode een interdisciplinair zorgprogramma waarin naast wijkverpleging vaak ergotherapie en/of fysiotherapie wordt ingezet. Training van vaardigheden maakt meestal deel uit van het interventieprogramma. Het is de bedoeling dat ouderen na het doorlopen van het interventieprogramma langer thuis kunnen blijven wonen met minder professionele zorg. Reablement interventieprogramma's zijn niet alleen van nut voor individuele ouderen. Ze kunnen ook een vliegwiel zijn voor de implementatie van het reablement gedachtegoed in alle zorg aan ouderen.

Reablement binnen de Zvw en Wlz

Reablement is niet apart geregeld in de Zvw en de Wlz. Door de manier waarop de Zvw en de Wlz zijn vormgegeven is dit ook niet nodig. Zorgprofessionals kunnen de geneeskundige zorg die binnen de Zvw en Wlz valt, bieden volgens de reablement principes. Verpleging en verzorging, ergotherapie en fysio- en oefentherapie zijn, onder voorwaarden, beschikbaar binnen de Zvw en de Wlz. Voor de Zvw geldt dat jaarlijks 10 behandeluren ergotherapie vergoed kunnen worden. Bij verschillende problemen die veel voorkomen bij ouderen, vallen fysio- en oefentherapie onder de Zvw. Als de zorgvraag een interdisciplinaire aanpak vereist, wordt afstemming en coördinatie van de zorg gezien als noodzakelijk voor het kunnen leveren van goede zorg. Daarom valt multidisciplinair overleg ook onder de te verzekerde zorg in de Zvw en de Wlz.

Knelpunten voor reablement in de praktijk

Verschillende zorgaanbieders en zorgprofessionals bieden al reablement. Zij ervaren een aantal knelpunten voor reablement in de Zvw. Zij geven aan dat:

- De beperkingen die gelden voor vergoeding van paramedische zorg een belemmering kunnen zijn voor de inzet van paramedische zorg in het kader van reablement.

- Het verplicht eigen risico bij paramedische zorg, zorg door de specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts verstandelijk gehandicapten (arts VG) een drempel kan zijn voor het betrekken van deze disciplines.
- De huidige bekostiging voor multidisciplinair overleg niet toereikend is bij reablement.

Het Zorginstituut heeft niet onderzocht hoe vaak kwetsbare ouderen door deze knelpunten geen reablement kunnen krijgen.

Conclusie

Reablement kan vanuit de Zvw en de Wlz geboden worden. Maar door beperkingen voor paramedische zorg in de Zvw en het verplicht eigen risico is reablement niet vrij toegankelijk voor alle kwetsbare ouderen.

De beperkingen voor paramedische zorg en het verplicht eigen risico waren politieke keuzes. Deze keuzes zijn gemaakt toen reablement nog niet in een zorgakkoord werd genoemd. Mogelijk is de prominente plaats die reablement heeft in het HLO een aanleiding om deze keuzes te heroverwegen. Zo zou nu bijvoorbeeld overwogen kunnen worden om voor kwetsbare ouderen een aantal uren fysio- of oefentherapie te vergoeden en het aantal uren ergotherapie uit te breiden. Ook zou nagegaan kunnen worden of het verplichte eigen risico aangepast kan worden. Het is aan de politiek en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om hier keuzes in te maken. Het Zorginstituut heeft geen onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen en gevolgen van deze wijzigingen.

Het Zorginstituut stelt vast dat een aparte aanspraak binnen de Zvw voor reablement interventieprogramma's niet nodig is. De zorgonderdelen die hierbij in de meeste gevallen ingezet worden (wijkverpleging en paramedische zorg) zijn namelijk al geborgd in de Zvw. Het is onwenselijk om de aanspraak op zorg dubbel te regelen. Daarnaast neemt een aparte aanspraak in de Zvw de bovengenoemde knelpunten niet weg. Ook als reablement een aparte aanspraak heeft, gelden de beperkingen op paramedische zorg en het verplichte eigen risico. Bovendien dient een aparte aanspraak zelfstandig te voldoen aan de wettelijke criteria (plegen te bieden en stand wetenschap en praktijk) en de pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, uitvaarbaarheid, noodzakelijkheid). Hoewel we gunstige resultaten zien, is het nu nog niet duidelijk in hoeverre en in welke gevallen de (kosten)effectiviteit van de interventieprogramma’s al aangetoond kan worden.

Het Zorginstituut gaat niet over de bekostiging van het multidisciplinair overleg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) denkt na over een passende bekostiging hiervoor.

Ten slotte

Inzet op reablement in de ouderenzorg hangt niet alleen af van de mogelijkheden om alle zorg die hierbij ingezet wordt te vergoeden.

Als we als samenleving ervoor kiezen dat reablement het uitgangspunt moet zijn in de zorg en ondersteuning voor ouderen, zijn alle partijen aan zet:

- De overheid kan zich inzetten voor een goede aansluiting van het sociaal- en zorg domein.
- Beroepsgroepen kunnen het reablement gedachtegoed expliciet meenemen in hun beroepsnormen en kwaliteitsstandaarden.
- Zorgaanbieders kunnen zorgprofessionals structureel stimuleren en faciliteren om te werken vanuit het reablement gedachtegoed, bijvoorbeeld door trainingen aan te bieden en tijd te geven het trainen van vaardigheden en multidisciplinair overleg.
- Zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop van zorg sturen op reablement.
- Ouderen en hun naasten kunnen zich inzetten om, als dat mogelijk is, meer zelfredzaam te worden.

Inleiding

Aanleiding voor dit rapport is de vraag vanuit het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO): in hoeverre is reablement geborgd in het stelsel van zorg en welzijn?

Reablement is een benadering van zorg en ondersteuning waarbij mensen geholpen worden om in hun eigen sociale omgeving, zo zelfstandig mogelijk het leven te leiden dat zij willen. Bij zorg en ondersteuning vanuit de reablement benadering staat het 'zorgen voor' mensen niet op de voorgrond. De zorg richt zich op het 'zorgen dat' mensen zo zelfstandig mogelijk met hun naasten de dingen kunnen doen die zij van belang vinden.

Het HLO zet in op reablement in de ouderenzorg. Om reablement structureel in de ouderenzorg te implementeren is duidelijkheid nodig over hoe reablement in de Zvw en Wlz geregeld is. Wat kunnen ouderen, in welke gevallen wel en niet vergoed krijgen?

In dit rapport legt het Zorginstituut uit wat wel en niet onder de verzekerde zorg van de Zvw en Wlz valt. We laten zien welke ruimte er is binnen de Zvw en Wlz voor reablement en dat het niet nodig is om reablement te regelen in een aparte aanspraak. Daarnaast gaan we in op de knelpunten die zorgaanbieders en zorgprofessionals benoemen voor het bieden van reablement in de praktijk.

Het doel is dat deze verduidelijking partijen helpt om de volgende stappen te zetten naar een structureel aanbod van reablement in Nederland.

Reikwijdte

We beperken ons in dit rapport tot de aanspraak op reablement in de eerstelijnszorg uit de Zvw[1] en zorg uit de Wlz. Vanwege onze rol in het stelsel gaan we niet in op reablement vanuit de Wmo.

De focus van de verduidelijking ligt op reablement in het kader van de zorg voor kwetsbare ouderen. Onze uitleg van de Zvw en de Wlz geldt ook voor andere doelgroepen waarbij reablement belangrijk is.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 geven we een beschrijving van het reablement gedachtegoed en de toepassing hiervan in de zorg voor ouderen in het algemeen en in reablement interventieprogramma's in het bijzonder. In hoofdstuk 2 en 3 leggen we uit hoe reablement in de Zvw en de Wlz geregeld is. In hoofdstuk 4 gaan we in op de knelpunten die zorgaanbieders en zorgprofessionals ervaren voor het implementeren van reablement in de praktijk. Ook beschrijven we mogelijkheden om implementatie van reablement in de praktijk te bevorderen. Hoofdstuk 5 omvat de conclusie en onze beschouwing.

[1] Met eerstelijns zorg uit de Zvw bedoelen we zorg die huisartsen, praktijkondersteuners, apothekers, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, diëtisten, wijkverpleging, verloskundigen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten in de eerste lijn bieden, ook geriatrische revalidatiezorg valt onder eerstelijnszorg.

1 Beschrijving reablement

Reablement is recent gedefinieerd in de Nederlandse context. Hierbij is het reablement gedachtegoed beschreven. Het gedachtegoed kan toegepast worden in alle zorg aan ouderen. Reablement interventieprogramma's geven invulling aan het gedachtegoed.

1.1 Het reablement gedachtegoed

Reablement is een benadering van zorg en ondersteuning waarbij mensen met (beginnende) beperkingen op het gebied van gezondheid of welzijn, geholpen worden om met hun eigen sociale netwerk, zo zelfstandig mogelijk het leven te leiden dat zij willen. Behoud en versterken van zelf- en samenredzaamheid staan hierbij centraal.[2]

Het doel van het bieden van zorg met deze benadering is behoud of verbetering van autonomie en kwaliteit van bestaan. Daarbij wordt verondersteld dat door in te zetten op versterking van zelf- en samenredzaamheid, ouderen mogelijk minder of in een later stadium professionele zorg en ondersteuning nodig hebben. Zo kan reablement bijdragen aan passende zorg.[2]

Zorg en vanuit het reablement gedachtegoed is persoonsgericht en holistisch. De zorg en ondersteuning worden afgestemd op de hulpvraag en de mens achter de hulpvraag. De analyse van de hulpvraag vindt plaats vanuit een breed perspectief. De zorg is veelal interdisciplinair en vraagt om intensieve samenwerking tussen zorgprofessionals. Het motiveren van ouderen en het trainen van cognitieve, fysieke en sociale vaardigheden maken deel uit van de zorg. Het eigen sociale netwerk van de hulpvrager wordt zoveel mogelijk betrokken.[2]

1.2 Toepassing van het gedachtegoed

Het gedachtegoed van reablement kan op verschillende manieren toegepast worden in de ouderenzorg. Zorgprofessionals kunnen de principes van reablement integreren in de zorg die zij bieden. Daarnaast wordt het gedachtegoed concreet vormgegeven in reablement interventieprogramma's. Experts suggereren dat reablement interventieprogramma's als een katalysator kunnen werken voor de beweging naar zorg gebaseerd op het reablement gedachtegoed in Nederland.[3]

1.2.1 Integratie van het gedachtegoed in de ouderenzorg

Het gedachtegoed van reablement kan geïntegreerd worden in alle professionele zorg aan ouderen. Een aantal beroepsgroepen zet in richtlijnen en kwaliteitsbeschrijvingen al in op integratie van het reablement gedachtegoed in de zorg voor ouderen. Zo komen bijvoorbeeld een brede analyse van de hulpvraag, de inzet op verbetering van zelf- en samenredzaamheid en het betrekken van het eigen netwerk, naar voren in verschillende kwaliteitsbeschrijvingen van zorg.[4,5,6,7]

Uit onderzoek van Nivel onder (wijk)verpleegkundigen, praktijkondersteuners ouderenzorg, ergotherapeuten en fysiotherapeuten in de eerste lijn blijkt dat deze beroepsgroepen het inzetten op het versterken van zelfredzaamheid als een onderdeel van hun reguliere werk zien.[8]

[2] 2025-reablement-infographic.pdf; Defining Reablement in the Dutch Context: A Modified Delphi Study - PMC; TvZ-dossier Reablement TvZ; beleidsbrief-reablement.pdf; Reablement: een goede dag op eigen kracht - Andersson Elffers Felix.
[3] 2025-reablement-infographic.pdf;; Een-goede-dag-op-eigen-kracht_Reablement.pdf
[4] Normenkader | V&VN
[5] Kwetsbare ouderen | Kennisplatform Fysiotherapie
[6] Kwaliteitsbeschrijving GRZ | Verenso
[7] Generiek kompas 'Samen werken aan kwaliteit van bestaan' | Zorginzicht
[8] Stimuleren van zelfredzaamheid en 'reablement': een vragenlijstonderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners. | Nivel; Eerstelijns paramedici hebben behoefte aan meer tijd voor bevorderen zelfredzaamheid van cliënten | Nivel

1.2.2 Reablement interventieprogramma's

In reablement interventieprogramma's wordt bij uitstek het reablement gedachtegoed toegepast. Reablement interventieprogramma's richten zich veelal op thuiswonende ouderen met een vraag om verpleging of verzorging. Daarnaast zijn er ook reablement interventieprogramma's voor mensen die in een Wlz-instelling wonen.

Reablement interventieprogramma's betreffen veelal een combinatie van (wijk)verpleging, ergotherapie en/of fysio- of oefentherapie die gedurende een afgebakende periode wordt geboden. Hierbij kan ook ondersteuning uit het sociale domein ingezet worden. De beschrijvingen van de interventieprogramma's laten zien dat het niet om een nieuwe zorgvorm gaat. De reablement interventieprogramma's zijn een nieuwe organisatievorm waarin de interdisciplinaire aanpak is geborgd. De interventieprogramma's omvatten een analyse van de hulpvraag en zorgbehoefte vanuit een breed, perspectief en een interdisciplinaire aanpak die hierop aansluit. Training van fysieke en functionele vaardigheden maakt deel uit van deze aanpak.[9]

Er zijn aanwijzingen dat reablement interventieprogramma's leiden tot meer doelmatig zorggebruik.[10] De (kosten)effectiviteit van de interventieprogramma's is nog niet aangetoond in grote kwantitatieve studies. Binnen het programma Reablement van ZonMW lopen op het moment verschillende onderzoeken.

[9] Een-goede-dag-op-eigen-kracht_Reablement.pdf
[10] Brabantse vvt driekwart minder zorgtijd dankzij reablement - Zorgvisie (003).pdf, Reablement dossier TVZ 2024_DEF (003).pdf,

2 Reablement binnen de Zvw

Reablement is niet apart geregeld in de Zvw. Dit is ook niet nodig. Er is ruimte binnen de Zvw voor zorg volgens het reablement gedachtegoed en voor reablement interventieprogramma's.

Veel zorg die van belang is voor reablement valt onder de Zvw. Wijkverpleging, paramedische zorg, psychologische zorg en zorg door huisarts, SO en arts VG zijn verzekerde zorg. Zorgprofessionals kunnen deze zorg bieden met een focus op eigen regie en zelf- en samenredzaamheid. Als de zorgvraag een interdisciplinaire aanpak vereist, wordt afstemming en coördinatie van de zorg gezien als noodzakelijk voor het kunnen leveren van goede zorg. Daarom valt multidisciplinair overleg ook onder de te verzekerde zorg.

2.1 Wettelijk kader

De Zvw bepaalt wat onder de verzekerde valt. De Zvw bepaalt niet hoe zorgprofessionals de zorg die in het basispakket zit moeten bieden. Beroepsgroepen geven dit aan in hun normen en kwaliteitsstandaarden.

In de wet- en regelgeving is niet vastgelegd dat alle zorg die valt onder de Zvw altijd volgens de principes van reablement geboden moet worden als dat mogelijk is. Ook is niet wettelijk vastgelegd dat om in aanmerking te komen voor vergoeding van bepaalde zorg uit de Zvw, eerst een reablement interventieprogramma doorlopen moet zijn. Dit is ook niet nodig. Als beroepsgroepen in kwaliteitsstandaarden en beroepsnormen aangeven dat zorg die valt onder de Zvw en Wlz geboden dient te worden volgens het reablement gedachtegoed, kan deze zorg met een reablement benadering, vergoed worden vanuit de Zvw.

Wettelijk kader voor zorg in het basispakket[11]

Er zijn drie eisen waaraan verzekerde zorg moet voldoen.

1. Het moet gaan om zorg zoals een bepaalde beroepsgroep 'die pleegt te bieden'. Bij de uitleg van zorg die 'pleegt te worden geboden' gaat het erom welke klachten of aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Daarbij gaat het om het soort zorg en niet om specifieke behandelmethoden. Wat een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kan in de loop van de tijd veranderen. Op het moment dat deze zorg verandert doordat de beroepsgroep op een andere manier gaat werken kan deze manier van werken onderdeel worden van de omschrijving 'plegen te bieden' en daarmee binnen de zorgverzekering vallen.
2. De zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (SWP). Dit houdt in dat op groepsniveau voldoende aangetoond is dat de zorg effectief is.
3. Er moet een medische noodzaak zijn voor de zorg. Met andere woorden: iemand moet redelijkerwijs op de zorg aangewezen zijn.

2.2 Integratie van het gedachtegoed in de ouderenzorg

Het gedachtegoed van reablement kan geïntegreerd worden in de zorg die beschikbaar is voor ouderen in de Zvw. Alle zorg die onder de Zvw valt kan vanuit het reablement gedachtegoed geboden worden, als beroepsgroepen dat passend vinden. Dit geldt ook voor wijkverpleging, ergo-, fysio- en oefentherapie. Deze beroepsgroepen hebben in diverse kwaliteitsbeschrijvingen opgenomen dat behoud en versterken van eigen regie en zelfredzaamheid deel uitmaken van de zorg. Het *Normenkader Indicatieproces* van de beroepsgroep van verpleegkundigen geeft aan dat het indicatieproces gericht dient te zijn op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn of haar steunsysteem.[12] De *Paramedische Richtlijn Kwetsbare Ouderen* laat zien dat focus op eigen regie en zelfredzaamheid in de paramedische zorg voor ouderen de norm is.

[11] Rapport - Pakketbeheer in de praktijk 4 | Zorginstituut Nederland
[12] Normenkader Indicatieproces December 2024

2.3 Geneeskundige zorg van belang voor reablement

Als een oudere redelijkerwijs aangewezen is op wijkverpleging, psychologische zorg, zorg door de huisarts, SO of arts VG in het kader van reablement kan dit vergoed worden vanuit de Zvw. Paramedische zorg valt onder voorwaarden onder de verzekerde zorg. Hiervoor gelden een aantal beperkingen voor vergoeding van zorg. Het verplicht eigen risico[13] is van kracht bij paramedische zorg, zorg door de SO en arts VG.

2.3.1 Wijkverpleging

Wijkverpleging (verpleging en verzorging in de eigen omgeving) valt onder de Zvw. Dat geldt ook voor wijkverpleging die wordt geboden volgens het reablement gedachtegoed en voor wijkverpleging die deel uitmaakt van een reablement interventieprogramma.

Voor wijkverpleging vanuit de Zvw moet de (wijk)verpleegkundige de indicatie stellen. Hierbij Bij stelt de (wijk)verpleegkundige de hulpvraag en de zorgbehoefte vast, in overleg met de cliënt en zijn of haar naasten. Daarbij bepaalt ze welke zorg geboden moet worden en hoe deze geleverd wordt. Het Normenkader Indicatieproces van de beroepsgroep geeft aan dat het indicatieproces gericht dient te zijn op het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager en zijn of haar steunsysteem.[14] Het instrueren, begeleiden en trainen van cliënten en hun mantelzorgers om verpleging- en verzorgingstaken zelfstandig uit te voeren valt onder de verzekerde zorg.

2.3.2 Paramedische zorg

Paramedische zorg[15] speelt een belangrijke rol bij reablement. Ook voor paramedische zorg in het basispakket geldt dat deze zorg geboden kan worden volgens de principes van reablement, omdat de beroepsgroepen dat passend vinden.[16]

In het basispakket is fysio- en oefentherapie beschikbaar voor een aantal specifieke aandoeningen en problemen. Deze staan beschreven in artikel 2.6 van het Bzv en bijlage 1 hierbij (de 'chronische lijst').[17]
Voor verschillende aandoeningen en problemen die veel voorkomen bij ouderen vallen fysio- en oefentherapie onder de verzekerde zorg. Bij ouderen met een of meerdere van deze aandoeningen of problemen kan fysio- en oefentherapie ook vergoed worden als deze deel uitmaakt van een interdisciplinair reablement interventieprogramma.
Het gaat hierbij om:

- fysio- en oefentherapie bij een aantal specifieke chronische aandoeningen[18]
- fysio- en oefentherapie gericht op sneller herstel na ontslag uit het ziekenhuis of een andere zorginstelling;
- fysio- en oefentherapie als onderdeel van (ambulante of intramurale) geriatrische revalidatiezorg[19];
- valpreventieve beweeginterventies onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut.[20]

Voor fysio- en oefentherapie bij specifieke chronische aandoeningen geldt dat in de meeste gevallen de eerste 20 behandeluren niet vergoed worden. Ook bij fysio- en oefentherapie

---

[13] Eigen risico (Zvw) | Zorginstituut Nederland
[14] Normenkader Indicatieproces December 2024
[15] Onder paramedische zorg in de Zvw vallen: diëtetiek, ergotherapie, fysio- en oefentherapie en logopedie
[16] Kwetsbare ouderen | Kennisplatform Fysiotherapie
[17] Verzekerde zorg - Lijst van chronische aandoeningen | Zorginstituut Nederland, http://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018492&bijlage=1,
[18] Voor reablement bij ouderen zijn vooral van belang artrose van heup- of kniegewricht, reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen, perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine, cerebrovasculair accident, multipele sclerose, extrapiramidale aandoeningen (de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington), chronic obstructive pulmonary disease, wanneer sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze lijst is niet compleet zie verder Verzekerde zorg - Lijst van chronische aandoeningen | Zorginstituut Nederland en http://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018492&bijlage=1
[19] Advies - kortdurende zorg in het tijdelijk verblijf en thuis | Zorginstituut Nederland
[20] Valpreventieve beweeginterventies onder begeleiding van een fysio- of oefentherapeut kunnen onder de Zvw als er sprake is van een hoog valrisico en als vanwege onderliggende of bijkomende problematiek zelfstandig trainen of trainen onder begeleiding van een sportinstructeur niet verantwoord of passend is. Voor ouderen die veilig kunnen trainen onder begeleiding van een sportinstructeur zijn in veel gemeenten valpreventieve beweeginterventies beschikbaar vanuit het sociaal domein. Valpreventie (Zvw) | Zorginstituut Nederland

gericht op sneller herstel na ontslag uit het ziekenhuis of een andere zorginstelling worden de eerste 20 behandeluren niet vergoed.
Voor ergotherapie geldt dat jaarlijks maximaal 10 behandeluren per jaar vergoed worden.
Maximaal 3 behandeluren diëtetiek kunnen per jaar vergoed worden.

Voor alle paramedische zorg geldt het verplicht eigen risico.

2.3.3 Psychologische zorg

In alle vormen van psychologische zorg die beschikbaar zijn vanuit de Zvw, kan uitvoering worden gegeven aan het gedachtegoed van reablement. De zorg die de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) biedt bij psychische klachten, valt onder de aanspraak zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Als er sprake is van (een vermoeden op) een psychische stoornis die niet in de huisartsenpraktijk kan worden behandeld, kan verwezen worden naar geneeskundige GGZ.

Voor geneeskundige GGZ geldt het verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico is niet van kracht bij psychologische zorg door de POH-GGZ.

2.3.4 Medische zorg door huisarts, SO en arts VG

Medische zorg door de huisarts, SO, en arts VG vallen onder de Zvw als geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Dit geldt ook als zij hierbij de principes van reablement toepassen en als hun zorg onderdeel is van een reablement interventieprogramma.
Verpleegkundig specialisten (VS-en) kunnen ook medische zorg bieden. Als zij huisartsenzorg, SO-zorg of arts VG-zorg bieden valt dit ook onder zorg zoals huisarsten die plegen te bieden. De zorg die de praktijk ondersteuner (POH) biedt valt onder huisartsenzorg.

Voor huisartsenzorg (zorg door de huisarts en POH) geldt geen eigen risico. Voor zorg door de SO en arts VG geldt wel het verplicht eigen risico.

2.3.5 Specifieke aspecten van reablement

Een brede analyse van de hulpvraag, het motiveren van cliënten, training van vaardigheden, interdisciplinaire samenwerking en het betrekken van het sociale netwerk zijn belangrijk bij reablement. De Zvw biedt hier ruimte voor.

Brede analyse van de hulpvraag

Bij de reablement benadering hoort een brede analyse van de hulpvraag. Hierbij wordt gekeken naar alle levensgebieden die van belang zijn voor de cliënt, en niet alleen op een afgebakende vraag voor zorg vanuit het zorgdomein of een specifieke beroepsgroep. Dit kan binnen de wet- en regelgeving. Wijkverpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld een ergotherapeut betrekken bij de analyse van de hulpvraag. Ook kunnen zij signaleren dat ondersteuning vanuit het sociale domein nodig is en ouderen de weg wijzen naar het zorgloket van de gemeente. Zorgprofessionals kunnen mensen met psychosociale problemen ook verwijzen naar *Welzijn op Recept*.[21] Het advies om hulp te zoeken in het sociale domein door een zorgprofessional valt dan onder de Zvw. De ondersteuning die geboden wordt vanuit het sociale domein niet.

Motiveren en trainen van vaardigheden

Het motiveren van ouderen en training van fysieke en functionele vaardigheden zijn belangrijke onderdelen van zorg volgens het reablement gedachtegoed. Ze vallen onder de verzekerde zorg als onderdeel van de zorg die de betrokken zorgprofessionals, bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen of paramedici, bieden.

Interdisciplinaire samenwerking

Zorg volgens het reablement gedachtegoed is holistisch en vereist veelal een interdisciplinaire aanpak. Bij zorg die valt onder de verzekerde zorg van de Zvw, valt ook het overleggen en afstemmen met andere zorgprofessionals in het geval dat nodig is om de zorg goed te kunnen bieden en organiseren.

[21] Welzijn op Recept | Wat is Welzijn op Recept? | Welzijnoprecept.nl

Interdisciplinaire samenwerking betreft ook samenwerking met professionals uit het sociaal domein. De tijd die professionals uit het zorgdomein besteden aan overleg over een specifieke cliënt met professionals uit het sociaal domein kan vergoed worden vanuit de Zvw. Professionals uit het sociaal domein kunnen dit overleg niet vergoed krijgen vanuit de Zvw.[22]

Betrekken van het sociale netwerk

Het betrekken van het sociale netwerk van de cliënt is belangrijk bij het bieden van zorg volgens de principes van reablement. Het betrekken van het sociale netwerk bij het uitvragen van de hulpvraag, formuleren van doelen en bespreken welke rol naasten op zich kunnen nemen om de doelen te bereiken, kan een onderdeel zijn van de zorg die de zorgprofessional biedt aan een cliënt. Het valt daarom onder de verzekerde zorg. Als naasten van een cliënt bereid zijn om zorgtaken op zich te nemen en als zij daarvoor instructie nodig hebben, valt de instructie onder de Zvw van de cliënt. Ondersteuning van naasten en mantelzorgers, anders dan uitleg, educatie en instructie, valt over het algemeen niet onder de verzekerde zorg van de Zvw.[23]

2.4 Reablement interventieprogramma's

Voor zover wij nu kunnen beoordelen zijn reablement interventieprogramma's een andere organisatievorm van reguliere wijkverpleging, ergotherapie en fysio- en oefentherapie, zo nodig aangevuld met bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, diëtetiek of psychologische zorg. Bij deze organisatievorm staat een integrale, programmatische aanpak centraal.

De verpleging en verzorging, ergotherapie, fysio- en oefentherapie, psychologische zorg en medische zorg die in het basispakket zitten kunnen vergoed worden uit de Zvw als ze separaat geleverd worden maar ook als ze gezamenlijk, interdisciplinair in een interventieprogramma aangeboden worden. Het multidisciplinaire overleg dat noodzakelijk is om de verschillende zorgvormen binnen het interventieprogramma goed te kunnen bieden, valt onder de verzekerde zorg.

Hieruit volgt dat een aparte aanspraak voor reablement interventieprogramma's in de Zvw niet nodig is. Met een aparte aanspraak voor reablement interventieprogramma's zou de aanspraak op zorg die hierbij ingezet wordt dubbel geregeld worden. Dat is niet wenselijk.

[22] Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw | Zorginstituut Nederland, Handreiking domeinoverstijgende activiteiten vanuit de Zvw | Zorginstituut Nederland

[23] Alleen als de naasten of mantelzorgers zelf een zorgbehoefte hebben en daar bijvoorbeeld psychologische zorg/begeleiding van de POH-GGZ voor ontvangen, valt de zorg onder de Zvw (onder de verzekering van de naaste/mantelzorger, niet onder de verzekering van de persoon die zij helpen).

3 Reablement binnen de Wlz

In de Wlz wordt de term reablement niet genoemd. Toch biedt de Wlz ruimte voor zorg volgens de principes van reablement en voor reablement interventieprogramma's.

Verpleging, verzorging, begeleiding, paramedische zorg en zorg door de SO en arts VG zijn geregeld in de Wlz. Deze zorg kan volgens het reablement gedachtegoed geboden worden. De bepaalt welke zorg verzekerd is en geeft niet aan hoe de zorg geboden moet worden. Beroepsgroepen van zorgprofessionals die de zorg die valt onder de Wlz bieden, bepalen hoe de zorg geboden moet worden.

3.1 Wettelijk kader

De inhoud van de verzekerde zorg in de Wlz is wettelijk bepaald. Hoe deze zorg geboden wordt, al dan niet met een focus op zelfredzaamheid, is niet wettelijk vastgelegd. Beroepsgroepen gaan hierover. De Wlz biedt ruimte om de zorg die onder de Wlz valt te leveren volgens het reablement gedachtegoed.

Wettelijk kader voor Wlz-zorg[24]

Om zorg vanuit de Wlz te krijgen moet iemand voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. Als iemand voldoet aan de toegangscriteria geeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een Wlz-indicatie af en stelt vast welk zorgprofiel het meest passend is. Het zorgprofiel zegt iets over de aard, inhoud en globale omvang van de zorg die iemand nodig heeft.

Mensen met een Wlz-indicatie hebben recht op verblijf in een instelling. Zij kunnen er, onder voorwaarden, voor kiezen om thuis te blijven of in een geclusterde woonvorm te wonen.

Het verzekerde pakket omvat onder andere:

- verblijf in een instelling;
- verpleging, verzorging en begeleiding;
- geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard.

Voor mensen die in een instelling verblijven met behandeling van diezelfde instelling valt geneeskundige zorg van algemeen medische aard en behandeling van een psychische stoornis onder de Wlz. Mensen met een Wlz-indicatie die thuis of in een geclusterde woonvorm wonen, maken aanspraak op deze vormen van geneeskundige zorg in de Zvw.

3.2 Wlz-zorg in het kader van reablement

Verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, paramedische zorg, zorg door de SO en arts VG vallen onder de Wlz. Deze zorg kan ingezet worden met doel de eigen regie, zelfredzaamheid of kwaliteit van bestaan te verbeteren. In alle Wlz-zorg kan, als dit passend is bij de zorgbehoefte en hulpvraag, het reablement gedachtegoed geïntegreerd worden. Dit geldt voor Wlz-zorg die geboden wordt in instellingen, geclusterde woonvormen en thuis.

3.2.1 Verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding

Verpleging en persoonlijke verzorging vallen onder de Wlz als dit passend is bij de zorgbehoefte.[25] Verpleging en persoonlijke verzorging kunnen geboden worden volgens het reablement gedachtegoed en zich richten op versterken van zelf- of samenredzaamheid. Het

[24] Wlz-kompas | Zorginstituut Nederland

[25] In principe valt alle verpleegkundige zorg onder de Wlz. De verpleging wordt alleen gerekend tot de medisch-specialistische behandeling als de medisch specialist zich direct en actief bemoeit met de zorg thuis of in een Wlz-instelling, waarbij de verpleegkundige handelt in zijn opdracht en de medisch specialist deze zorg concreet aanstuurt. Zie voor meer informatie Verpleging (Wlz) | Zorginstituut Nederland.

oefenen van het uitvoeren van verpleegkundige handelingen door de cliënt zelf of zijn mantelzorger valt onder verpleging en verzorging in de Wlz.

Persoonlijke verzorging betreft het ondersteunen of overnemen van zelfzorg. Ook het stimuleren dat cliënten zelfzorgtaken zelf blijven uitvoeren en het cliënten opnieuw zelfzorgactiviteiten aanleren valt onder persoonlijke verzorging die vergoed kan worden uit de Wlz cliënt.[26]

Begeleiding kan ook onderdeel zijn van Wlz-zorg. Het gaat om het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid. Onder begeleiding worden activiteiten verstaan waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven.[27] Begeleiding kan ook toezicht omvatten. Het bieden van toezicht kan nodig zijn voor de regie over het eigen leven of deel uitmaken van de ondersteuning van dagelijkse levensverrichtingen, en valt daarom onder de definitie van begeleiding.

3.2.2 Wlz-behandeling

Wlz-behandeling omvat geneeskundige zorg van medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de cliënt. Het moet hierbij gaan om 'specifieke behandeling'. Een behandeling is specifiek als de zorg onlosmakelijk onderdeel is van de integrale zorg en/of er specifieke kennis of vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen. Ook moet er sprake zijn van een programmatische aanpak met een door de beroepsgroep geaccepteerde methode.[28]

De Wlz biedt ruimte voor behandeling vanuit de principes van reablement aan mensen die thuis wonen met een Wlz-indicatie. De behandeling kan versterking van zelf- en samenredzaamheid als doel hebben en hierbij kan zonodig medische, paramedische en gedragswetenschappelijke zorg ingezet worden, mits deze specifiek is. Aan de voorwaarde dat deze zorg specifiek is, zal over het algemeen bij zorg gericht op het versterken van zelf- en samenredzaamheid voldaan zijn omdat samenhang met de integrale zorg vereist is.

3.2.3 Specifieke aspecten van reablement

Een brede analyse van de hulpvraag, het trainen van vaardigheden en het multidisciplinair overleggen en afstemmen met betrokken zorgprofessionals over de zorg voor een individuele cliënt maken deel uit van de zorg die onder Wlz valt. Dit geldt ook voor het afstemmen met en betrekken van het eigen sociale netwerk van cliënten bij de zorg. Als de naasten van een cliënt bereid en in staat zijn om een deel van de nodige zorg en ondersteuning te bieden valt het instrueren en trainen van hen om bepaalde taken uit te voeren onder de Wlz.

3.2.4 Reablement interventieprogramma's

De Wlz biedt ruimte voor het inzet van bovengenoemde zorg in een reablement interventieprogramma.

[26] Persoonlijke verzorging (Wlz) | Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging (Wlz) | Zorginstituut Nederland
[27] Begeleiding (Wlz) | Zorginstituut Nederland
[28] Behandeling (Wlz) | Zorginstituut Nederland, Standpunt paramedische zorg in de Wlz | Zorginstituut Nederland

4 Reablement in de praktijk

Hoewel er ruimte is binnen de Zvw en de Wlz voor reablement, benoemen zorgaanbieders en zorgprofessionals een aantal knelpunten voor reablement in de Zvw:

- De beperkingen die gelden voor vergoeding van paramedische zorg;
- Het verplicht eigen risico bij onder andere paramedische zorg;
- De bekostiging van het multidisciplinair overleg.

De beperkingen voor vergoeding van paramedische zorg en het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op een politieke keuze, gericht op de betaalbaarheid van de zorg. Een aparte aanspraak voor reablement in de Zvw brengt hier geen verandering is. De NZa denkt na over een passende bekostiging voor multidisciplinair overleg.

Implementatie van reablement in de praktijk hangt niet alleen af van wat wel en niet vergoed wordt vanuit de Zvw en de Wlz. Als we als samenleving ervoor kiezen dat reablement het uitgangspunt moet zijn in de zorg en ondersteuning voor ouderen, zijn alle partijen aan zet: overheid, beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, ouderen en hun naasten.

4.1 Knelpunten

Zorgaanbieders en beroepsgroepen die betrokken zijn bij reablement en reablement interventieprogramma's benadrukken dat er een aantal knelpunten zijn voor reablement in de Zvw. We hebben geen signalen ontvangen over knelpunten voor reablement in de Wlz.
Het Zorginstituut heeft niet onderzocht hoe vaak de knelpunten in de weg staan aan het kunnen leveren van passende zorg bij kwetsbare ouderen. We vinden het wel belangrijk om ze te noemen.

4.1.1 Vergoeding van paramedische zorg

Zorgaanbieders en zorgprofessionals geven aan dat ze niet altijd alle paramedische zorg in kunnen zetten die zij nodig vinden. Dit komt doordat fysio- en oefentherapie alleen vergoed wordt bij een aantal specifieke aandoeningen en problemen en de eerste 20 behandeluren in veel gevallen niet vergoed worden. Voor ergotherapie geldt dat maximaal 10 behandeluren per jaar vergoed kunnen worden. Zorgprofessionals benoemen dat soms meer uren nodig zijn. Deze beperkingen voor de vergoeding van paramedische zorg in de Zvw worden ervaren als belemmerend voor zorg gericht op zelfredzaamheid in het algemeen en voor het reablement interventieprogramma's in het bijzonder.

De beperkingen voor de vergoeding van paramedische zorg zijn het resultaat van een politieke keuze gericht op kostenbeheersing. Deze politieke keuze is gemaakt toen reablement nog niet in een zorgakkoord was opgenomen. Nu reablement een prominente plaats in het HLO heeft zou de politiek mogelijk deze keuze kunnen heroverwegen.

Een aparte aanspraak voor reablement in de Zvw lost dit knelpunt niet op. Ook als reablement in een aparte aanspraak geregeld wordt, gelden de beperkingen.

4.1.2 Verplicht eigen risico

Zorgaanbieders en zorgprofessionals benoemen dat het verplicht eigen risico dat van kracht is bij paramedische zorg, zorg door de SO en arts VG, een belemmering kan zijn voor het betrekken van deze disciplines. Het verplicht eigen risico zou in een deel van de gevallen een interdisciplinaire aanpak in de weg staan. Het verplicht eigen risico is ook het resultaat van een politieke keuze.

4.1.3 Bekostiging van multidisciplinair overleg

De bekostiging van het multidisciplinair overleg voldoet volgens zorgaanbieders en zorgprofessionals niet en staat daarom een interdisciplinaire reablement aanpak in de weg. Zorgaanbieders en zorgprofessionals geven aan dat reablement vaak intensief multidisciplinair overleg vereist omdat het vaak om kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen gaat. Zij vinden de bekostiging van deelname van zorgprofessionals aan het overleg niet voldoende.

Daarbij geven zij aan dat deelname van professionals uit het sociaal domein aan het multidisciplinair overleg niet gefinancierd kan worden vanuit de Zvw.

In hoofdstuk 2 hebben we aangegeven dat overleg tussen betrokken zorgprofessionals deel uitmaakt van de zorg die zij bieden en daarom onder de verzekerde zorg valt. De NZa denkt na over een passende bekostiging voor multidisciplinair overleg.

4.2 Mogelijkheden in het stelsel om reablement te bevorderen

Implementatie van reablement in de praktijk hangt niet alleen af van wat wel en niet vergoed wordt vanuit de Zvw en de Wlz. Binnen het zorgstelsel zijn er verschillende manieren om implementatie van reablement in de praktijk te bevorderen.

4.2.1 Reablement in beroepsopleidingen en kwaliteitsbeschrijvingen

Om toepassing van het reablement gedachtegoed in de praktijk te bevorderen is het belangrijk dat het gedachtegoed meegenomen wordt in de beroepsopleidingen. Daarnaast kunnen beroepsgroepen toepassing van het gedachtegoed opnemen in kwaliteitsbeschrijvingen en richtlijnen. Zo kunnen beroepsgroepen ervoor zorgen dat zorgprofessionals toegerust zijn om het gedachtegoed toe te passen in de praktijk.

Beroepsopleidingen en beroepsprofielen

Het bieden van zorg volgens de principes van reablement kan bevorderd worden door hier in de beroepsopleidingen aandacht voor te hebben en het op te nemen in de eindtermen van de opleidingen en in beroepsprofielen.

Verschillende beroeps- en competentieprofielen voor zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorg voor ouderen sluiten aan bij de principes van reablement. Dit geldt bijvoorbeeld voor de beschrijving van het expertisegebied van wijkverpleegkundige en de profielen voor ergotherapeuten, fysiotherapeuten, casemanagers dementie, POH-ouderenzorg, verpleegkundig specialisten en SO's[29]. In de beroeps- en competentieprofielen van huisartsen, MBO-verpleegkundigen, verzorgenden individuele gezondheidszorg (verzorgende IG), helpenden zorg en welzijn en artsen VG[30] komen de principes van reablement minder duidelijk naar voren.

Kwaliteitsbeschrijvingen

Door de principes van reablement op te nemen in richtlijnen, handreikingen, zorg- en kwaliteitsstandaarden van zorg die onder de Zvw en Wlz valt, kan toepassingen van reablement in de praktijk bevorderd worden. Zorgprofessionals en zorgaanbieders weten dan hoe ze zorg moeten bieden en zorgverzekeraars kunnen hierop sturen bij de inkoop van zorg.

Er is op het moment nog geen kwaliteitsbeschrijving voor reablement. In het HLO zijn afspraken gemaakt om een kwaliteitsstandaard reablement te ontwikkelen. Het gedachtegoed van reablement is al terug te vinden in verschillende kwaliteitsdocumenten waarin aanbevelingen worden gegeven voor de zorg aan kwetsbare ouderen:

- *Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan, thuis, in de wijk en in het verpleeghuis* en de bijbehorende implementatietools;[31]
- *Normenkader Indicatieproces* en de bijbehorende toolbox;[32]
- *Paramedische richtlijn kwetsbare ouderen;*[33]

[29] expertisegebied-wijkverpleegkundige.pdf, De wijkverpleegkundige in 2020: competentiegebieden | V&VN, Hoe werkt een ergotherapeut? - Beroepsprofiel Ergotherapie, Competentieprofiel Ergotherapeut - Competentieprofiel Ergotherapeut, kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf, Expertiseprofiel casemanager dementie, ledencirkel-poh-o-functie-omschrijving-en-competenties-brochure-juni-2021-def-1-0-1.pdf, 4_profiel-verpleegkundig-specialist_def.pdf, verenso_competentieprofiel2019_v2.pdf.

[30] Competentieprofiel van de huisarts, 01122016_beroepsprofiel_mbo-opgeleideverpleegkundige.pdf, Beroepsprofiel-verzorgende-IG.pdf, dit-zijn-wij-verzorgenden-ig-mrt-2024.pdf), 10-05-2019-BCP-helpende-1.pdf, 2016-Competentieprofiel-def.pdf.

[31] Generiek kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan, Generiek kompas ' Samen werken aan kwaliteit van bestaan' | Zorginzicht

[32] Normenkader Indicatieproces December 2024, Toolbox Indicatiestelling Wijk - Kennisplatform

[33] Paramedische_richtlijn_kwetsbare_ouderen_praktijkrichtlijn.pdf

- de *Zorgstandaard dementie;*[34]
- *Richtlijn Zelfmanagementondersteuning;*[35]
- *Kwaliteitsbeschrijving geriatrische revalidatiezorg.*[36]
- De *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis* is geen richtlijn, maar geeft handvatten voor het bieden van integrale persoonsgerichte zorg met aandacht voor eigen regie en zelf- en samenredzaamheid.[37]

4.2.2 Reablement in zorgorganisaties

Zorgaanbieders kunnen reablement bevorderen door hun medewerkers scholing en training te geven om meer vanuit het gedachtegoed te gaan werken. Daarbij kunnen zij ervoor zorgen dat hun medewerkers tijd hebben voor bijvoorbeeld een brede analyse van de hulpvraag, het motiveren van ouderen en hun naasten en het trainen van vaardigheden.

4.2.3 Bevorderen van reablement via de inkoop van zorg

Zorgkantoren en zorgverzekeraars kunnen in de inkoop van zorg sturen op het zoveel mogelijk toepassen van het reablement gedachtegoed in de zorg die zij inkopen. Via contractering van zorg kunnen zorgverzekeraars actief sturen op inhoud, toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit én doelmatigheid van zorg. Daarnaast kunnen zij sturen op gezondheid in plaats van ziekte. Zorgkantoren kunnen dit doen door te sturen op kwaliteit van bestaan.

4.2.4 Passende bekostiging

Om te waarborgen dat zorg daadwerkelijk volgens de principes van reablement geboden wordt is het belangrijk dat er een passende bekostiging is. Hiervoor is in het HLO een meerjarige koers uitgezet. Als eerste stap is de Nederlandse Zorgautoriteit, samen met Zorgverzekeraars Nederland en ActiZ, gevraagd te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn voor de bekostiging/financiering van koploperexperimenten, totdat er duidelijkheid is hoe reablement structureel wordt ingebed.

4.2.5 Samenhang zorg- en sociaal domein

Reablement vereist inbreng vanuit het zorg- en het sociaal domein. De overheid kan domeinoverstijgende samenwerking bevorderen door meer samenhang aan te brengen in ondersteuning en zorg binnen de Wmo, Zvw en de Wlz.

4.3 Maatschappelijke omarming van het gedachtegoed

Voor de toepassing van het reablement gedachtegoed in de praktijk is het van belang dat de maatschappij deze benadering van zorg omarmt en stimuleert. De niet-gouvernementele organisaties en politiek spelen hierbij ook een belangrijke rol.

Het is belangrijk dat ouderen en hun naasten bereid zijn om meer zelf te doen. Recent onderzoek van het *Zorgpanel van de Patiëntenfederatie Nederland* laat zien dat deze bereidheid er is: patiënten en mantelzorgers willen het zorgsysteem niet onnodig belasten en zijn bereid om, met de nodige ondersteuning, veel zelf te doen.[38] We zien deze bereidheid ook bij allerlei buurt- en burgerinitiatieven die zich richten op het versterken van zelf- en samenredzaamheid.[39]

[34] Zorgstandaard Dementie 2020
[35] 1. Overzicht aanbevelingen - Zelfmanagementondersteuning | Richtlijnen Langdurige Zorg
[36] 221213-kwaliteitsbeschrijving-geriatrische-revalidatiezorg-verenso.pdf
[37] Handreiking Kwetsbare ouderen thuis geactualiseerd
[38] Patiëntenfederatie Nederland | Patiënten doen er alles aan om de zorg…
[39] Nederland Zorgt voor Elkaar | NLZVE

5 Conclusie

Reablement kan vanuit de Zvw en de Wlz geboden worden. Maar door de kaders van de huidige wet- en regelgeving is reablement niet vrij toegankelijk voor elke kwetsbare oudere. Aan de ene kant biedt de wet professionals de ruimte om volgens het reablement gedachtegoed te werken en een interdisciplinaire aanpak in te zetten als de zorgvraag dit vereist. Aan de andere kant zien we ook dat de politieke keuzes gericht op het beheersbaar en betaalbaar houden van het basispakket, belemmerend werken voor reablement. Dit geldt voor de beperkingen in de vergoeding van paramedische zorg en het verplicht eigen risico voor paramedische zorg, zorg door de SO en arts VG.

Om te bevorderen dat reablement interventieprogramma's structureel toegankelijk worden voor ouderen, kan overwogen worden om de beperkingen voor vergoeding van paramedische zorg in de Zvw aan te passen. Zo zou bijvoorbeeld het aantal uren ergotherapie uitgebreid kunnen worden en zou een aantal uren fysio- en oefentherapie voor kwetsbare ouderen vergoed kunnen worden. Ook zou het verplichte eigen risico mogelijk aangepast kunnen worden. Het is aan de politiek en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om na te gaan of de keuzes die indertijd gemaakt zijn herzien moeten worden nu reablement en het langer thuis blijven wonen een prominente plek hebben in het HLO. Het Zorginstituut heeft geen onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen en gevolgen van wijzigingen in de beperkingen voor paramedische zorg en het verplicht eigen risico.

Een aparte aanspraak voor reablement of reablement interventieprogramma's binnen de Zvw is volgens het Zorginstituut niet nodig. De zorgonderdelen die het meest ingezet worden bij reablement en de interventieprogramma's (wijkverpleging en paramedische zorg) zijn al geborgd in de Zvw. Het is onwenselijk om de aanspraak op zorg dubbel te regelen. Daarnaast dient een aparte aanspraak zelfstandig te voldoen aan de wettelijke criteria (plegen te bieden en stand van de wetenschap en praktijk) en de pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, uitvaarbaarheid, noodzakelijkheid). Een aparte aanspraak in de Zvw neemt bovendien de knelpunten die partijen in de praktijk ervaren niet weg. Ook als reablement een aparte aanspraak heeft gelden de beperkingen op paramedische zorg en het verplichte eigen risico.

Inzet op reablement in de ouderenzorg hangt niet alleen af van de mogelijkheden om alle zorg die hierbij ingezet wordt te vergoeden. Als we als samenleving ervoor kiezen dat reablement het uitgangspunt moet zijn in de zorg en ondersteuning voor ouderen, zijn alle partijen aan zet:

- De overheid kan zich inzetten voor een goede aansluiting van het sociaal- en zorg domein.
- Beroepsgroepen kunnen het reablement gedachtegoed expliciet meenemen in hun beroepsnormen en kwaliteitsstandaarden.
- Zorgaanbieders kunnen zorgprofessionals structureel stimuleren en faciliteren om te werken vanuit het reablement gedachtegoed, bijvoorbeeld door trainingen aan te bieden en tijd te geven voor een brede analyse van de hulpvraag, het betrekken van het sociale netwerk en multidisciplinair overleg.
- Zorgverzekeraars kunnen bij de inkoop van zorg ook sturen op reablement.
- Ouderen en hun naasten kunnen zich inzetten voor het versterken van zelf- en samenredzaamheid.

Ten slotte

Het Zorginstituut wijst erop dat aansluiting met het sociaal domein essentieel is voor reablement. In het sociaal domein wordt al veel gedaan om gezonde leefstijl en zelfredzaamheid te stimuleren. Het aanbrengen van samenhang in ondersteuning en zorg binnen de Wmo, Zvw en Wlz draagt bij aan een meer toekomstbestendige organisatie van ondersteuning en zorg. Domeinoverstijgende samenwerking en/of bekostiging en -inkoop van ondersteuning en zorg helpt daarbij.

Daarnaast benadrukken we dat reablement meer is dan de reablement interventieprogramma's. Passende ouderenzorg vereist in veel gevallen reablement, in de zin van aandacht voor zelfredzaamheid, samenredzaamheid en eigen regie.
We hopen daarom dat alle partijen zich ook blijven inzetten op integratie van het reablement gedachtegoed in alle zorg voor ouderen. Het Zorginstituut ziet dat reablement interventieprogramma's een katalysator kunnen zijn voor het werken volgens de principes van reablement in de gehele ouderenzorg. Daarom vinden wij het belangrijk dat alle overheidspartijen het nodige doen om knelpunten op te lossen en deze programma's breeduit toegankelijk te maken voor alle kwetsbare ouderen die hier baat bij kunnen hebben.

Bijlage Consultatiereacties

We hebben een eerdere versie van dit rapport geconsulteerd bij de partijen van de werkgroep reablement van het HLO. Daarnaast hebben we het rapport voorgelegd aan een aantal andere partijen die betrokken zijn bij de zorg voor ouderen. We hebben alle partijen drie vragen gesteld: staan er feitelijke onjuistheden in het rapport, zijn er nog onduidelijkheden in de uitleg van de wet- en regelgeving en knelpunten die we niet benoemd hebben en heeft de partij nog iets aan ons mee te geven. Veel partijen hebben gereageerd op onze vragen. Meerdere partijen gaven aan dat we in het conceptrapport te weinig ingingen op de knelpunten in de Zvw wat betreft de vergoeding van ergo-, fysio- en oefentherapie, het interdisciplinair samenwerken en het multidisciplinair overleg. In het definitieve rapport gaan we daarom meer in op deze knelpunten en mogelijke oplossingen.
We hebben de consultatiereacties van alle partijen samengevat in onderstaande tabel. De schuingedrukte tekst in de tabel geeft aan hoe we de reacties hebben verwerkt.

Colofon

Volgnummer	2026003806
	vragen@zinl.nl
Afdeling	Zorg
Team	Eerstelijnszorg en Preventie
Uitgebracht aan	Minister van Langdurige zorg

Samenvatting reacties van de partijen van de werkgroep reablement van het HLO				
Partij	**Onjuistheden**	**Onduidelijkheden**	**Knelpunten**	**Meegevers**
ActiZ	Nederlandse definitie van reablement wordt niet expliciet gebruikt. *In het definitieve rapport gebruiken we de Nederlandse definitie van reablement.*	Onderscheid reablement gedachtegoed en reablement interventieprogramma's onvoldoende duidelijk *We leggen in het definitieve rapport uit dat de reablement interventieprogramma's invulling geven aan het gedachtegoed*	Ervaren knelpunten onvoldoende benoemd: paramedische zorg, coördinatietijd en interdisciplinair werken, verplicht eigen risico. *In het definitieve rapport benadrukken we de knelpunten meer. We noemen daarbij mogelijke oplossingen.*	Meer aandacht voor reablement interventieprogramma's en eigen regie. *In het definitieve rapport staan de interventieprogramma's meer op de voorgrond.* Een gemis dat Zorginstituut geen uitspraak doet over het voorliggend maken van reablement. *In het definitieve rapport leggen we uit dat het niet nodig is om reablement voorliggend te maken in de wet. Beroepsgroepen bepalen in welke gevallen verzekerden met een bepaalde zorgvraag aangewezen zijn op welke zorg. Zorgverleners en cliënten bepalen gezamenlijk welke zorg het meest passend is.*
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Nederlandse definitie wordt niet expliciet aangehaald *In het definitieve rapport halen we de Nederlandse definitie aan.*	In hoeverre is de verduidelijking een advies? *Het rapport betreft een verduidelijking van de huidige wet- en regelgeving. We geven in dit rapport geen advies aan de minister over eventuele wijziging van de wet. We geven wel aan dat een aparte aanspraak voor reablement niet nodig is en geen oplossing is voor de knelpunten die veldpartijen benoemen.*	Knelpunten met betrekking tot vergoeding van paramedische zorg, bekostiging van MDO* en verplicht eigen risico worden onvoldoende uitgelegd. *In het definitieve rapport benadrukken we de knelpunten meer en leggen uit dat een aparte aanspraak voor reablement geen oplossing is. We benoemen mogelijke oplossingen.*	Reablement vanuit Wmo is onderbelicht. *We benoemen dat reablement ook ondersteuning vanuit de Wmo betreft. We gaan hier niet diep op in omdat het Zorginstituut niet gaat over uitleg van de Wmo.* Aandacht voor prikkels in het stelsel die belemmerend zijn voor reablement. *We benoemen een aantal knelpunten en geven in hoofdstuk 4 in het*

		Hoe hangt deze verduidelijking samen met het advies Pafoz**? *Het advies Pafoz** geeft aan wat ervoor nodig is om nieuwe indicaties aan de chronische lijst toe te voegen. In het definitieve rapport leggen we dit uit.*		*definitieve rapport aan hoe reablement bevorderd kan worden.*
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)		In hoeverre valt deelname aan het MDO* door paramedici onder de verzekerde zorg als de zorg die zij bieden niet vergoed wordt vanuit de Zvw? *We leggen uit dat overleg onderdeel is van goede zorg die zorgverleners en daarmee deel uitmaakt van de verzekerde zorg. Hieruit volgt dat deelname van zorgverleners die zorg bieden die niet vergoed wordt vanuit de Zvw, niet vergoed kan worden.* Gebruik van het woord huisartsenzorg in plaats van zorg zoals huisartsen plegen te bieden en geneeskundige GGZ in plaats van zorg zoals psychologen plegen te bieden onder het kopje psychologische zorg in H2. *We hebben de formulering aangepast in het definitieve rapport*	Knelpunten die koplopers noemen voor fysiotherapie en MDO* vragen om meer aandacht en toelichting. *In het definitieve rapport benadrukken we de knelpunten meer en leggen uit dat een aparte aanspraak voor reablement geen oplossing is. We benoemen mogelijke oplossingen*	Suggestie: eigen bijdrage voor fysiotherapie noemen. *We benoemen dat in veel gevallen de eerste 20 behandelingen niet vergoed worden en mensen deze zelf moeten betalen.*
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)	Impliciete conclusie dat alles goed geregeld is voor reablement terwijl er knelpunten zijn.	Wat zegt het Pafoz-rapport over mogelijke uitbreiding van de lijst van aandoeningen waarvoor fysiotherapie vergoed kan worden	Zijn er mensen die niet deelnemen aan reablement-trajecten omdat ergo-, fysio- en oefentherapie niet vergoed wordt en het verplichte eigen risico?	Suggestie: benoemen dat evaluaties nodig zijn.

	In het definitieve rapport gaan we meer in op de knelpunten en mogelijke oplossingen hiervoor	uit de Zvw en over het heroverwegen van de uitsluiting van de eerste 20 behandelingen van vergoeding? *In het advies Pafoz** staat wat ervoor nodig is om een nieuwe indicatie voor fysio- en oefentherapie toe te voegen aan de chronische lijst.*	*De koplopers geven aan dat dat inderdaad zo is. Wij weten niet hoe vaak dit aan de orde is. In het definitieve rapport gaan we meer in op de knelpunten en mogelijke oplossingen hiervoor*	
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Verpleegkundig specialist mist onder het kopje 'aanspraak op medische zorg' en opsomming. Er is geen beroepsprofiel voor wijkverpleegkundigen, wel voor verpleegkundigen *In het definitieve rapport noemen we de verpleegkundig specialist en hebben het niet meer over het beroepsprofiel voor wijkverpleegkundigen.*	Welke mogelijkheden zijn er voor fysio- en oefentherapie voor mensen die geen aanvullende verzekering hebben? *We leggen uit in welke gevallen fysio- en oefentherapie wel en niet vergoed kunnen worden vanuit de Zvw. Daarnaast geven we aan dat het in principe mogelijk is dat de chronische lijst met indicatie voor fysio- en oefentherapie uitgebreid kan worden. In het advies Pafoz** staat wat hiervoor nodig is.*		Gemiste kans dat het rapport zich richt op ouderen en niet op alle mensen die de brede blik op hun hulpvragen en zorgbehoefte nodig hebben én de focus op het versterken van autonomie en zelf- en samenredzaamheid. Suggestie om de term 'mensen' te gebruiken in plaats van 'ouderen'. *We geven aan dat we ons in dit rapport richten op ouderen, maar dat onze verduidelijking van de wet in grote lijnen geldt voor alle patiëntengroepen.* Suggestie om aanbevelingen toe te voegen voor fysio- en oefentherapie voor mensen zonder aanvullende verzekering *We geven aan dat mogelijk de chronische lijst voor fysiotherapie uitgebreid kan worden en dat in het advies Pafoz** beschreven is welke stappen daartoe gezet moeten worden.*
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)				Niet passend om meerjarencontracten in paragraaf 3.4 te noemen. *We hebben de tekst aangepast in het definitieve rapport*

				Suggestie om in paragraaf 3.4 na 'Daarnaast kunnen zij sturen op gezondheid in plaats van ziekte.' de volgende zin toe te voegen: 'Zorgkantoren kunnen dit doen door te sturen op kwaliteit van bestaan. *We hebben de tekst aangepast in het definitieve rapport*
Samenvatting van de reacties van andere partijen die meegelezen hebben				
Ergotherapie Nederland	Volgens internationale definities is ergotherapie is niet altijd maar wel vaak betrokken *In het definitieve rapport hebben we dit aangepast*		Onvoldoende benoemd dat gezamenlijke actie nodig is om reablement van de grond te krijgen. Beperkingen in aanspraak ergo-, fysio- en oefentherapie zijn belemmerend voor reablement. De huidige vergoeding van ergotherapie is te beperkt. Het eerstelijns tarief is niet passend bij complexe interdisciplinaire zorg, MDO* kan niet apart gedeclareerd worden Tijd en financiering zijn beperkende factoren voor MDO* Verplicht eigen risico belemmert samenwerking. *We gaan uitgebreider in op bovengenoemde knelpunten in het definitieve rapport*	Oplossingen liggen in: Verruiming van aanspraken (fysio-/oefentherapie, ergotherapie). Declarabele tijd voor multidisciplinair overleg. Passende tarieven voor complexe, interprofessionele zorg. *De NZa gaat over de bekostiging, het Zorginstituut niet. Ook kan het Zorginstituut de beperkingen die gelden voor ergo-, fysio-, en oefentherapie niet aanpassen. Dit ligt bij de politiek en VWS.* Goede inzet van reablement interventies leidt niet tot medicalisering. *We benoemen dat het MDO* vraagt om een passende bekostiging en dat de Nza hiermee bezig is. En we geven aan dat de politiek en VWS de beperkingen kunnen heroverwegen.*
Groenoord Zorgt	Geen onjuistheden			Hoop dat dit document de start kan zijn voor een stevige lobby.

InEen				Onze leden houden zich zover wij weten niet bezig met de implementatie van reablement en zien daarmee ook geen rol voor ons om commentaar te geven op het rapport.
Koninklijk Nederlands Genootschap voor fysiotherapie (KNGF)	Fysiotherapie is geen interventie, maar een beroep. *Voor het Zorginstituut is fysiotherapie geneeskundige zorg.*		Suggestie: in de conclusie benadrukken dat beperkingen in de vergoeding van fysio- en oefentherapie een grote drempel vormen voor reablement. *Dit benoemen we in het definitieve rapport* Suggestie: meer benadrukken dat de beperkingen in de vergoeding van fysio- en oefentherapie een belemmerend zijn voor zorg waarbij versterking van zelf- en samenredzaamheid centraal staat. *Dit benoemen we in het definitieve rapport* MDO* wordt niet voor alle zorgverleners vergoed. Een passende bekostiging zou hier een oplossing voor kunnen zijn. *In het definitieve rapport geven we aan dat een passende bekostiging noodzakelijk is. De NZa denkt hierover na.*	Verzoek om in conclusie ook te benoemen dat uitbreiding van de chronische lijst een oplossing biedt voor een deel van de knelpunten. *We benoemen dit niet in de conclusie, maar wel in hoofdstuk 2.* Suggestie om knelpunt met betrekking tot het MDO* en het belang van een passende bekostiging hiervoor mee te nemen in de conclusie. *We benoemen dit in hoofdstuk 4.*
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Handreiking kwetsbare oudere geeft handvatten en geen aanbevelingen, het is geen richtlijn. Huisartsen maken geen deel uit van GGZ Huisartsen werken niet met persoonsgerichte behandelplannen en dragen	Bij NHG niet bekend dat deelname van huisartsen aan MDO* vergoed wordt. *De NZa stelt dat tijd voor overleg is opgenomen in de tarieven. In het definitieve rapport benoemen we dit.*		

	hier geen verantwoordelijkheid voor *In het definitieve rapport hebben we deze zaken gecorrigeerd*			
Nederlandse Vereniging voor. Logopedie en Foniatrie		Geen onduidelijkheden	Geen andere knelpunten dan genoemd in het conceptrapport	
Nederland Zorgt voor elkaar				Eens met conclusie, reablement is terug naar normaal
Patiëntenfederatie Nederland				Eens met conclusie dat geen aparte aanspraak nodig is. Voor toegankelijkheid is het belangrijk om uitsluiting van vergoeding van eerste 20 fysiotherapie behandelingen te heroverwegen. *We geven in het definitieve rapport aan dat VWS en de politiek de beperkingen op fysiotherapie kunnen heroverwegen.*
Reable Nederland				Het rapport is een mooie aanzet. *Dat is inderdaad de bedoeling van dit rapport.*
Samen	De Nederlandse definitie voor reablement is niet gebruikt in het conceptrapport. *In het definitieve rapport halen we de Nederlandse definitie aan.* Het gedachtegoed en reablement	Wie moeten zich inspannen voor de bekostiging van het interdisciplinair overleg? *De NZa gaat over de bekostiging. Het Zorginstituut geeft aan dat overleg deel uitmaakt van de zorg die zorgverleners bieden in de Zvw. Deelname aan het overleg die gewen zorg bieden aan de cliënt kan niet vergoed worden*	Te weinig aandacht op knelpunten die door koplopers bij reablement interventieprogramma's worden ervaren. *In het definitieve rapport gaan we meer in op deze knelpunten.* Schotten tussen Wmo, Zvw en Wlz zijn ook een belangrijk knelpunt voor een integrale domeinoverstijgende inzet op reablement.	Mogelijk zou het Zorginstituut stelling kunnen nemen en over wettelijke verankering van reablement in de zin dat hulp voor herwinnen van zelfredzaamheid een voorwaarde is voor structurele zorg. *We leggen in het definitieve rapport uit dat deze wettelijke verankering niet nodig is. Zorgverleners bepalen samen met cliënten welke zorg passend is. Als*

	interventieprogramma's staan niet los van elkaar. *Daar zijn wij het mee eens. We geven aan dat in de interventieprogramma's invulling wordt gegeven aan het gedachtegoed.* De rol die de overheid/ systeempartijen kunnen nemen wordt onvoldoende genoemd *In het definitieve rapport geven we aan wat de overheid kan doen om reablement te bevorderen.* Interdisciplinair perspectief in plaats van multidisciplinair. *Dit hebben we aangepast in het definitieve rapport*	*vanuit de Zvw. We leggen dit uit in het definitieve rapport.*	*We benoemen dit in het definitieve rapport.*	*eerst reablement nodig is, kunnen zij dit bieden (als de knelpunten wat betreft paramedische zorg, verplicht eigen risico en interdisciplinair overleg zijn opgelost). Hiervoor is het van belang dat beroepsgroepen aangeven wanneer reablement, op welke manier, aan de orde is.*
Verenso			Inderdaad aandacht nodig voor ergotherapie en fysiotherapie. Bekostiging MDO* voldoet niet voor meer intensieve overleggen. Er is geen bekostiging voor deelname aan het MDO* door zorgverleners die de cliënt niet zelf hebben gezien. *We benoemen deze knelpunten in het definitieve rapport*	Reablement zoals beschreven is voor specialisten ouderengeneeskunde niet nieuw, het vormt feitelijk altijd al een onderdeel van de behandeling, bijvoorbeeld bij GRZ. Wij zien wel kansen en mogelijkheden om breder te verkennen hoe reablement ook op andere plekken goed kan worden geïntegreerd in behandeltrajecten. *Wij zijn het hiermee eens*
Zorgthuis-NL	De Nederlandse definitie voor reablement die vanuit ZonMw trajecten is		Versnippering van vergoeding *In het definitieve rapport benoemen we impliciet dit knelpunt*	Integrale bekostiging voor reablement interventieprogramma's zou helpen.

	geformuleerd wordt niet gebruikt *In het definitieve rapport halen we de Nederlandse definitie aan.*			*We benoemen dit niet omdat de NZa hierover gaat.* Het risico is er dat we reablement te strikt gaan kaderen waardoor we goede initiatieven juist verliezen. Aandacht nodig voor reablement in de Wmo omdat dit kan leiden tot kostenbesparingen in Zvw en Wlz. *We zijn het eens met deze twee punten.*
We hebben geen reactie ontvangen van: De Seniorencoalitie, Federatie voor Gezondheid, Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Sociaal Werk Nederland, Vereniging SPOT en ZonMw.				
*MDO: multidisciplinair overleg **Pafoz Advies - Passende aanspraak fysio- en oefentherapeutische zorg | Zorginstituut Nederland				