



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Zorgverzekeringen
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

2021007172

Datum 26 mei 2021
Betreft Notitie Verduidelijking over de inhoud en omvang van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet en de gevolgen van de wijziging van 1 januari 2020 van het Besluit zorgverzekering.

Onze referentie 2021007172

Geachte heer B.,

In uw brief van 4 augustus 2020 (uw kenmerk: 1709541-207268-Z a) vraagt u Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) om advies uit te brengen over het bredere vraagstuk van de aanspraken in de Zorgverzekeringswet, de taakverdeling tussen verschillende zorgverleners, het bevorderen van de juiste zorg op de juiste plek en hoe het verplicht eigen risico daaraan kan bijdragen. Aanvullend op dit schrijven kwam tijdens gesprekken met uw directie naar voren dat er vooral behoefte bestaat aan een nadere uitleg van het Zorginstituut over de huidige omschrijving van de vrijstelling in artikel 2.17, eerste lid onder a van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Als we de vragen uit de adviesopdracht met betrekking tot het verplicht eigen risico in samenhang zien met onze wettelijke taken dan zien we voor het Zorginstituut een beschrijvende en geen adviserende rol. Vandaar dat we verder zullen spreken over een toelichting in plaats van een advies.

We hebben een en ander beschreven in onze notitie Verduidelijking Zorginstituut Nederland over de inhoud en omvang van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet. Wij geven in deze notitie antwoord op de volgende vragen:

- Hoe is de generieke vrijstelling van het verplicht eigen risico op dit moment geregeld?
- Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om specifieke zorgvormen uit te sluiten van het verplicht eigen risico?
- Wat zijn de gevolgen van het toepassen van het verplicht eigen risico als zorg wordt verplaatst binnen de eerste lijn?
- In hoeverre is er sprake van dezelfde handeling die door twee typen zorgverleners wordt verricht, waar bij de één het verplicht eigen risico geldt en bij de ander niet?
- Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing bij plaatsing van het spiraaltje?
- Op welke manier hangt het verplicht eigen risico samen met de Juiste zorg op de juiste plek?

Conclusie huidige regelgeving

Gelet op de wijziging van 1 januari 2020 van het Bzv is alleen de zorg die wordt gerekend tot de huisartsenzorg generiek uitgesloten van het verplicht eigen risico. Dit betreft alleen de basiszorg die door een huisarts wordt geleverd. Het Zorginstituut interpreteert 'basiszorg' als 'basisaanbod' zoals de huisartsen als beroepsgroep dit aanbod zelf omschrijven. Het Zorginstituut komt tot deze uitleg door te redeneren vanuit het professionele arsenaal zoals dat voor de hele beroepsgroep geldt.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
26 mei 2021

Onze referentie
2021007172

In de praktijk lijken er uiteenlopende interpretaties te zijn van de omschrijving van de vrijstelling in artikel 2.17, eerste lid van het Bzv (zowel nu als in het verleden): gaat het nu wel of niet om alle zorg die in de praktijk van de huisarts 'door of vanwege hem (haar)' wordt geleverd? We concluderen dan ook dat het aanbeveling verdient om artikel 2.17, eerste lid van het Bzv zo te formuleren dat alle twijfel over de uitleg wordt weggenomen.

Aanpassing uitzondering huisartsenzorg

U heeft ons ook verzocht u te adviseren over de vraag of de huidige uitzondering voor huisartsenzorg aanpassing behoeft. Hierbij geeft u aan dat de hoogte, vormgeving of wenselijkheid van het verplicht eigen risico geen onderdeel uitmaakt van de adviesaanvraag.

Voor wat betreft het nader uitsluiten of vrijstellen van het verplicht eigen risico van zorgvormen merken wij op dat het Zorginstituut alleen indirect betrokken is bij het verplicht eigen risico. Wij adviseren of besluiten niet over vrijstellingen. Dit is aan de regelgever.

Uitleg geven over de omschrijving van de te verzekeren prestaties is wél een taak voor het Zorginstituut. Wij kunnen dus aangeven wat de consequenties zijn van de gekozen omschrijving voor de vrijstelling. De regelgever moet zich steeds afvragen welke zorg nu precies vrijgesteld moet worden: gaat het om een zorgvorm of een zorgdomein; gaat het om de zorgvorm ongeacht de professional die de zorg levert of gaat het om de vrijstelling van alle zorg die een bepaalde professional levert.

Ook van belang is de afweging of een vrijstelling generiek geformuleerd moet worden door de regelgever in het Besluit zorgverzekering of specifiek door een zorgverzekeraar op polis niveau moet worden geformuleerd.

Als u er nu of in de toekomst voor kiest een bepaalde zorgvorm of zorgdomein vrij te stellen van het verplicht eigen risico, adviseren wij u graag nader over de consequenties.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg
Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55

notitie

Verduidelijking Zorginstituut Nederland over de inhoud en omvang van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet

Deze notitie beschrijft de inhoud en omvang van het verplicht eigen risico¹ en de gevolgen van de wijziging van 1 januari 2020 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Op 2 oktober 2019 is de motie Ellemet² door de Tweede Kamer aangenomen. Naar aanleiding van deze motie heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) in augustus 2020 verzocht zich te buigen over de zorgvormen waar het verplicht eigen risico voor geldt, de taakverdeling tussen verschillende zorgverleners, het bevorderen van de Juiste zorg op de juiste plek en hoe het verplicht eigen risico daaraan kan bijdragen.

1. Conclusie

Het Zorginstituut heeft met deze notitie als pakketbeheerder de inhoud en omvang van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) nader gedefinieerd. Dit met als doel om de gevolgen van de wijziging van het Bzv van 1 januari 2020 in kaart te brengen.

Aan de generieke vrijstelling van het verplicht eigen risico voor bepaalde zorgvormen binnen het Bzv ligt hetzij een politieke keuze hetzij een internationaal verdrag technische verplichting ten grondslag.³ Toegankelijkheid van zorg zonder financiële drempel is grosso modo het overkoepelende argument hierbij.

Het verplicht eigen risico kan sturend worden ingezet. Als die sturing landelijk wenselijk is dan kan de wetgever de vrijstelling generiek inzetten via een uitbreiding van artikel 2.17 van het Bzv. Hierbij is van belang dat de regelgever zich steeds afvraagt welke zorg nu precies vrijgesteld moet worden: gaat het om een zorgvorm of een zorgdomein; gaat het om de zorgvorm ongeacht de professional die de zorg levert of gaat het om de vrijstelling van alle zorg die een bepaalde professional levert? De generieke vrijstelling geldt dan voor iedere verzekerde, ongeacht welke zorgverzekeraar hij heeft.

De vrijstelling kan ook gericht sturend ingezet worden, door een individuele zorgverzekeraar. Dit geldt dan alleen voor de verzekerden met een polis bij deze verzekeraar.

¹ De regels voor het verplicht eigen risico gelden voor verzekerden vanaf 18 jaar.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2019-2020, 29 689, nr. 1051
https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020Z09843&did=2020D21281

³ De vrijstellingen in verband met orgaandonatie zijn een bijzonder geval, ook al is dat in feite ook een politieke keuze geweest. Dat orgaandonatie voor de donor niet tot kosten mocht leiden werd breed gedragen.

Datum

9 april 2021

Onze referentie 2020050266

Gelet op de wijziging van 1 januari 2020 van het Bzv is alleen de zorg die wordt gerekend tot de huisartsenzorg generiek uitgesloten van het verplicht eigen risico. Dit betreft dus alleen de basiszorg die door een huisarts wordt geleverd. Het Zorginstituut interpreteert 'basiszorg' als 'basisaanbod' zoals de huisartsen als beroepsgroep dit aanbod zelf omschrijven.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

In de praktijk lijken er uiteenlopende interpretaties te zijn van de omschrijving van de vrijstelling in artikel 2.17, eerste lid van het Bzv (zowel nu als in het verleden): gaat het nu wel of niet om alle zorg die in de praktijk van de huisarts 'door of vanwege hem (haar)' wordt geleverd? Het Zorginstituut redeneert vanuit het professionele arsenaal zoals dat voor de hele beroepsgroep geldt. Zorgverzekeraars en de beroepsgroep maken ook onderscheid tussen 'standaard'-arsenaal en aanvullende verrichtingen voor de contractering, maar kennelijk niet voor de vrijstelling van het verplicht eigen risico. De bekostiging binnen de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) onderscheidt ook basis en aanvullend aanbod. Voor alle redeneringen zijn argumenten aan te voeren. We concluderen dan ook dat het aanbeveling verdient om artikel 2.17, eerste lid van het Bzv zo te formuleren dat alle twijfel over de uitleg wordt weggenomen.

2. Verheldering door het Zorginstituut

In deze notitie geven we antwoord op de volgende vragen:

- Hoe is de generieke vrijstelling van het verplicht eigen risico op dit moment geregeld? (Hfst. 3)
- Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om specifieke zorgvormen uit te sluiten van het verplicht eigen risico? (Hfst. 4)
- Wat zijn de gevolgen van het toepassen van het verplicht eigen risico als zorg wordt verplaatst binnen de eerste lijn? (Hfst. 5)
- In hoeverre is er sprake van dezelfde handeling die door twee typen zorgverleners wordt verricht, waarbij voor de ene handeling het verplicht eigen risico geldt en voor de andere handeling niet? (Hfst. 5)
- Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing bij plaatsing van het spiraaltje? (Hfst. 5)
- Op welke manier hangt het verplicht eigen risico samen met de Juiste zorg op de juiste plek? (Hfst. 6)

3. Hoe is de generieke vrijstelling van het verplicht eigen risico op dit moment geregeld?

In dit hoofdstuk gaan we in op de vrijstellingen van het verplicht eigen risico, zoals dat geldt voor alle verzekerden. We gaan in op de achtergrond van deze vrijstellingen en welke gevolgen de wijziging van 1 januari 2020 van het Bzv heeft gehad voor de huisartsenzorg. We eindigen met de conclusie dat alleen de basiszorg die door een huisarts wordt geleverd generiek buiten het verplicht eigen risico valt.

3.1 Achtergrond

De basis voor het verplicht eigen risico is gelegd in artikel 19 van de Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 van het Bzv. De volledige tekst van de wetsartikelen staat in bijlage A.

Met de vrijstelling van het verplicht eigen risico voor verloskundige zorg, kraamzorg en huisartsenzorg sluit de wetgever inhoudelijk aan bij internationale verdragen.⁴ Deze verdragen dragen de Nederlandse overheid op om bepaalde zorgvormen zonder enige financiële drempel toegankelijk te laten zijn voor de burger. Voor de vrijstelling van de huisartsenzorg bestond ook politiek brede consensus. Men wilde voorkomen dat de verzekerde uit financiële overwegingen de huisarts, zijn eerste medisch aanspreekpunt, zou gaan mijden.

⁴ IAO-verdragen nrs 102, 103, 121 en 130 en de *Europese Code inzake sociale zekerheid met bijbehorend protocol*.

De overige vrijstellingen zijn allen politieke keuzes geweest. De gecombineerde leefstijlinterventie is een effectieve interventie bij overgewicht en obesitas. Vanuit het oogpunt van preventie wilde men deze interventie toegankelijk houden. 'Verpleging en verzorging' is de prestatie die de basis biedt voor verpleging in de wijk. De wijkverpleegkundige is de generalistische zorgverlener die bij mensen thuis komt en samen met de huisarts een spil vormt bij de zorg in de eigen omgeving. Ook voor die zorg wilde men geen drempels opwerpen. Hetzelfde geldt voor zorg aan chronisch zieken in de eerste lijn: multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

3.2 Wijziging van het Besluit zorgverzekering

Artikel 2.17, eerste lid van het Bzv is per 1 januari 2020 gewijzigd. Met deze wijziging is geregeld dat de uitzondering op de toepassing van het verplicht eigen risico niet meer geldt voor alle zorg die geboden wordt onder "geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden". De uitzondering wordt gespecificeerd tot "huisartsenzorg", "multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt" en de "gecombineerde leefstijlinterventie". De achtergrond van deze wijziging vind u in bijlage B.

3.3 Huisartsenzorg

Van het verplicht eigen risico wordt vanaf 1 januari 2020 dus de "huisartsenzorg" uitgezonderd, in plaats van "zorg zoals huisartsen die plegen te bieden". In de nota van toelichting op het wijzigingsbesluit is het volgende te lezen: "De term "huisartsenzorg" bevat de zorg die binnen de huisartsenpraktijk wordt geboden door of namens de huisarts (bijvoorbeeld door een Praktijkondersteuner Huisartsen, POH). Het gaat hierbij om de basisvoorziening huisartsenzorg en heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als poortwachter."⁵ Wat de toelichting bedoelt met 'basisvoorziening' is onduidelijk, mogelijk wordt bedoeld op het 'basisaanbod huisartsenzorg'.

Op de website toekomsthuisartsenzorg.nl⁶ zeggen de verenigingen van huisartsen zelf het volgende over het basisaanbod bij huisartsen:

"Het basisaanbod wordt door iedere huisartsenpraktijk geboden. Het basisaanbod gaat altijd vóór het aanvullend en bijzonder aanbod. Dit deel van de huisartsgeneeskundige zorg wordt automatisch door verzekeraars gecontracteerd. Het aanvullend aanbod bestaat uit omschreven activiteiten (aparte verrichtingen) of speciale activiteiten voor bepaalde groepen patiënten. Aanvullend aanbod kan iedere huisartsenpraktijk zonder meer bieden, maar het is niet verplicht. Denk bijvoorbeeld aan 24-uurs bloeddrukmeting. Dit aanbod wordt in samenspraak met de verzekeraar gecontracteerd. Het bijzonder aanbod raakt de grens van de huisartsgeneeskunde en vergt extra scholing, deskundigheidsbevordering en een aangepaste praktijkvoering. Een voorbeeld is echografie. Dit aanbod vraagt eveneens specifieke afspraken met de zorgverzekeraar. Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden bewaakt de kwaliteit van deze zorg."

Huisartsen kunnen ervoor kiezen om hun individuele zorgaanbod uit te breiden met verrichtingen uit bijvoorbeeld de tweede lijn (aanvullend aanbod of bijzonder aanbod). Op dat moment leveren ze geen 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', maar bijvoorbeeld 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Dat individuele huisartsen dat ook doen, maakt het nog geen 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Plegen te bieden impliceert immers dat een volledige beroepsgroep over het arsenaalonderdeel beschikt.

Gelet op de wijziging van 1 januari 2020 van het Bzv is alleen de zorg die wordt

⁵ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2019-314.html#d17e405>

⁶ www.toekomsthuisartsenzorg.nl

gerekend tot de huisartsenzorg generiek uitgesloten van het verplicht eigen risico. Dit betreft dus alleen de basiszorg, zoals hierboven omschreven, die door een huisarts wordt geleverd.

Voor de vrijstelling van het verplicht eigen risico is de zorginhoudelijke uitleg en de (uitleg van de) te verzekeren prestatie altijd leidend en niet de prestatieomschrijving en/of plaatsbepaling binnen de Wmg. Voor een nadere toelichting verwijzen wij naar bijlage C.

4. Welke mogelijkheden hebben zorgverzekeraars om specifieke zorgvormen uit te sluiten van het verplicht eigen risico?

Op verzoek van de zorgverzekeraars is aan de opzet van het verplicht eigen risico de mogelijkheid toegevoegd voor zorgverzekeraars om bepaalde vormen van zorg of specifieke zorgverleners vrij te stellen van het verplicht eigen risico voor hun verzekerden. Met de vrijstelling van het verplicht eigen risico hebben zorgverzekeraars een instrument om te sturen op kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Het Zorginstituut heeft een steekproef gedaan door in polisvoorwaarden (basisverzekering) van dertien aanbieders van zorgverzekeringen⁷ te kijken of zij voor het polisjaar 2020 gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid extra te verzekeren prestaties uit te sluiten van het verplicht eigen risico.

Uit de steekproef blijkt dat zorgverzekeraars van deze sturingsmogelijkheid gebruik maken en op grond van artikel 2.17, tweede lid Bzv, meerdere te verzekeren prestaties uitsluiten van het verplicht eigen risico. Deze uitsluitingen variëren van Modernisering & Innovatie Verrichtingen (M&I-verrichtingen), plaatsing van het spiraaltje en voorkeursgeneesmiddelen tot aan het volgen van een aangewezen gezondheid bevorderend programma. In bijlage D is de conclusie van de steekproef opgenomen.

5. Hoe pakt de huidige regelgeving rond het verplicht eigen risico in de praktijk uit?

In dit hoofdstuk staan we stil bij de volgende drie vragen. Wat zijn de gevolgen van het toepassen van het verplicht eigen risico als zorg wordt verplaatst binnen de eerste lijn? In hoeverre is er sprake van dezelfde handeling die door twee typen zorgverleners wordt verricht, waarbij voor de ene handeling het verplicht eigen risico geldt en voor de ander handeling niet? Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing bij plaatsing van het spiraaltje?

5.1 Wat zijn de gevolgen van het toepassen van het verplicht eigen risico als zorg wordt verplaatst binnen de eerste lijn?

Als zorg verplaatst binnen de eerste lijn dan kan dit gevolgen hebben voor de vraag of het verplicht eigen risico al dan niet van toepassing is. Uit ons onderzoek bleek dat dit bij drie zorgverleners speelt. De zorg die de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijke gehandicapten en de TBC-arts leveren, is zorg die ook geleverd kan worden door een huisarts. De TBC-arts is direct toegankelijk. Voor de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. De inzet van deze zorgverleners valt onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Het is echter geen huisartsenzorg en daardoor valt de zorg die door hen geleverd wordt binnen het verplicht eigen risico. Het verplaatsen van deze zorg binnen de eerste lijn heeft dus gevolgen voor de toepassing van het verplicht eigen risico.

5.2 In hoeverre is er sprake van dezelfde handeling die door twee typen zorgverleners wordt verricht, waarbij voor de ene handeling het verplicht eigen risico geldt en voor de andere handeling niet?

⁷ FBTO, EUCare, CZ, De Friesland, Menzis, De Amersfoortse (ASR), ENO (Salland), Ditzo (ASR), VGZ, ONVZ, DSW, Zorg en Zekerheid en Zilveren Kruis

Ons onderzoek naar eenzelfde handeling die door twee type zorgverleners kan worden verricht leverde alleen de zogenaamde M&I-verrichtingen op. M&I-verrichtingen zijn verrichtingen die horen tot het standaard arsenaal van de medisch specialist én zijn verrichtingen die kunnen worden toegevoegd aan het arsenaal van de huisarts. Hierover kan de zorgverzekeraar afspraken maken met de huisarts. Bij de M&I-verrichtingen gaat het onder andere over de prestaties Audiometrie, Spleetlamponderzoek, Teledermatologie, Hartritmestoornissen, of palliatieve consultatie.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

Zowel bij medisch specialisten als bij huisartsen die deze handelingen verrichten is het verplicht eigen risico van toepassing. De M&I-verrichtingen betreffen geen huisartsenzorg in de zin van 'basisaanbod', zoals de huisartsen dit zelf omschrijven. Het gaat om verrichtingen die niet iedere huisarts standaard biedt. Het zijn verrichtingen waarvoor zorgverzekeraars contractuele afspraken maken met de individuele huisarts. Uit dat oogpunt zouden M&I-verrichtingen overigens ook geen zorg zijn 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Er is immers geen consensus binnen de beroepsgroep dat de verrichtingen tot het aanvaarde arsenaal van de beroepsgroep behoren. Het staat zorgverzekeraars wel vrij om op grond van artikel 2.17, tweede lid van het Bzv de M&I-verrichtingen uit te sluiten van het verplicht eigen risico. De voorbeelden zoals genoemd in bijlage D maken duidelijk dat sommige zorgverzekeraars van deze mogelijkheid gebruik maken.

5.3 Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing bij plaatsing van het spiraaltje?

Als laatste heeft het Zorginstituut in dit hoofdstuk gekeken naar de plaatsing van het spiraaltje door verschillende typen zorgverleners en wat dit betekent voor de toepassing van het verplicht eigen risico. Een spiraaltje mag geplaatst worden door een gynaecoloog, huisarts of verloskundige. In alle gevallen valt plaatsing van het spiraaltje, bij verzekerden ouder dan achttien jaar, onder het verplicht eigen risico.

A) Plaatsing door de gynaecoloog:

Alle medisch specialistische zorg valt binnen het verplicht eigen risico, dus ook plaatsing van een spiraaltje door een gynaecoloog.

B) Plaatsing door de verloskundige:

Verloskundige zorg en kraamzorg wordt uitgezonderd van het verplicht eigen risico op grond van artikel 2.17, eerste lid van het Bzv. Het Zorginstituut heeft verloskundige zorg en kraamzorg geïdentificeerd als zorg tijdens en na de bevalling, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap. Verloskundige zorg betreft dus zorg geleverd aan moeder en kind. Anticonceptie (plaatsing van een spiraaltje) valt niet onder verloskundige zorg en dus binnen het verplicht eigen risico.

C) Plaatsing door de huisarts.

Het plaatsen van een spiraaltje wordt niet door alle huisartsen gedaan en behoort inhoudelijk niet tot het basisaanbod. Het is zorg waarover additionele afspraken worden gemaakt en behoort in die zin tot het aanvullend aanbod en valt daarom binnen het verplicht eigen risico.

Uit de declaratiedata blijkt dat er sprake is van een verschuiving van de plaatsing van het spiraaltje van de medisch specialist naar de huisarts en de verloskundige. De data is te vinden in bijlage E.

6. Op welke manier hangt het verplicht eigen risico samen met de Juiste zorg op de juiste plek?

In dit hoofdstuk gaan we in op de samenhang tussen het verplicht eigen risico en Juiste zorg op de juiste plek. Juiste zorg op de juiste plek kan bevorderd worden door het sturend inzetten van het verplicht eigen risico. Het Zorginstituut ziet hier vooral een rol voor zorgverzekeraars middels zorginkoop.

Juiste zorg op de juiste plek houdt kort gezegd in:

- voorkomen van (duurdere) zorg:
- verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis):
- vervangen van zorg (door andere zorg, zoals e-health).⁸

Zoals eerder aangegeven kan het verplicht eigen risico sturend ingezet worden. De vrijstelling van het verplicht eigen risico kan bevorderen dat zorg door specifieke zorgverleners wordt verleend. Verschillende motieven kunnen hierbij een rol spelen:

- van tweede naar eerste lijn: goedkoper, zorg dichterbij de patiënt en sneller beschikbaar;
- kwaliteitsimpuls als specifieke zorgverleners zich bij uitstek kwalificeren voor bepaalde zorg, en
- spreiding van zorg om bepaalde zorgverleners te ontlasten, bijvoorbeeld bij capaciteitsgebrek.

In bijlage F hebben we data opgenomen die voorbeelden geven van verschillende verplaatsingen binnen de zorg.

Er is pas echt sprake van sturing als de verzekerde de keuze heeft tussen eerste- en tweedelijnszorg en het al dan niet toepassen van het verplicht eigen risico de keuze van de verzekerde bepaalt. Wel kan de verzekeraar hier een rol pakken middels de zorginkoop. Samen met de zorgaanbieders kan (versterkt) worden ingezet op gewenste bewegingen, door meer van deze gewenste zorg in te kopen en ook minder ongewenste zorg. Ten gevolge hiervan vindt er minder zorg in de tweede lijn plaats, waar dit voorheen wel het geval zou zijn geweest.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

⁸ Overheidsprogramma JZOJP, www.dejujstezorgopdejujstplek.nl

Bijlage A Wet- en regelgeving

Zorgverzekeringswet

Artikel 19 Zorgverzekeringswet:

- 1.** Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
- 2.** Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in [artikel 11](#), tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
- 3.** Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
- 4.** Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft.
- 5.** Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.17 Besluit zorgverzekering:

- 1.** Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a.** verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b.** huisartsenzorg,
 - c.** multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d.** gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e.** nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken,
 - f.** vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g.** verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
- 2.** De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in [artikel 11 van de wet](#) geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a.** de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.
 - b.** de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c.** de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.38 Regeling zorgverzekering:

Als gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma, bedoeld in [artikel 2.17, tweede lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering](#), worden aangewezen programma's met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

Bijlage B Achtergrond wetswijziging

Per 1 januari 2020 zijn de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten opgenomen in de Zvw. De inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten valt onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden in de zin van artikel 2.4 van het eerste lid van het Bzv. De wetgever heeft deze zorg niet willen uitsluiten van het verplicht eigen risico.

In de nota van toelichting staat: "De huisarts heeft een zogenaamde 'poortwachtersfunctie' en is het eerste medisch aanspreekpunt voor verzekerden. 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."⁹ Door de wijziging geldt het verplicht eigen risico wel voor de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten maar niet voor de huisartsenzorg.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

⁹ Nota van Toelichting bij het Besluit van 1 oktober 2019, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2020: Stb.2019, 314)

Bijlage C Bekostiging

Binnen de Wmg-bekostiging wordt de term huisartsenzorg gebezigd. De huisartsenbekostiging is bijzonder vormgegeven. De huisarts is de enige zorgverlener die een inschrijftarief krijgt, namelijk voor de verzekerde die bij hem ingeschreven is. De inschrijving weerspiegelt de verantwoording die de huisarts heeft voor deze verzekerde: de verzekerde kan zich 7x24 uur tot hem wenden en de huisarts is dan beschikbaar, hetzij zelf, hetzij via waarneming. De huisartsen als beroepsgroep hebben dan ook als uitgangspunt dat zij persoonsgerichte, continue en integrale zorg leveren aan hun verzekerden. Bij de huisarts kun je met al je problemen terecht. De huisarts is eerste aanspreekpunt, verwijst zo nodig en beschikt over het integrale medisch dossier van de verzekerde. Huisartsenzorg geeft dan ook eerder een organisatorische functie weer dan een professioneel arsenaal. Het is de wijze waarop wij de huisartsgeneeskundige zorg hebben georganiseerd in Nederland.

Leidend voor de generieke vrijstelling is de uitleg die gegeven wordt aan de formulering in artikel 2.17 van het Bzv. Er zijn voorbeelden waarin de prestatiebeschrijving van de Wmg kan zorgen voor verwarring over de eventuele vrijstelling, bijvoorbeeld bij de Nza-beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133a¹⁰ die in 2015 is gewijzigd. Daarin wordt het spiraaltje genoemd onder verrichtingen die betrekking hebben op het eerste segment dat zich richt op de basisvoorziening huisartsenzorg. Bovenstaande betekent dat het spiraaltje in de termen van huisarts en zorgverzekeraar 'aanvullend aanbod' is, maar qua bekostiging 'basisaanbod'.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

¹⁰ [Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133a - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Bijlage D Conclusie steekproef Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft een steekproef gedaan en in de polisvoorwaarden (basisverzekering) van dertien aanbieders van een zorgverzekering¹¹ gekeken of zij gebruik maken van de mogelijkheid extra te verzekeren prestaties uit te sluiten van het verplicht eigen risico.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Het blijkt dat alle verzekeraars uit de steekproef meerdere te verzekeren prestaties uitsluiten van het verplicht eigen risico, náást de van het verplicht eigen risico uitgesloten zorgvormen zoals vermeld in het eerste lid van artikel 2.17 van het Bzv.

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

Artikel 2.17, tweede lid, onder a van het Bzv

Eén verzekeraar maakt gebruik van de mogelijkheid zoals vermeld in artikel 2.17, eerste lid, onder a van het Bzv om een deel van het verplicht eigen risico niet te innen als de verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde aanbieder en verlaagt in dit geval voor alle te verzekeren prestaties het verplicht eigen risico met € 10,-.

Vier verzekeraars uit de steekproef sluiten uit van het VER een lijst met M&I-voorzorgingen. Deze voorzorgingen vallen niet onder de huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 2.17, eerste lid van het Bzv en zijn dus niet uitgesloten van het VER. Een aantal verzekeraars heeft dergelijke voorzorgingen daarom aangewezen als zorg die op grond van artikel 2.17, tweede lid, onder a van het Bzv alsnog is uitgesloten van het verplicht eigen risico.

Een aantal verzekeraars vermeldt specifiek het plaatsen van een spiraaltje. Soms scharen verzekeraars dat onder de M&I-voorzorgingen, soms is het apart vermeld bij de aanspraak 'anticonceptie' of 'verloskundige zorg'. Bij sommige verzekeraars wordt hiervoor het verplicht eigen risico in rekening gebracht, maar bij ongeveer de helft is het vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Artikel 2.17, tweede lid, onder b van het Bzv

De meeste verzekeraars sluiten uit voetzorg bij diabetes en door hen aangewezen programma's in het kader van bijv. diabetes, COPD, depressie, overgewicht, dementie en stoppen met roken. Dit kan op grond van artikel 2.17, tweede lid, onder b van het Bzv.

Artikel 2.17, tweede lid, onder c van het Bzv

Daarnaast worden aangewezen voorkeursgeneesmiddelen en medicatiebeoordeling bij chronisch gebruik van geneesmiddelen uitgesloten van het verplicht eigen risico (artikel 2.17, tweede lid, onder c van het Bzv).

In een enkel geval komt uitsluiting van het verplicht eigen risico voor bij het gebruik van een gezondheidsapp, inhalatieapparatuur bij astma en de kosten van anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar.

¹¹ FBTO, CZ, De Friesland, Menzis, De Amersfoortse (ASR), ENO (Salland), Ditzo (ASR), VGZ, ONVZ, DSW, Zorg en Zekerheid, EUCare en Zilveren Kruis

Bijlage E Declaratiedata plaatsing spiraaltje

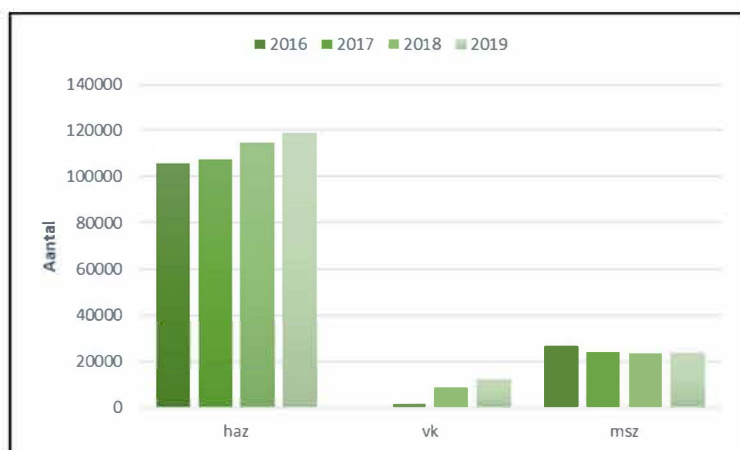
De declaratiedata die het Zorginstituut ontvangt van zorgverzekeraars (via Vektis), laten een stijging zien in het aantal geplaatste spiraaltjes, van ruim 132 duizend in 2016 naar ruim 154 duizend in 2019 (een gemiddelde groei per jaar van 5,3%). Dit heeft geleid tot een verhoging van de totale kosten van €15,4 miljoen in 2016 naar €17,1 miljoen in 2019 (een gemiddelde groei per jaar van 3,5%). Dat de kosten minder snel stijgen dan de aantallen is te verklaren doordat er een duidelijke verschuiving plaatsvindt van de medisch specialistische zorg naar de huisartsenzorg en de verloskundige zorg (zie figuur 1). De kosten voor het plaatsen van een spiraal in de huisartsenzorg en verloskundige zorg (€65, 2019) zijn namelijk vele malen lager dan in de medisch specialistische zorg (€365, 2019).

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

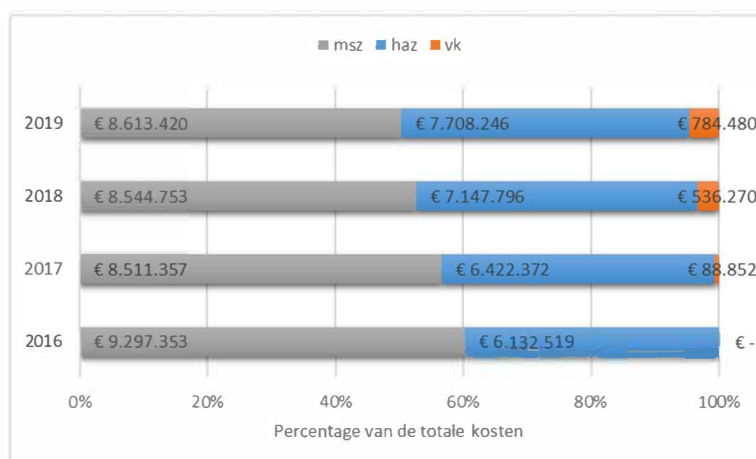
Onze referentie
2020050266

Figuur 1 Totaal aantal plaatsingen van het spiraaltje, per sector huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch specialistische zorg 2016-2019



Door deze verschuiving is het totale aandeel van kosten in de medisch specialistische zorg wel afgenomen, maar in 2019 was dit nog steeds 50% van de totale kosten (zie figuur 2), terwijl het slechts 15% van de plaatsingen betrof.

Figuur 2 Totale kosten voor plaatsen van een spiraal. Weergegeven als aandeel van de huisartsenzorg, verloskundige zorg en medisch specialistische zorg, 2016-2019.



Bijlage F Omvang van verschillende verplaatsingen binnen de zorg

Om een beeld te krijgen van de omvang van verschillende verplaatsingen hebben we een aantal relevante recente ontwikkelingen weergegeven, met name van cijfers uit de huisartsenzorg. We doen dit op basis van de verdiepende analyse rapportage, die het Zorginstituut jaarlijks uitbrengt.¹² Deze informatie is openbaar en ook te vinden op Zorgcijfersdatabank.¹³

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266

De totale lasten voor de huisartsenzorg zijn gemiddeld met 3,9% per jaar gestegen. Van iets minder dan € 3 miljard euro in 2015 naar € 3,2 miljard euro in 2017. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door een stijging in de categorieën die in verband worden gebracht met het vervangen, verplaatsen of voorkomen van zorg.

Vervangen van zorg

Het grootste aandeel van deze stijging (€ 94 miljoen euro) komt voort uit de categorie resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Dit omvat onder andere de prestaties voor e-health, substitutie en het meekijkconsult.

Verplaatsen van zorg

Daarna komt de multidisciplinaire zorg, met een stijging van € 42 miljoen euro. Dit zijn de ketenzorgprogramma's van onder andere diabetes mellitus type 2, astma en COPD. Patiënten worden middels deze programma's zoveel mogelijk uit de tweede lijn gehouden. Hierbij geldt op grond van artikel 2.17 eerste lid van het Bzv een uitzondering voor het verplicht eigen risico, terwijl voor behandeling in de medisch specialistische zorg wel het verplicht eigen risico geldt.

Ook het aantal consulten voor de POH-GGZ steeg van € 1,7 naar € 2,2 miljoen euro (gemiddelde groei per jaar van 12,3%), overeenkomend met bijna € 9 miljoen euro. Met de POH-GGZ wordt gepoogd patiënten met de wat eenvoudigere problematiek uit de specialistische GGZ te houden.

Ook het aantal telefonische consulten en email consulten bij de huisarts steeg van respectievelijk € 18,3 naar € 20,5 miljoen euro (gemiddelde jaarlijkse groei van 5,9%) en van 192 duizend naar 335 duizend consulten (gemiddelde jaarlijkse groei van 32,2%), overeenkomende met een stijging van gezamenlijk € 16 miljoen euro. De grote stijging bij dit type consulten geeft aan dat er meer zorg thuis wordt 'geleverd'. Hier is sprake van verplaatsing van zorg, van de huisarts naar thuis.

Voorkomen van zorg

De huisartsenconsulten >20 minuten zijn gestegen van 8,5 miljoen consulten naar 10 miljoen consulten (gemiddelde jaarlijkse groei van 5,5%), overeenkomend met een stijging van € 28 miljoen euro. Dit terwijl het aantal consulten <20 minuten nauwelijks een stijging liet zien: van 33,9 miljoen naar 34,1 miljoen (gemiddelde jaarlijkse groei van 0,3%). Langere consulten worden in verband gebracht met betere kwaliteit van zorg en mede daardoor minder doorverwijzingen naar het ziekenhuis.¹⁴

¹² Verdiepend analyse rapport, Zorginstituut. Zorglasten Zvw, ingedeeld naar de verschillende zorgrubrieken. Geeft vergelijkbare definities over de jaren en is aansluitend met de officiële schadelast cijfers van zorgverzekeraars, www.zorginstituutnederland.nl/financiering/onderzoek-en-analyse/verdiepende-analyse

¹³ Zorgcijfersdatabank, Zorginstituut, www.zorgcijfersdatabank.nl/

¹⁴ <https://www.henw.org/artikelen/meer-tijd-voor-patienten-minder-verwijzingen>

Bijlage G Reacties na consultatie

Op 22 januari 2021 heeft het Zorginstituut de consultatieversie van deze notitie voorgelegd aan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Het Zorginstituut vroeg de partijen om te reageren op de duidelijkheid, juistheid en uitvoerbaarheid van de conclusies die in de notitie beschreven worden. Een deel van de reacties hebben we verwerkt in de notitie.

De NZa heeft een verduidelijking gegeven over de bekostiging van plaatsing van het spiraaltje door de huisarts en de M&I-verrichtingen. Ook sprak de NZa de zorg uit dat de notitie tot gevolg heeft dat bekostiging en praktijk te ver uiteen gaan lopen

ZN kan zich vinden in het concept maar vraagt zich af of de praktijk van de individuele zorgverzekeraar wel voldoende aansluit bij de inhoud van de notitie.

De LHV is van mening dat de wetswijziging niet bedoeld is als een inperking op de uitzondering van het eigen risico voor zorg die door huisartsen wordt geleverd. De 'voorziening' voor huisartsenzorg kan niet gelijk worden gesteld aan 'het aanbod'. Dit zijn verschillende zaken en daarmee kan het zijn dat, hoe semantisch dat ook klinkt, binnen de 'basis voorziening huisartsenzorg' meer wordt gedaan dan alleen leveren van basisaanbod.

Aanvullend is het Zorginstituut met alle partijen in gesprek gegaan om het commentaar verder te verhelderen en te verdiepen. Hieruit bleek dat partijen zich zorgen maken over mogelijk zorg mijndend gedrag als niet alle zorg die geleverd wordt door een huisarts wordt uitgesloten van het verplicht eigen risico. Uit de aanvullende gesprekken die zijn gevoerd blijkt dat er momenteel geen eigen risico in rekening wordt gebracht bij handelingen die worden verricht door de huisarts.

Wij danken alle respondenten van harte voor hun waardevolle bijdrage.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Ouderenzorg

Datum
9 april 2021

Onze referentie
2020050266