Toelichting

Algemeen

1. Inleiding en samenvatting

Met dit besluit is het op de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) gebaseerde Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) met ingang van 1 januari 2020 gewijzigd in verband met aanpassingen in de te verzekeren prestaties Zvw (het basispakket). Het Bzv wordt gewijzigd naar aanleiding van een advies van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) over de prestatie van ziekenvervoer en omvat tevens een verruiming van de vergoeding van apotheekbereidingen en een wijziging van de vrijstelling van het verplicht eigen risico bij de artsenfunctie in de eerste lijn.

Voorhangprocedure

Ter uitvoering van de voorhangprocedure uit hoofde van in artikel 124 van de Zvw is het ontwerpbesluit op PM 2019 aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd (Kamerstukken II 2018/19, 29689 nr. PM). De voordracht voor de vast te stellen algemene maatregel van bestuur kon daardoor niet eerder worden gedaan dan op PM 2019. In het Algemeen Overleg Pakketmaatregelen van PM 2019 heeft de vaste Kamercommissie van de Tweede Kamer voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) met de Minister voor Medische Zorg gesproken over de pakketmaatregelen.

2. Wijzigingen in het basispakket 2020

a. Apotheekbereidingen

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg vallen geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Mits het rationele farmacotherapie[1] betreft, worden daarnaast onder meer apotheekbereidingen[2] vergoed. Dat geldt echter niet voor bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in het GVS. Het is wenselijk hierop bij ministeriële regeling in ieder geval in de volgende situaties een uitzondering te kunnen maken:

- indien de apotheekbereiding al in de praktijk wordt toegepast voordat het (nagenoeg) gelijkwaardige geneesmiddel is geregistreerd.
  Geregistreerde geneesmiddelen dienen opgenomen te zijn in het GVS om uit hoofde van de zorgverzekering vergoed te kunnen worden. Daar gaat (doorgaans) een aanvraag en een besluitvormingsprocedure aan vooraf, waaronder advisering door het Zorginstituut. Het is wenselijk dat de bereiding vergoed kan blijven worden in de periode vanaf de registratie tot het besluit over opname van het geneesmiddel in het GVS. Daartoe zal in de Regeling zorgverzekering (Rzv) worden bepaald dat apotheekbereidingen gedurende die periode in beginsel vergoed blijven worden. In beginsel, omdat een apotheekbereiding in een zeer uitzonderlijk geval mogelijk niet aan de pakketcriteria voldoet.

- indien de minister besloten heeft het (nagenoeg) gelijkwaardige geregistreerde geneesmiddel niet in het GVS op te nemen vanwege een ongunstige kosteneffectiviteit of een te hoge budgetimpact.

[1] Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering onderscheidenlijk de patiënt (Stb. 2002, 242).
[2] Aangezien dit besluit daar geen verandering in brengt, blijven hier andere juridische kaders voor apotheekbereidingen, zoals de Geneesmiddelenwet en de Rijksoctrooiwet 1995, buiten beschouwing.

In beginsel zal in de Rzv worden neergelegd dat de, al dan niet reeds bestaande, apotheekbereiding wel wordt vergoed. Wanneer een geregistreerd geneesmiddel niet wordt opgenomen omdat het niet effectief[3] is of omdat het niet noodzakelijk is het ten laste te brengen van het collectief, ligt het in de rede dat ook de apotheekbereiding niet wordt vergoed. Daarmee wordt voorkomen dat een geneesmiddel dat niet voldoet aan de pakketcriteria alsnog via een bereiding wordt vergoed. Het is echter niet uit te sluiten dat ook de apotheekbereiding niet aan de pakketcriteria voldoet. Het Zorginstituut zal in een advies over een geregistreerd geneesmiddel met een ongunstige kosteneffectiviteit of een te hoge budgetimpact een vergelijking maken tussen het geregistreerde geneesmiddel en de eventueel bestaande apotheekbereiding. Op basis van die informatie kan de minister bepalen of de bestaande apotheekbereiding in het pakket wordt opgenomen. Overigens kan de minister ook een apotheekbereiding uitsluiten die voor het eerst beschikbaar komt *na* het besluit het geregistreerde geneesmiddel niet in het GVS op te nemen. Daartoe kan besloten worden indien er reden is om aan te nemen dat de apotheekbereiding niet aan de criteria voor pakketopname voldoet.

Geneeskundige zorg

Hoewel geen onderdeel van deze wijziging van het Bzv, wordt hier opgemerkt dat ook aanpassing behoeft de vergoeding van apotheekbereidingen die worden toegepast in het kader van geneeskundige zorg (intramurale geneesmiddelen). Deze aanpassingen zullen worden aangebracht door middel van wijzigingen van de Rzv.

Intramurale geneesmiddelen stromen in principe het te verzekeren pakket in zodra de behandeling met het geneesmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook de apotheekbereiding wordt in die gevallen vergoed[4]. Met het oog op het nemen van maatregelen die een beheerste instroom in het basispakket mogelijk maken, geeft artikel 2.4a Bzv de bevoegdheid om bij ministeriële regeling dure intramurale geneesmiddelen (tijdelijk) uit te sluiten van het basispakket. Dit wordt 'de sluis' genoemd. Tot nu toe worden intramurale geneesmiddelen in de sluis geplaatst door vermelding van de werkzame stof in artikel 2.1 Rzv. Als gevolg daarvan is ook de apotheekbereiding uitgesloten van het basispakket.

Wanneer een intramuraal geneesmiddel in de sluis wordt geplaatst, is het in ieder geval in de volgende situaties wenselijk de apotheekbereiding ervan te kunnen (blijven) vergoeden:

- indien de apotheekbereiding al werd toegepast bij patiënten voorafgaande aan plaatsing van het intramurale geneesmiddel in de sluis. De procedure voor toepassing van de sluis behelst onder meer advisering over het geneesmiddel door het Zorginstituut. Zolang het geneesmiddel in de sluis is geplaatst en het Zorginstituut nog geen advies heeft uitgebracht, blijft de bereiding vergoed worden;
- indien het Zorginstituut advies heeft uitgebracht en de minister besloten heeft de sluis niet op te heffen omdat geen afdoende maatregelen getroffen konden worden ten behoeve van een verantwoorde instroom van het intramurale geneesmiddel in het basispakket. In beginsel blijven reeds bestaande apotheekbereidingen vergoed worden. Echter, ook in deze situatie wordt nog wel getoetst of de apotheekbereiding deel kan uitmaken van het basispakket. Het Zorginstituut zal in het advies over het geneesmiddel voortaan een vergelijking maken met de eventueel bestaande apotheekbereiding. Wanneer – mede op basis van informatie van het Zorginstituut – blijkt dat ook de bereiding zelf niet voldoet aan de pakketcriteria, wordt de apotheekbereiding eveneens

[3] Op grond van artikel 2.1, tweede lid, Bzv worden de inhoud en omvang van de te verzekeren zorg mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

[4] Anders dan intramurale geneesmiddelen worden apotheekbereidingen niet met een afzonderlijke "add-on" bekostigd, maar als onderdeel van een diagnose-behandelcombinatie (DBC).

uitgesloten. Zo'n besluit kan ook genomen worden over nieuw ontstane bereidingen.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat wanneer een intramuraal geneesmiddel niet effectief is, ook de apotheekbereiding niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt aangezien de bereiding dan eveneens niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

b. Versterking artsenfunctie eerste lijn

In de brieven van PM over de wijzigingen in het basispakket per 1 januari 2020 (Kamerstukken II 2018/19 PM) en over de "Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen" is aangegeven dat de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling per 1 januari 2021 komt te vervallen en dat deze zorg onder de noemer "Geneeskundige zorg voor specifieke groepen" in het geheel in het basispakket wordt ondergebracht. Vooruitlopend op de volledige overheveling van deze geneeskundige zorg voor specifieke groepen wordt per 1 januari 2020 al een belangrijke stap gezet door de artsenfunctie in de eerste lijn te versterken. Dit betekent dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten vanuit de zorgverzekering de geneeskundige zorg gaan bieden.

De zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten bieden valt volgens het Zorginstituut onder de reeds in het Bzv beschreven prestatie "zorg zoals huisartsen plegen te bieden". De specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten maken gebruik van hetzelfde professionele arsenaal als de huisartsen, maar kennen binnen die generalistisch geneeskundige zorg hun eigen specialisme op grond van artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidzorg.[5]

Zoals aangegeven in de genoemde brief over het basispakket in 2020, heeft deze duiding ook gevolgen voor het verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorg in het basispakket, tenzij het gaat om een zorgvorm die nadrukkelijk is uitgesloten. Eén van die uitzonderingen is de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De achterliggende reden voor deze uitzondering is dat de huisarts als eerste aanspreekpunt voor mensen en als poortwachter van het stelsel beschikbaar is zonder enige financiële drempel. Hiermee is dus de directe toegang tot de huisarts gewaarborgd. De specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten hebben niet een soortgelijke rol en zijn juist beschikbaar *nadat* een huisarts een verwijzing heeft gegeven. Gezien deze specifieke kennis die beschikbaar is na een verwijzing door de huisarts, is het logisch om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten niet uit te zonderen van het verplicht eigen risico. Bovendien geldt bij vergelijkbare zorgvormen als het eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg (beide met verblijf) en de zintuiglijke gehandicaptenzorg ook het eigen risico. In de artikelsgewijze toelichting wordt nader ingegaan op de wijze waarop de uitzondering op het verplicht eigen risico in het Bzv en de Rzv juridisch wordt vormgegeven.

c. Ziekenvervoer

In 2018 is door het Zorginstituut advies uitgebracht over een nieuwe en toekomstbestendige vormgeving van de prestatie ziekenvervoer. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om de huidige prestatie ziekenvervoer, zoals omschreven in artikel 2.14 Bzv, te vervangen door de regel waarin de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling bepalend is of er aanspraak bestaat op (vergoeding van) het vervoer. Hiermee wordt de huidige invulling van de hardheidsclausule tot regel gemaakt en toegepast op alle verzekerden met een behoefte aan vervoer. Echter, de

[5] Deze erkenningen hebben plaatsgevonden via het toenmalig College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten dat in 2010 is opgegaan in het College Geneeskundige Specialismen.

consequenties voor de huidige groepen gebruikers die nu onder de aanspraak vallen, zijn toen nog niet in beeld gebracht. Om die reden is het Zorginstituut gevraagd om een aanvullend rapport uit te brengen en deze consequenties in kaart te brengen. In de brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van PM over het basispakket Zvw in 2020 (Kamerstukken II 2018/19 PM) is ingegaan op deze aanvullende rapportage. Het Zorginstituut heeft in deze rapportage aangegeven dat bij het opvolgen van een advies om de huidige prestatie te vervangen door een generieke regel waarin de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling bepalend is of er aanspraak bestaat op (vergoeding van) het vervoer groot effect heeft op de huidige groepen gebruikers. De oorzaak hiervan is dat de vervoersbewegingen qua frequentie, afstand en duur ook binnen de verschillende categorieën heel erg uiteen kunnen lopen. Indien dan gekozen wordt voor een generieke regel heeft dit tot gevolg dat veel verzekerden geen aanspraak meer kunnen maken op ziekenvervoer. Door deze aanvullende rapportage van het Zorginstituut is gebleken dat het eerdere advies is achterhaald en dat de beste oplossing is om het huidige systeem van het benoemen van aantal categorieën aangevuld met een hardheidsclausule te behouden. Hiervoor is dan ook gekozen. De categorie geriatrische revalidatiezorg wordt als categorie aan de aanspraak toegevoegd. Het vervoer voor deze categorie werd al vergoed op grond van de hardheidsclausule, maar wordt nu formeel ingebed in het Bzv.

Daarnaast vindt steeds meer specialisatie en de daarmee samenhangende centralisatie van zorg plaats. Dat brengt met zich mee dat sommige patiënten gedurende een aaneengesloten periode dagelijks lange afstanden moeten reizen naar het ziekenhuis waar zij worden behandeld. Om die reden is het Zorginstituut gevraagd om na te gaan of in plaats van vervoer logeren vergoed zou kunnen worden. Daarbij gaat het om de situatie waarin het minder belastend zou zijn voor de patiënt om te logeren in plaats van heen en weer te reizen. Het Zorginstituut heeft geadviseerd dat dit mogelijk zou moeten zijn. Daarbij wordt vooral gedacht aan patiënten die voor langere tijd en over grotere afstand heen en weer moeten reizen voor zorg die geconcentreerd is op een beperkt aantal plaatsen. Zo zijn er verschillende expertisecentra, onder andere het protonencentrum in Groningen waar patiënten voor een lange periode een dagbehandeling moeten ondergaan. In het geval van protonentherapie moet een patiënt vijf tot zeven weken, vijf dagen per week worden bestraald. In een dergelijk geval kan het minder belastend zijn voor de patiënt om te logeren. Er is voor gekozen om logeren mogelijk te maken als sprake is van drie aaneengesloten dagen, waarop anders vervoer nodig zou zijn. De gedachte achter de drie dragen is dat het redelijk wordt gevonden dat als patiënten vaker dan twee keer heen en weer zouden moeten het minder belastend kan zijn om te logeren. In het geval de patiënt in aanmerking komt voor vervoer (dus onder een van de categorieën van de aanspraak ziekenvervoer valt) en sprake is van tenminste drie aaneengesloten dagen behandeling, dan kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een tegemoetkoming in de kosten voor logeren verstrekken. De verzekerde heeft dan aanspraak op een vergoeding voor zijn heen- en terugreis naar de behandellocatie en voor twee of meer overnachtingen in de buurt van de behandellocatie. De logeervergoeding komt dus gedeeltelijk in plaats van de vervoersvergoeding. Uiteraard gaat het hierbij niet om situaties waarin de afstand zo kort is dat vervoer niet als te belastend kan worden gezien.

Het Zorginstituut meent dat een verblijffaciliteit verbonden aan het ziekenhuis waar de behandeling wordt verleend de beste optie vormt voor patiënten om te logeren. Sommige expertisecentra zijn al bezig om appartementen op het ziekenhuisterrein te bouwen, maar dit zal niet op korte termijn gerealiseerd kunnen zijn. Om die reden zal in de tussentijd het ook mogelijk zijn om tegemoetkoming te ontvangen voor de kosten voor een bijvoorbeeld een ‘bed and breakfast’ of andere logeervoorziening. Voor het verblijf voor kinderen die voor een lange periode dagbehandeling moeten ondergaan zijn er diverse initiatieven, waarbij een ouder samen met een kind dichtbij het ziekenhuis in een woning kunnen verblijven. Om ervoor te zorgen dat alle verzekerden eenzelfde tegemoetkoming krijgen in de logeerkosten wordt deze uniform bij ministeriële regeling vastgesteld. De hoogte van de vergoeding zal worden bepaald aan de hand van de hoogte van de kosten van bestaande logeertarieven.

3. Consultatie

Het ontwerpbesluit is ter consultatie voorgelegd aan diverse partijen, waaronder het Zorginstituut, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland. Met betrekking tot ziekenvervoer is door het Zorginstituut in het kader van het opstellen van zijn aanvullend advies van december 2018[6] een groot aantal partijen geconsulteerd, waaronder de Nederlandse Federatie voor Kankerpatiënten, Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in). Uit de reacties van partijen volgt dat zij van mening zijn dat de er grote nadelen kleven aan de door het Zorginstituut onderzochte alternatieven voor het huidige systeem; zie voor uitgebreide toelichting paragraaf 2, onder c, en mijn brief over het basispakket Zvw per 2020.[7] Daarom is besloten om het huidige systeem te handhaven.

4. Financiële gevolgen

Apotheekbereidingen

Indien een apotheekbereiding conform bovenstaande systematiek wordt vergoed uit hoofde van het basispakket, vallen de kosten ervan in het financiële kader voor Farmaceutische Zorg dan wel Medisch Specialistische Zorg. Voor dergelijke toevoegingen is financiële groeiruimte beschikbaar voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars (net als voor de reguliere toelating van nieuwe geneesmiddelen). De kosten voor apotheekbereidingen zijn relatief gezien laag (de gemiddelde kosten van een extramurale apotheekbereiding bedroeg in 2017 € 160 per uitgifte en apotheekbereidingen hebben per definitie een beperkte omvang voor wat betreft het aantal patiënten).[8] De situatie dat een geregistreerd geneesmiddel is afgewezen voor de basisverzekering vanwege een negatieve kosteneffectiviteit of hoge macrokosten is nog niet voorgekomen. Het enige geneesmiddel dat (aanvankelijk) is afgewezen is Orkambi. Dit middel is uiteindelijk, na een verdere onderhandeling, alsnog beschikbaar gekomen.

Ziekenvervoer

Er zal naar verwachting geen sprake zijn van hogere kosten voor de prestatie ziekenvervoer. Mogelijk treedt zelfs een kleine besparing op doordat relatief duur en frequenter vervoer wordt vervangen door de logeerkosten, indien de verzekerde hiervoor op grond van het nieuwe zesde lid van artikel 2.14 Bzv in aanmerking komt. Doordat vergoeding alleen mogelijk is als een verzekerde ook recht zou hebben op vervoer is sprake van substitutie. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat artsen patiënten niet meer in het ziekenhuis opnemen, omdat ze kunnen verblijven in de buurt van het ziekenhuis, waardoor dus zelfs sprake kan zijn van substitutie met ziekenhuisopname.

5. Gevolgen voor de regeldruk

De maatregelen in dit besluit hebben geen regeldrukeffecten voor burgers, bedrijven/instellingen of professionals. Zorgaanbieders maken ook nu al afspraken over de te leveren zorg, wisselen gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten en brengen de kosten van zorg in rekening. Voor de zorgverzekeraar en cliënten sluit het aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten. De Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR) kan zich verenigen met dit standpunt.

Artikelsgewijs

[6] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/12/20/pakketadvies-ziekenvervoer
[7] Kamerstukken II, 2018/19, 29689 nr. PM.
[8] Zorginstituut schat de kosten van de apotheekbereiding van Leadiant op € 20.000 tot € 25.000 per jaar per patiënt. Bron: GVS-advies chenodeoxycholzuur (Chenodeoxycholic acid Leadiant®) bij de behandeling van cerebrotendineuze xanthomatose (CTX) d.d. 22 november 2018.

Artikel I, onderdeel A

Aan artikel 2.8, tweede lid, onderdeel d, Bzv is de mogelijkheid toegevoegd bij ministeriële regeling een uitzondering te maken op de hoofdregel dat geneesmiddelen, waaronder apotheekbereidingen, niet worden vergoed als deze (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel. De situaties waarin van deze mogelijkheid gebruik gemaakt wordt, zijn uiteengezet in paragraaf 2, onder a, van deze nota van toelichting. Het regelen van de uitzonderingen vergt maatwerk dat gelet op de continue introductie van geneesmiddelen doorlopend en telkens op korte termijn verricht moet kunnen worden. Delegatie van regelgevende bevoegdheid aan de minister is daarom aangewezen.

Artikel I, onderdeel B

Met dit onderdeel is artikel 2.14 Bzv zo gewijzigd dat het voor verzekerden mogelijk wordt om kosten voor logeren vergoed te krijgen in plaats van kosten voor vervoer. In het algemene deel van de toelichting is toegelicht in welke gevallen deze mogelijkheid bestaat. In het nieuwe zesde lid van artikel 2.14 van het Bzv is geregeld dat kosten voor logeren vergoed kunnen worden indien een verzekerde behoort tot één van de groepen waarvan de vervoerskosten worden vergoed op grond van artikel 2.14, eerste lid, Bzv of recht heeft op vergoeding van de vervoerkosten op grond van de hardheidsclausule (artikel 2.14, derde lid, Bzv). Voor de vergoeding van kosten voor logeren geldt dat de verzekerde het vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig heeft. Is daarvan sprake, dan kan de verzekeraar de kosten voor logeren vergoeden in plaats van de te maken kosten van het vervoer. De verzekerde zal de verzekeraar moeten verzoeken om van deze mogelijkheid gebruik te maken.

In het nieuwe zesde lid van artikel 2.14 Bzv is bepaald dat de vergoeding voor kosten van het logeren bij ministeriële regeling wordt bepaald. Bij de vaststelling van het bedrag van de vergoeding zal rekening worden gehouden met de hoogte van de kosten van bestaande logeertarieven en de gebruikelijke eigen bijdrage voor het zittend ziekenvervoer. Deze eigen bijdrage geldt op grond van artikel 2.16e Bzv immers voor het ziekenvervoer en daardoor niet in het geval gebruik wordt gemaakt van een logeermogelijkheid. Voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie betaalt de verzekerde wél de eigen bijdrage.

Artikel 2.14 Bzv is ook op enkele punten tekstueel aangepast. In de eerste plaats is nadrukkelijk geregeld dat een recht op (vergoeding van) ziekenvervoer bestaat voor verzekerden die zijn aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c Bzv. Het vervoer voor deze groep werd al vergoed op grond van de hardheidsclausule van het derde lid van artikel 2.14 Bzv. Met het nieuwe onderdeel f van het eerste lid van artikel 2.14 Bzv is deze groep duidelijk genoemd, zodat geen onduidelijkheid meer kan bestaan over het recht op ziekenvervoer voor mensen die dit vervoer nodig hebben in het kader van het ontvangen van de geriatrische revalidatiezorg.

Verder is van de gelegenheid gebruik gemaakt om in het vierde lid het woordje “geeft” in te voegen. Dit is het herstel van een redactionele misslag.

Artikel I, onderdeel C

Artikel 2.17, eerste lid, onder b, Bzv is gewijzigd naar aanleiding van de versterking van de beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten in de eerste lijn. Tot 1 januari 2020 werd de inzet van deze artsen bekostigd vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Vanaf 1 januari 2020 valt hun inzet onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden in de zin van artikel 2.4, eerste lid, Bzv. Met de wijziging van artikel 2.17, eerste lid, onder b, Bzv is geregeld dat de bestaande uitzondering op de toepassing van het

verplicht eigen risico geldt voor zover het gaat op enkele specifieke onderdelen van "zorg zoals huisartsen plegen te bieden". Het gaat om de volgende onderdelen:

1. huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg,

2. het stoppen-met-rokenprogramma, en

3. de gecombineerde leefstijlinterventie.

De genoemde onderdelen worden op dit moment via aparte beleidsregels van de NZa bekostigd op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg. De term "huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" omvat de zorg die momenteel wordt bekostigd op grond van de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 (BR/REG-19133). Deze beleidsregel omvat de bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg en multidisciplinaire zorg waarvan huisartsenzorg onderdeel is (multidisciplinaire eerstelijnszorg), samengebracht in één model en opgebouwd rondom drie segmenten. Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als poortwachter. Het tweede segment richt zich op "multidisciplinaire eerstelijnszorg", waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie en bevat ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma. Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg.

Ook de bekostiging van de zogenoemde huisartsendienstenstructuur (huisartsenposten) valt voor de toepassing van het nieuwe artikel 2.17, eerste lid, onder b, Bzv onder de term "huisartsenzorg". De Beleidsregel huisartsendienstenstructuur (BR/REG-19138) is van toepassing op geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (huisartsenzorg), die wordt geleverd in een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband, opgericht ten behoeve van spoedeisende huisartsenzorg in avond, nacht en weekend en op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnwet.

Voor de zorg die valt onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden maar die niet kan worden gezien als zorg als bedoeld onder een van de genoemde onderdelen, geldt het verplicht eigen risico. Dat is dus ook het geval bij de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten die toegankelijk is na verwijzing van de huisarts en waarvan de kosten vallen onder het budgettair kader geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. Deze zorg valt niet onder "huisartsenzorg" als bedoeld nieuwe artikel 2.17, eerste lid, onder b, Bzv. De NZa zal dan ook de bekostiging van deze zorg vormgeven onder een aparte beleidsregel (voorheen de prestaties S335/S336).

Onderdeel d van het eerste lid van artikel 2.17 Bzv vervalt omdat de daar genoemde beleidsregel inmiddels is vervangen door de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 (BR/REG-19133) die wordt begrepen onder artikel 2.17, eerste lid, onder b, onder 1°, Bzv.

Ook het vierde lid van artikel 2.17 Bzv vervalt. Die bepaling is inmiddels opgenomen in artikel 19, vijfde lid, Zvw.

De Minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins