



> Het gras blijkt niet groener

Vergelijking van pakketbeheer
in West-Europese landen

September 2023

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

Saskia van der Erf, Joëlle Groen, Jan-Peter Heida

Projectleider: Michiel Slag – michiel.slag@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, *Het gras blijkt niet groener*, september 2023.

Opdrachtgever

Directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Foto voorblad

Koen van Weel

ANP

Managementsamenvatting

In de kabinetsreactie op het rapport ‘Kiezen voor houdbare zorg’ van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), stelden de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Financiën de technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven in. Deze werkgroep onderzoekt onder andere of meer overheidssturing op de inhoud van het verzekerde pakket de beheersing van de collectieve zorguitgaven kan verbeteren. Momenteel hanteert Nederland een relatief ‘open pakket’, behalve voor extramurale en dure intramurale geneesmiddelen en fysiotherapie. De directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA) van VWS vroeg SiRM om op basis van een internationale vergelijking te onderzoeken welke vormen van een meer gesloten pakket te onderscheiden zijn en welke mogelijkheden dit biedt voor het beheersen van de macro-uitgaven aan zorg. Hierbij vroeg MEVA ons om te focussen op de curatieve zorg. We concluderen op basis van zeer uitgebreid deskresearch en circa 25 interviews met experts dat het gras in België, Duitsland, Engeland, Frankrijk en Zweden niet groener is dan in Nederland.

Ten eerste bestaat hét gesloten pakket niet. De manier waarop en de mate waarin het pakket gesloten is verschilt tussen de onderzochte landen. Om te beginnen kan het per type zorg dat instroomt verschillen of het pakket gesloten is. Ook kan geslotenheid gaan over de mate van aandacht voor *uitstroom* van zorg. Bovendien kan ook de rol die effectiviteitsbeoordelingen spelen in het bepalen van welke zorg in- en uit het pakket stroomt verschillen. In Nederland zijn de effectiviteitsbeoordelingen – de standpunten van het Zorginstituut – formeel gekoppeld aan beslissingen over de omvang van het pakket. Bij een negatief standpunt stroomt zorg uit zonder tussenkomst van VWS. Hiermee heeft het Zorginstituut internationaal gezien een grote bevoegdheid en is het pakket feitelijk geslotener dan de open instroom doet vermoeden. Ten slotte verschilt de mate waarin zorg buiten het gesloten pakket om alsnog beschikbaar is. Zo wordt in Frankrijk een deel van de zorg die niet geheel vergoed wordt vanuit het pakket, alsnog vergoed door een aanvullende verzekering. Vrijwel de gehele bevolking heeft deze verzekering.

Ten tweede zien we geen koppeling tussen een geslotener pakket en lagere uitgaven aan curatieve zorg. We zien geen duidelijk verband tussen de vergoeding van 34 onderzochte behandelingen of hulpmiddelen en de mate van geslotenheid van het pakket. De meeste andere landen vergoeden zorg die in Nederland ook wordt vergoed. Daarentegen zien we dat landen met een meer ‘gesloten’ systeem regelmatig zorg vergoeden die in Nederland niet wordt vergoed. Ook zien we dat in de praktijk meer wordt vergoed dan we zouden verwachten op basis van de inrichting van het pakketbeheer in andere landen, bijvoorbeeld vanwege cultuur, politiek of dat landelijke sturing op individuele zorg moeilijk te controleren is. Bovendien zijn de uitgaven aan curatieve zorg ondanks het relatief open pakket in Nederland het laagst.

Reflecterend op het Nederlandse pakketbeheer, constateren we dat Nederland ondanks het relatief ‘open pakket’ voorop lijkt te lopen met de huidige initiatieven van VWS, het Zorginstituut en programma ZE&GG. Wel zouden de nationale prijsonderhandelingen in Frankrijk voor (met name) extramurale medische hulpmiddelen nog een interessant aanknopingspunt kunnen zijn. Of deze ook toepasbaar zijn in de Nederlandse context verdient nader onderzoek.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	4
1.1 Aanleiding en vraag aan SiRM	4
1.2 Conclusie	5
2 Hét gesloten pakket bestaat niet	6
2.1 Binnen een land kan per type zorg dat instroomt verschillen of het pakket gesloten is	6
2.2 Een gesloten pakket kan gaan over de aandacht voor de uitstroom van zorg	10
2.3 De rol die effectiviteitsbeoordelingen spelen in het bepalen van welke zorg in- en uitstroomt verschilt	11
2.4 De mate waarin zorg buiten het gesloten pakket om alsnog vergoed wordt verschilt	15
3 Geslotener pakket correleert niet met lagere uitgaven curatieve zorg	17
3.1 Er blijkt geen duidelijk verband te zijn tussen de vergoeding van 34 behandelingen en hulpmiddelen en de mate van geslotenheid van het pakket	18
3.2 Vergelijkingslanden vergoeden in de praktijk meer zorg dan verwacht op basis van de inrichting van hun pakketbeheer	20
3.3 Ondanks open instroom in het pakket zijn de uitgaven aan curatieve zorg in Nederland het laagst	21
4 Reflectie: ondanks open karakter pakket lijkt Nederland koploper	23
4.1 VWS en het Zorginstituut werken aan een toekomstbestendiger pakketbeheer	23
4.2 De zorgsector spant zich in om in de praktijk alleen effectieve zorg te verlenen	25
4.3 Nationale prijsonderhandelingen in Frankrijk zouden nog een interessant aanknopingspunt kunnen zijn	26
Bijlage 1 Onderzoeksaanpak	27
Bijlage 2 Analyse van gepubliceerde effectiviteitsbeoordelingen	31
Bijlage 3 Vergoeding van 34 soorten zorg in de onderzochte landen	36
Bijlage 4 Overzicht pakketbeheer per onderzocht land	40

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding en vraag aan SiRM

In de kabinetsreactie op het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), stelden de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Financiën de technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven in.¹ Deze werkgroep onderzoekt uitvoeringsvarianten om de beheersing van de zorguitgaven op macroniveau te verbeteren. Eén van die uitvoeringsvarianten is gerelateerd aan pakketbeheer. Deze variant betreft meer overheidssturing op de inhoud van het verzekerde pakket met als uiterste vorm een gesloten pakket voor alle zorg.

Op dit moment stromen de meeste behandelingen en medische hulpmiddelen in Nederland automatisch het verzekerde pakket in. In tegenstelling tot (dure) geneesmiddelen wordt 'nieuwe' zorg niet standaard getoetst op (kosten)effectiviteit voordat deze het pakket instroomt. Voor reeds ingestroomde zorg kan Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) besluiten een duiding uit te brengen. De uitkomst hiervan is een standpunt en is een formele beslissing of zorg wel of niet tot het verzekerde pakket behoort.

Vanwege de snel voortschrijdende ontwikkeling van technologie, medische hulpmiddelen en e-health verwacht de WRR dat dit 'open' systeem niet houdbaar is. Daarom adviseert zij de reikwijdte van het pakketbeheer te verbreden en niet alleen geneesmiddelen op (kosten)effectiviteit te toetsen, maar ook voor andere vormen van zorg een dergelijke toets in te voeren.² Hiermee zou het pakket in Nederland een stuk geslotener worden dan dat nu het geval is.

De directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA) van VWS heeft SiRM gevraagd om op basis van een internationale vergelijking te onderzoeken welke vormen van een meer gesloten pakket er internationaal te onderscheiden zijn en welke mogelijkheden dit biedt voor de beheersing van de macro-uitgaven aan zorg. De directie MEVA heeft SiRM daarbij gevraagd om zich te richten op het pakketbeheer in vijf West-Europese landen (België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Zweden) en te focussen op de curatieve zorg³, exclusief geneesmiddelen en fysiotherapie.

¹ Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamerbrief 'Technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven', 29 september 2022.

² Hierbij merkt de WRR op dat het onhaalbaar is om alle nieuwe behandelingen en interventies zo grondig te laten beoordelen zoals nu gebeurt voor geneesmiddelen, maar dat een ruimere reikwijdte wenselijk is. Zij geeft aan dat hiervoor nu nog een aantal praktische barrières zijn, zoals dat er één partij verantwoordelijk is voor het aantonen van (kosten)effectiviteit en hiermee een prikkel heeft om hiervoor de benodigde informatie aan te leveren of dat er een onvoldoende kennisbasis is om de effectiviteit van interventies te kunnen beoordelen.

³ In overleg met de technische werkgroep en de begeleidingscommissie heeft SiRM de scope van het onderzoek gedurende het proces beperkt tot de curatieve zorg. In Nederland en in de onderzochte landen is op dit moment onvoldoende kennis beschikbaar over de (kosten)effectiviteit van behandelingen en/of medische hulpmiddelen in de langdurige zorg om op basis hiervan pakketkeuzes te maken. De keuze of behandelingen en/of medische hulpmiddelen in

Hoewel we Zweden wel in de bijlages van dit rapport hebben opgenomen, komt dit land niet terug in de concluderende hoofdstukken 2 en 3. Zorg stroomt in Zweden namelijk automatisch ('open') het pakket in. Daarmee was er van dit land minder te leren wat betreft de geslotenheid van een verzekerde pakket. Bovendien is het pakket in Zweden niet nationaal afgebakend en bepalen regio's zelf welke zorg zij inkopen voor hun inwoners. Hierdoor verschilt per regio welke zorg voor patiënten vergoed wordt.

1.2 Conclusie

Op basis van zeer uitgebreid deskresearch en circa 25 interviews met experts uit de vergelijkingslanden concluderen we dat het gras in België, Duitsland, Engeland, Frankrijk en Zweden niet groener is dan in Nederland.

Ten eerste bestaat hét gesloten pakket niet (Hoofdstuk 2). De manier waarop en de mate waarin het pakket gesloten is, verschilt tussen de onderzochte landen. Per *type* zorg dat instroomt kan verschillen of het pakket gesloten is. Geslotenheid kan ook gaan over de mate van aandacht voor de *uitstroom* van zorg. Daarnaast verschilt de rol die effectiviteitsbeoordelingen spelen in het bepalen van welke zorg in- en uitstroomt. Ten slotte verschilt de mate waarin zorg buiten het gesloten pakket om alsnog beschikbaar is voor (grote) patiëntgroepen of individuele patiënten.

Ten tweede zien we geen koppeling tussen een geslotener pakket en lagere uitgaven aan curatieve zorg (Hoofdstuk 3). We zien geen duidelijk verband tussen de vergoeding van 34 onderzochte behandelingen en hulpmiddelen en de mate van geslotenheid van het pakket in de vergelijkingslanden. Bovendien vergoeden de vergelijkingslanden in de praktijk meer zorg dan we zouden verwachten op basis van de inrichting van het pakketbeheer in deze landen, bijvoorbeeld vanwege cultuur, politiek of dat landelijke sturing op individuele zorg moeilijk te controleren is. Ten slotte zijn ondanks het relatief open pakket de uitgaven aan curatieve zorg het laagst in Nederland.

Reflecterend op het Nederlandse pakketbeheer, constateren we dat Nederland voorop lijkt te lopen met de huidige initiatieven van VWS, het Zorginstituut en programma ZE&GG⁴ (Hoofdstuk 4). Wel zouden de nationale prijsonderhandelingen in Frankrijk voor (met name) extramurale medische hulpmiddelen nog een interessant aanknopingspunt kunnen zijn. Of deze ook toepasbaar zijn in de Nederlandse context verdient nader onderzoek.

de langdurige zorg collectief vergoed worden hangt niet zozeer samen met pakketkeuzes op basis van (kosten)effectiviteitsoverwegingen, maar vinden hun oorsprong met name in cultureel-maatschappelijke overwegingen. Dat maakt dat andere aspecten van pakketbeheer (zoals opgenomen in het rapport Pakketbeheer in de Praktijk 4 van het Zorginstituut) meer van belang zijn, zoals proactief en risicogericht signaleren en agenderen.

⁴ Zorgevaluatie en Gepast Gebruik

2 Hét gesloten pakket bestaat niet

Hét gesloten pakket bestaat niet. De manier waarop en de mate waarin het pakket gesloten is, verschilt tussen de onderzochte landen. Zo kan binnen een land per type zorg dat instroomt verschillen of het pakket gesloten is: intramurale zorg stroomt vaker open in, terwijl het pakket voor extramurale zorg vaker gesloten is (§2.1). Een gesloten pakket kan gaan over de aandacht die er is voor de uitstroom van zorg (§2.2). Ook verschilt de rol die effectiviteitsbeoordelingen spelen in het bepalen van welke zorg in- en uitstroomt (§2.3). Ten slotte verschilt ook nog de mate waarin zorg buiten het gesloten pakket om alsnog beschikbaar is (§2.4).

In dit hoofdstuk beargumenteren we dat hét gesloten pakket voor curatieve zorg niet bestaat.⁵ Voor zover wij weten bestaat er geen afgebakende definitie van een gesloten pakket. Daarom onderscheiden we vier aspecten die van invloed zijn op de mate van geslotenheid van een pakket:

- 1 Of zorg direct instroomt in het pakket zonder dat een officiële instantie daar expliciet over besluit (§2.1).
- 2 Of zorg uit het pakket stroomt, bijvoorbeeld omdat een behandeling niet kosteneffectief is of niet meer gebruikt wordt (§2.2).
- 3 De rol die effectiviteitsbeoordelingen spelen in beslissingen over in- en uitstroom van zorg (§2.3).
- 4 In hoeverre van het pakket uitgesloten zorg alsnog wordt vergoed (§2.4).

We vergeleken het pakketbeheer van Nederland met dat van vier andere landen, namelijk België, Duitsland, Engeland en Frankrijk. Alle vier deze vergelijkingslanden kennen een bepaalde mate van geslotenheid van het pakket. In Bijlage 4 beschrijven we per onderzocht land het pakketbeheer en de vergoeding van zorg in meer detail in de bredere context van het gezondheidszorgsysteem.

2.1 Binnen een land kan per type zorg dat instroomt verschillen of het pakket gesloten is

Drie van de onderzochte landen (Duitsland, Frankrijk en Engeland) hebben alleen voor een deel van de curatieve zorg⁶ een gesloten instroom (§2.1.1). Alleen België heeft voor alle zorg een gesloten instroom in het pakket (§2.1.2). Nederland heeft voor alle zorg⁵ een open instroom in het pakket, hoewel VWS op basis van de Wet bijzondere medische verrichtingen voorwaarden kan

⁵ (Dure) geneesmiddelen en fysiotherapie behoren niet tot de scope van dit onderzoek.

⁶ Waar in dit rapport over 'zorg' wordt gesproken, bedoelen we curatieve zorg, tenzij anders vermeld.

stellen aan specifieke medische ingrepen. Zo heeft de minister van VWS in 2013 bijvoorbeeld het aantal centra voor protontherapie begrensd tot drie.⁷

2.1.1 Duitsland, Frankrijk en Engeland kennen een deels gesloten instroom afhankelijk van het type zorg

Duitsland heeft alleen voor extramurale zorg een gesloten instroom

Alleen voor extramurale behandelingen⁸ en medische hulpmiddelen heeft Duitsland een gesloten instroom in het pakket. Intramurale zorg stroomt open het pakket in.

De gesloten instroom betekent dat Duitse ziekenfondsen extramurale zorg alleen vergoeden na een positieve beslissing door de Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Dit is een federale commissie die bestaat uit dertien leden: vijf vertegenwoordigers van ziekenfondsen, vijf vertegenwoordigers van zorgaanbieders, twee neutrale leden⁹ en een onpartijdige voorzitter. Patiëntvertegenwoordigers hebben in de G-BA een recht om advies te geven of aanvragen in te dienen, maar geen stemrecht over welke zorg vergoed wordt. Naast de leden van de G-BA kunnen ook fabrikanten van medische hulpmiddelen een aanvraag indienen voor de beoordeling van zorg.¹⁰

Ook kunnen relevante partijen (zoals vakverenigingen van de vertegenwoordigende koepelorganisaties die deelnemen in de G-BA en fabrikanten van medische hulpmiddelen) via een schriftelijke en mondelinge procedure commentaar leveren, voordat de G-BA het definitieve besluit publiceert.¹¹ Het ministerie kan uiterlijk binnen twee maanden na publicatie eventueel bezwaar indienen.¹²

Frankrijk heeft voor extramurale zorg en voor invasieve medische hulpmiddelen en implantaten in de intramurale sector een gesloten instroom

Frankrijk heeft net als Duitsland een gesloten instroom voor alle extramurale behandelingen en medische hulpmiddelen. Ook is er gesloten instroom voor invasieve en/of dure (en hoog risico¹³) medische hulpmiddelen en implantaten in de intramurale zorg. Overige intramurale zorg stroomt open in het pakket.

De Haute Autorité de Santé (HAS) is een onafhankelijk publiek orgaan verantwoordelijk voor beoordelingen en aanbevelingen over de instroom in (en eventueel uitstroom uit) het pakket. Diverse geledingen van de overheid benoemen de acht leden van het bestuur van de HAS. Bij de beoordeling door de HAS spelen twee commissies een belangrijke rol:

⁷ Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2021–2022, nr. 3667.

⁸ Waar 'behandelingen' staat bedoelen we zowel diagnostische als therapeutische procedures, tenzij anders gespecificeerd.

⁹ De vertegenwoordigers van ziekenfondsen als de vertegenwoordigers van zorgaanbieders kiezen elk één van de neutrale leden. Deze twee afgevaardigden zouden in principe onpartijdig moeten zijn.

¹⁰ Gemeinsamer Bundesausschuss, Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die ambulante und/oder stationäre Versorgung (geraadpleegd op 26 juni 2023).

¹¹ Gemeinsamer Bundesausschuss, Stellungnahmeberechtigte (2023).

¹² Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (2022).

¹³ Beoordeling van hoog risico intramurale hulpmiddelen gaat echter alleen om de veiligheid en dus niet de (kosten)effectiviteit. Na positieve beoordeling wordt het hulpmiddel opgenomen in la liste positive intra Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

- De beoordeling van therapeutische behandelingen en medische hulpmiddelen en technologieën gebeurt door de Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDIMTS).¹⁴
- De beoordeling van diagnostische en prognostische behandelingen gebeurt sinds 2023 door de Commission d'Évaluation des Technologies de Santé Diagnostiques, Pronostiques et Prédictives (CEDiag).¹⁵

De CNEDIMTS adviseert het ministerie over de beslissing om medische hulpmiddelen te vergoeden. De minister beslist hierover. Voor behandelingen (en medische hulpmiddelen die vroegtijdige toelating kennen) geldt dat het bestuur van de HAS het definitieve advies aan het ministerie geeft. Beide commissies bestaan uit ongeveer twintig stemgerechtigde leden, merendeels zorgprofessionals. Patiëntvertegenwoordigers zijn ook deel van beide commissies. Vertegenwoordigers van verschillende ministeries en zorgverzekeraars nemen in beide commissies plaats als adviserend lid. Andere relevante partijen, zoals bijvoorbeeld fabrikanten, kunnen reageren op voor hen relevante beoordelingen en beslissingen van de HAS.

Engeland kent voor intra- en extramurale behandelingen een gesloten instroom

Engeland heeft voor zowel intra- als extramurale behandelingen een gesloten instroom in het pakket. Medische hulpmiddelen stromen open het pakket in. Echter, fabrikanten van medische hulpmiddelen kunnen wel een beoordeling door het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) aanvragen. Ook kunnen andere organisaties, bijvoorbeeld organisaties die zich bezig houden met horizon scanning of NHS England, medische hulpmiddelen aandragen voor beoordeling.

Behandelingen kunnen alleen instromen na positieve aanbeveling door NICE in de NICE guidance. NICE is een onafhankelijke publieke organisatie. Het bestuur van NICE bestaat uit een voorzitter, acht toezichthoudende leden en vier uitvoerende leden (executive directors). Zij worden allemaal benoemd door de staatsecretaris van Volksgezondheid en Sociale Zorg (Health and Social Care).¹⁶ Het ministerie¹⁷ bepaalt voor welke behandelingen NICE guidance opstelt. Hoe de agendering van te beoordelen behandelingen verloopt is volgens geïnterviewden niet geheel duidelijk en transparant.

Verschillende commissies binnen NICE zijn verantwoordelijk voor het opstellen van de verschillende vormen van guidance, zoals de 'NICE Guidelines' en 'technology appraisals'. In deze commissies nemen vooral zorgaanbieders, -inkopers en -gebruikers en academici deel. Zij worden bij bepaalde vormen van NICE guidance¹⁸ ondersteund door aparte commissies die effectiviteitsbeoordelingen uitvoeren. Directe stakeholders (zoals vakverenigingen) kunnen

¹⁴ Haute Autorité de Santé (2023). National Commission for the Assessment of Medical Devices and Health Technologies.

¹⁵ Haute Autorité de Santé (2023). Commission d'évaluation des technologies de santé diagnostiques, pronostiques et prédictives.

¹⁶ Department of Health (2015). Report of triennial review of the National Institute for Health and Care Excellence.

¹⁷ The Department of Health and Social Care

¹⁸ Zoals de Technology Appraisals, Diagnostics Guidance, Medical Technology Evaluations, en Highly Specialised Technologies Evaluations.

commentaar geven op het concept van de guidance. Uiteindelijk keurt de Guidance Executive de richtlijn goed voor publicatie.¹⁹ Deze bestaat uit bestuurders van NICE.

NICE heeft zeven soorten guidance, bijvoorbeeld NICE guidelines, diagnostics guidance en technology appraisal guidance.²⁰ Alleen bij de 'technology appraisal guidance' is er een formele koppeling met de vergoedingspraktijk. De NHS is wettelijk verplicht om behandelingen met een positieve technology appraisal te financieren en te zorgen dat deze behandelingen binnen drie maanden beschikbaar zijn voor patiënten.²¹

2.1.2 Alleen België heeft voor alle zorg een gesloten instroom in het pakket

België heeft voor zowel intra- en extramurale behandelingen als medische hulpmiddelen een gesloten instroom in het pakket. Ziekenfondsen vergoeden binnen de verplichte zorgverzekering alleen zorg die opgenomen is in de (pseudo)nomenclatuur van een federale instelling onder toezicht van de minister van Sociale Zaken: het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De nomenclatuur beschrijft prestatieverstrekingen inclusief de tarieven en eventuele voorwaarden (zoals indicatiecriteria) voor het kunnen declareren van een verstrekking. In de nomenclatuur worden geen volumebeperkingen vastgelegd.

Binnen verschillende raden van het RIZIV doen ziekenfondsen en zorgaanbieders voorstellen voor wijziging van de nomenclatuur en onderhandelen zij over de bijbehorende tarieven en hoogte van eigen betalingen. De Algemene Raad van het RIZIV neemt het definitieve besluit over welke zorg vergoed wordt en tegen welk tarief. Hierin hebben partijen die instaan voor de financiering van de verzekering²² driekwart van het mandaat en ziekenfondsen de rest. Zorgaanbieders hebben hierbij alleen een adviserende stem. Patiëntvertegenwoordigers hebben geen expliciete rol binnen de verschillende raden van het RIZIV.²³

Hiernaast bestaat de pseudonomenclatuur. In zogenaamde conventies maken ziekenfondsen en zorgaanbieders afspraken over welke, veelal multidisciplinaire, zorg (zoals revalidatie- of diabeteszorg) vergoed wordt en voor welk vaststaand bedrag ziekenfondsen dit doen. Dit wordt opgenomen in de pseudonomenclatuur. Voor deze zorg kunnen volumebeperkingen worden afgesproken. Ook kunnen ziekenfondsen en zorgaanbieders evaluatie-indicatoren met een eventuele registratieverplichting afspreken. Hierdoor kunnen zij de effecten van de geleverde zorg binnen de conventies evalueren en de conventie eventueel hierop aanpassen.²⁴

¹⁹ National Institute of Health and Care Excellence (2023). How we develop NICE guidelines.

²⁰ Ook ontwikkelt NICE een nieuwe aanpak om te stimuleren dat veelbelovende innovatieve behandelingen meer gebruikt te laten worden. Hierbij beoordeelt NICE vroegtijdig bewijsmateriaal om te bepalen of de innovatie voorwaardelijk eerder in kan stromen in het pakket.

²¹ National Institute of Health and Care Excellence, 2023. NICE Technology Appraisal Guidance.

²² Werkgevers, werknemers, zelfstandigen en vertegenwoordigers van de regering.

²³ Geïnterviewden geven aan dat patiëntenorganisaties wel advies kunnen geven, maar dat dit in de praktijk weinig gebeurt. Zij geven aan dat de vertegenwoordiging van patiënten vooral via ziekenfondsen verloopt.

²⁴ Ziekenfondsen bieden automatisch aanvullend verzekerde diensten (zoals orthodontie en brillen). De scope verschilt sterk tussen ziekenfondsen. Sinds 2012 is inschrijving voor deze aanvullende diensten verplicht en betalen verzekerden een collectieve premie. Inwoners die dit niet willen kunnen kiezen om zich in te schrijven bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV), een neutraal openbaar orgaan dat alleen de verplichte ziektekostenverzekering beheert en geen aanvullende diensten verzekerd. Bron: Health Systems in Transition, Vol. 22, No. 5 (2020). Health system review: Belgium.

2.2 Een gesloten pakket kan gaan over de aandacht voor de uitstroom van zorg

De geslotenheid van een pakket kan naast de instroom ook gaan over de mate waarin het pakket ‘achteraf’ gesloten wordt. Hiermee bedoelen we hoeveel aandacht er is voor de uitstroom van niet-(kosten)effectieve zorg uit het pakket. In deze context zien we dat in Engeland, Frankrijk en Nederland de uitstroom van zorg aandacht krijgt, maar de realisatie in de praktijk niet vanzelfsprekend lijkt (§2.2.1). België en Duitsland besteden minder aandacht aan het beheren van het pakket nadat zorg is ingestroomd en zijn wat dit betreft dus minder ‘gesloten’ (§2.2.2).

2.2.1 In Nederland, Engeland en Frankrijk is er aandacht voor de uitstroom van zorg, hoewel de realisatie niet vanzelfsprekend is

In Nederland is het pakket de facto ‘geslotener’ dan de open instroom doet vermoeden. Dit komt door de mogelijkheid die het Zorginstituut heeft om op basis van haar beoordeling te concluderen dat reeds ingestroomde zorg niet tot het verzekerde pakket behoort (zie §1.1). Bij een negatief oordeel van het Zorginstituut stroomt deze zorg uit het verzekerde pakket, zonder tussenkomst van VWS. Hiernaast zijn er op landelijk niveau initiatieven om niet-effectieve zorg uit het pakket te laten stromen, zoals het programma Zorgevaluatie & Gepast gebruik (ZE&GG). Dit programma loopt tot 2024 en heeft specifiek ook aandacht voor de veranderingen die op de werkvloer nodig zijn om zorg uit te laten stromen. Ondanks de successen die er binnen dit programma worden behaald, is nog niet vast te stellen of de programmadoelstellingen behaald gaan worden.

In Engeland kan NICE reeds ingestroomde zorg opnieuw evalueren. Het is onduidelijk in hoeverre dit structureel gebeurt en tot welke uitstroom dit leidt. NICE bepaalt zelf wanneer deze herevaluaties plaatsvinden, hoewel NICE ernaar streeft om dat binnen drie tot zes maanden nadat er nieuw bewijsmateriaal beschikbaar is, te doen. In hoeverre dit in de praktijk gebeurt is onduidelijk. Hiernaast identificeert NICE, bij het opstellen of updaten van klinische richtlijnen, behandelingen die zouden moeten uitstromen uit het pakket op basis van kosteneffectiviteit. Regionale zorginkopers zijn niet verplicht om de aanbevelingen in klinische richtlijnen op te volgen. Zij moeten alleen de aanbevelingen die volgen uit de ‘technology appraisals’ opvolgen.

Vergelijkbaar aan het Nederlandse programma ZE&GG, organiseerde NHS England in samenwerking met NICE in 2018 het Evidence Based Interventions (EBI) Programme. Hierbij werden vier behandelingen geïdentificeerd die geheel zouden moeten uitstromen uit het pakket (zoals knie-artroscopie bij artritis) en dertien behandelingen die alleen nog onder strenge voorwaarden zouden moeten worden aangeboden (zoals borstverkleining). NHS England besloot na enkele jaren om te stoppen met het EBI-programma, omdat de impact nog niet voldoende kon worden aangetoond.

In Frankrijk evalueert de HAS in principe elke vijf jaar opnieuw de medische hulpmiddelen die zijn opgenomen in het pakket. Hierbij gelden dezelfde criteria als bij de initiële HAS-beoordeling. De herevaluatie voert de HAS uit op basis van aangeleverde documenten van fabrikanten en/of systematische literatuurreviews. Geïnterviewden geven aan dat dit in de praktijk minder structureel lijkt te gebeuren, mede vanwege capaciteitstekorten bij de HAS. Ook is de HAS

verantwoordelijk voor het updaten van klinische richtlijnen op basis van nieuw wetenschappelijk bewijs. Dit doet de HAS op basis van signalen uit het veld en door op vaste momenten nieuwe wetenschappelijke literatuur te evalueren.²⁵ Het is onduidelijk in welke mate dit gebeurt.²⁶

2.2.2 In België en Duitsland is er minder aandacht voor de uitstroom van zorg

In België is er weinig uitstroom van niet-(kosten)effectieve zorg. Zorg stroomt alleen uit de nomenclatuur wanneer zorgverleners nauwelijks (meer) verstrekkingen declareren. Hiernaast is er binnen het RIZIV een initiatief geweest om niet-(kosten)effectieve zorg uit de nomenclatuur te schrappen of hier strengere voorwaarden aan te verbinden. Dit verliep via de Appropriate Care Unit²⁷ die in 2016 is opgericht. Zij identificeerden onder andere²⁸ veertig miljoen euro aan niet-(kosten)effectieve zorg, waarvoor de verstrekkingen in de nomenclatuur vervolgens geschrapt werden of waarvoor strengere voorwaarden werden opgenomen.²⁹ De weerstand die dit opriep bij zorgaanbieders resulteerde echter in het terugdraaien van de schrappingen uit de nomenclatuur. Vervolgens verlaagde het RIZIV voor deze verstrekkingen de hoogte van de terugbetalingen.

Ook in Duitsland stroomt weinig zorg uit het pakket. Zorg stroomt alleen uit wanneer deze obsoleet is geworden (bijvoorbeeld wanneer een hulpmiddel niet meer op de markt wordt aangeboden) of onveilig blijkt te zijn. Het nemen van beslissingen over uitstroom is moeilijk omdat er minimaal negen van de vijftien stemmen van de G-BA voor nodig zijn. Gegeven de samenstelling van de G-BA (zie §2.1.1) is dat onwaarschijnlijk. Hiernaast geven geïnterviewden aan dat er nog weinig urgentie wordt gevoeld om uitstroomkeuzes te maken op basis van (kosten)effectiviteit.

2.3 De rol die effectiviteitsbeoordelingen spelen in het bepalen van welke zorg in- en uitstroomt verschilt

De mate waarin effectiviteitsbeoordelingen, ook vaak aangeduid als Health Technology Assessments (HTA), een rol spelen in beslissingen over de instroom en uitstroom van zorg verschilt in de onderzochte landen. In Nederland, Engeland en Frankrijk spelen effectiviteitsbeoordelingen een formelere rol (zie §2.3.1) dan in België en Duitsland (zie §2.3.2). In Bijlage 2 beschrijven we de resultaten van de analyse van gepubliceerde effectiviteitsbeoordelingen in de onderzochte landen van de afgelopen twintig jaar. Hierin zien we dat zowel het aantal effectiviteitsbeoordelingen dat in ieder land wordt uitgevoerd verschilt als de onderwerpen waarop zij deze uitvoeren.

²⁵ Haute Autorité de Santé (2023). Actualisation des recommandations de bonne pratique et des parcours de soins.

²⁶ De afgelopen vijf jaar beoordeelde de CNEDIMTS circa 60 medische hulpmiddelen per jaar voor herziening van hun opname in de LPPR en circa 45 medische hulpmiddelen om de voorwaarden te herzien waaronder deze hulpmiddelen zijn opgenomen in de LPPR.

²⁷ Ook wel: Cel Doelmatige Zorg van Actieplan Handhaving.

²⁸ Ook bereidt de Appropriate Care Unit budgetneutrale hervormingen voor om bestaande regelgeving in overeenstemming te brengen met internationale richtlijnen.

²⁹ Bijvoorbeeld een leeftijdsbegrenzing bij fertiliteitsbehandelingen.

2.3.1 In Nederland, Engeland en Frankrijk spelen effectiviteitsbeoordelingen een formele rol bij de instroom en/of eventuele uitstroom uit het pakket

In Nederland zijn effectiviteitsbeoordelingen door het Zorginstituut gekoppeld aan pakketbeslissingen

Voor zorg die is ingestroomd³⁰ in het pakket kan het Zorginstituut besluiten een duiding uit te brengen. Hierin baseert het Zorginstituut zich in ieder geval op twee criteria³¹:

- 1 Stand van de Wetenschap en Praktijk (SW&P): de effectiviteit van zorg is wetenschappelijk onderbouwd.³²
- 2 Plegen te bieden: de beroepsgroep rekent de zorg zelf tot het aanvaardbare aanbod van zorg en wordt geleverd op een manier die de beroepsgroep als professioneel beschouwt.

Het verzoek om een duiding van het Zorginstituut kan komen van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en/of eventuele andere partijen (vertegenwoordigende verenigingen, het ministerie van VWS of het Zorginstituut zelf).³³ De uitkomst van deze duiding is een standpunt en is een formele beslissing of zorg wel of niet tot het verzekerde pakket behoort. Dat betekent dat een standpunt van het Zorginstituut doorwerkt op de omvang van het verzekerde pakket zonder tussenkomst van de minister van VWS. Een negatief standpunt leidt ertoe dat de geduide zorg niet meer tot het basispakket behoort.

De afgelopen tien jaar bracht het Zorginstituut vooral standpunten uit over zorg met een relatief klein kostenbeslag (Figuur 1). Inmiddels hebben VWS en het Zorginstituut voornemens om het pakketbeheer te hervormen en sterker in te zetten op risicogericht pakketbeheer.³⁴ Hiervoor is een maatschappelijk relevant agenderingskader³⁵ ontwikkeld (zie Hoofdstuk 4).

³⁰ Het Zorginstituut kan ook vóór zorg instroomt besluiten een duiding uit te brengen, hoewel dit minder gebruikelijk is.

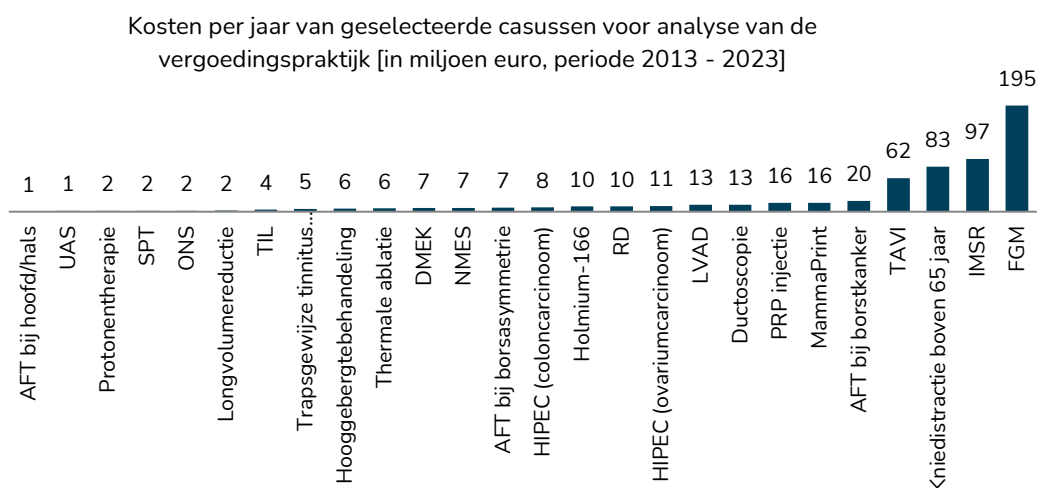
³¹ Een derde criterium waaraan verzekerde zorg moet voldoen is het criterium 'redelijkerwijs aangewezen'. Dit criterium is bedoeld om in individuele gevallen te bepalen of een verzekerde daadwerkelijk is aangewezen op zorg zoals zorgverleners plegen te bieden én die voldoet aan SW&P. Dit is het indicatievereiste waaraan de zorgverzekeraar moet toetsen.

³² Zie voor de volledige beschrijving van SW&P het document 'Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023' van het Zorginstituut.

³³ Individuele verzekerden kunnen een geschil met een verzekeraar indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Het SKGZ kan vervolgens besluiten om een geschil voor te leggen aan het Zorginstituut.

³⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamerbrief: 'Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket', 2 december 2022. Rapport Zorginstituut Nederland: Pakketbeheer in de praktijk 4 (maart 2023).

³⁵ Zorginstituut Nederland (2023). Pakketagenda passende zorg 2023 – 2025. Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/07/18/pakketagenda-passende-zorg>



Figuur 1. Het Zorginstituut bracht de afgelopen tien jaar vooral standpunten uit met een relatief klein kostenbeslag. Vier van de geselecteerde standpunten hebben een kostenbeslag van meer dan 60 miljoen euro. Op de horizontale as staan de afkortingen van behandelingen. In Bijlage 3 zijn de volledige namen opgenomen. Bron: analyse SiRM.³⁶

In Engeland toetst NICE expliciet de (kosten)effectiviteit van behandelingen

In Engeland beoordeelt NICE zowel de klinische effectiviteit als kosteneffectiviteit van behandelingen.³⁷ Hierbij hanteert NICE een expliciete besluitvormingsdrempel op basis van de Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER).³⁸ Effectieve behandelingen worden aanbevolen mits deze in vergelijking met de standaardbehandeling minder kosten dan circa 35.000 euro per gewonnen Quality-Adjusted Life Year (QALY).³⁹ Deze ICER wordt gebruikt voor de 'technology appraisals', waarbij regionale zorginkopers verplicht zijn de aanbevelingen op te volgen. Op deze manier zijn pakketbeslissingen formeel gekoppeld aan (kosten)effectiviteit. Ook voor andere vormen van guidance gebruikt NICE de ICER als besluitvormingsdrempel voor aanbevelingen. Zorginkopers zijn niet verplicht om de aanbevelingen uit de andere vormen van guidance op te volgen.

In Frankrijk beïnvloedt de beoordeling van de HAS⁴⁰ van de (relatieve) effectiviteit van zorg het vergoedingsniveau en -tarief

Ook in Frankrijk zijn effectiviteitsbeoordelingen gekoppeld aan pakketbeslissingen. De HAS doet dit in twee stappen. In eerste instantie bepaalt zij op basis van effectiviteit het

³⁶ Hierin hebben we alleen de standpunten waarvan een kostenbeslag is opgenomen in het standpunt van het Zorginstituut meegenomen.

³⁷ Alleen bij het 'Interventional Procedures Programme' beoordeelt NICE enkel de klinische effectiviteit. Het gaat hierbij om diagnostische of therapeutische behandelingen waarbij bijvoorbeeld via een snede in het lichaam een buisje in het bloedvat kan worden ingebracht of via de mond een instrument wordt ingebracht om een behandeling in de maag uit te voeren.

³⁸ Soms verandert deze drempel. Bijvoorbeeld voor behandelingen die meer dan drie maanden levensverwachting toevoegen voor patiënten die niet langer dan twee jaar meer te leven hebben. In dit geval waardeert NICE de QALY's op tweeënhalf keer de 'standaard' QALY (wat een besluitvormingsdrempel van 55.000 euro per QALY impliceert).

³⁹ Health Systems in Transition, Vol. 24 No. 1 (2022). United Kingdom: health system review.

⁴⁰ De HAS is een onafhankelijke publieke organisatie, geleid door een bestuur dat gekozen wordt door de overheid. Haute Autorité de Santé (2023). Organisation de la HAS.

vergoedingspercentage (op 0, 15, 35, 65 of 100 procent). In tweede instantie bepaalt de HAS de mate van relatieve effectiviteit ten opzichte van bestaande zorg. Zij schaaft de behandeling of het medische hulpmiddel in op één van de vijf zogenaamde Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) niveaus. Aan de hand van dit niveau onderhandelt de Franse overheid met fabrikanten of zorgaanbieders over de prijs.⁴¹ Met ASMR-niveau 1 tot en met 4 kunnen fabrikanten en zorgaanbieders een hogere prijs dan voor de standaardbehandeling onderhandelen. Dit geeft volgens geïnterviewden een prikkel voor fabrikanten en zorgaanbieders om voldoende data aan te leveren.

Eventueel kan de HAS aanvullend een evaluatie van de economische impact uitvoeren bij de (her)beoordeling van medische hulpmiddelen met een hoge relatieve effectiviteit en significante budgetimpact⁴². Dit is volgens geïnterviewden echter nog geen doorslaggevend punt in de besluitvorming.⁴³

2.3.2 In België en Duitsland zijn effectiviteitsbeoordelingen van zorg niet formeel gekoppeld aan pakketbeslissingen

In België verricht het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) effectiviteitsbeoordelingen. Het KCE doet jaarlijks een oproep bij alle stakeholders en besluit vervolgens zelf welke zorg zij beoordeelt. Vervolgens formuleert het KCE adviezen (aan het RIZIV of andere partijen) en publiceert zij deze. Hiernaast heeft het RIZIV een eigen commissie die effectiviteitsbeoordelingen uitvoert voor invasieve medische hulpmiddelen en implantaten. De verschillende raden binnen het RIZIV (zie §2.1.2) zijn niet verplicht om effectiviteitsbeoordelingen van het KCE of de eigen commissie te gebruiken bij het nemen van pakketbeslissingen. Het is onduidelijk in hoeverre zij deze beoordelingen betrekken bij hun beoordeling.

In België ervaren ziekenfondsen minder een prikkel om pakketkeuzes te maken op basis van kosteneffectiviteit doordat zij voor het basispakket van de verplichte zorgverzekering niet concurreren op een markt om verzekerden zoals in Nederland het geval is. Hierdoor speelt dit minder een rol in het besluitvormingsproces over welke zorg vergoed wordt. Dit komt doordat ziekenfondsen in tegenstelling tot Nederland beperkt risicodragend zijn. Zij zijn, net als zorgaanbieders, erop gericht om het pakket van beschikbare zorg voor hun verzekerden te verruimen.⁴⁴ Ziekfondsen concurreren op basis van hun dienstverlening en hun aanvullende verzekeringen.

⁴¹ Over de prijs van medische hulpmiddelen wordt in Frankrijk centraal onderhandeld op basis van de verwachte effectiviteit van deze hulpmiddelen, vergelijkbaar met het Bureau Financière Arrangements voor dure geneesmiddelen in Nederland. Dit is de Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) en valt onder de verantwoordelijkheid van de ministeries van Volksgezondheid, Sociale Zaken en Economische Zaken. Geïnterviewden geven aan dat dit een effectief systeem is. Dit is buiten scope van deze opdracht. Ook in België onderhandelen zorgaanbieders en ziekenfondsen binnen overeenkomstencommissies en conventies over de te vergoeden tarieven. Effectiviteitsbeoordelingen spelen hierbij een informerende rol, maar zijn niet formeel gekoppeld aan de tariefstelling zoals in Frankrijk.

⁴² Of na twee jaar op de markt een (verwachte) omzet van twintig miljoen euro of hoger heeft.

⁴³ Health Systems in Transition, Vol. 17 No. 3 (2015). France: health system review.

⁴⁴ In België wordt het macrobudget op federaal niveau vastgesteld op basis van trendanalyse (onder andere demografie) en een jaarlijkse groeivoet. Het budget voor de verplichte zorgverzekering wordt nationaal verdeeld tussen de verschillende zorgsectoren. Er vinden onderhandelingen plaats waarbij voor elke zorgsector een tarievenakkoord

In Duitsland voert het IQWiG effectiviteitsbeoordelingen uit. De IQWiG is een onafhankelijk, wetenschappelijk instituut. De G-BA kan de IQWiG de opdracht geven om een effectiviteitsbeoordeling uit te voeren voor bepaalde zorg. De IQWiG verstrekt informatie in de vorm van wetenschappelijke rapporten, maar geeft geen adviezen of aanbevelingen voor pakketbeslissingen. De G-BA volgt over het algemeen de resultaten van de rapporten van de IQWiG, maar de resultaten van de IQWiG zijn niet bindend. Hiernaast heeft de G-BA ook eigen commissies voor effectiviteitsbeoordeling (bijvoorbeeld voor paramedische zorg).⁴⁵ In hoeverre de resultaten van effectiviteitsbeoordelingen worden gebruikt bij de besluitvorming door de G-BA is onduidelijk.

2.4 De mate waarin zorg buiten het gesloten pakket om alsnog vergoed wordt verschilt

2.4.1 Ondanks dat het pakket in Frankrijk deels gesloten is, wordt deze zorg voor grote patiëntgroepen wel vergoed

In Frankrijk zien we dat vrijwel alle zorg toch vergoed wordt, ondanks de begrenzing van de instroom van zorg in het pakket en de bijbehorende vergoedingspercentages op basis van effectiviteitsbeoordeling. Dit heeft twee belangrijke oorzaken:

- 1 Van de Franse bevolking is 95 procent aanvullend verzekerd voor het verschil tussen het vastgestelde vergoedingspercentage door de HAS en het volledige tarief.⁴⁶ De HAS stelt op basis van de effectiviteit van zorg het vergoedingspercentage vast op 0, 15, 35, 65 of 100 procent. Wanneer het vergoedingspercentage lager is dan 100 procent, dekt de aanvullende verzekering in de meeste gevallen het verschil.⁴⁷
- 2 De Franse nationale zorgverzekeraar vergoedt voor dertig chronische aandoeningen (zoals diabetes en Parkinson) die zijn opgenomen op de 'liste Affection Longue Durée' (ALD) alle effectieve zorg volledig voor alle inwoners.⁴⁸

2.4.2 In België, Frankrijk en Nederland bestaan mogelijkheden om bepaalde behandelingen en/of medische hulpmiddelen (versneld) te vergoeden

In België, Frankrijk en Nederland bestaan voor bepaalde behandelingen en/of medische hulpmiddelen aparte mogelijkheden om zorg buiten het pakket om te vergoeden.

Zo kan het RIZIV in België via een Artikel 56 procedure overeenkomsten afsluiten met derde partijen voor de financiering van bepaalde behandelingen en/of medische hulpmiddelen die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur. Bijvoorbeeld om zorg voorwaardelijk te vergoeden om meer

afgesloten wordt. Tijdens die onderhandelingen kunnen ziekenfondsen met de zorgaanbieders beslissen om nieuwe verstrekkingen (op basis van effectiviteitsbeoordelingen) in het basispakket op te nemen of bestaande verstrekkingen aan te passen.

⁴⁵ Health Systems in Transition, Vol. 22 No. 6 (2020). Germany: health system review.

⁴⁶ Deze groep is voornamelijk aanvullend verzekerd via hun werkgever (89% van de totale bevolking). De overige 6% met aanvullende verzekering zijn mensen met een laag inkomen. Zij ontvangen inkomensafhankelijke vouchers. Aanvullende verzekeringen financieren in Frankrijk ongeveer 14 procent van de totale zorguitgaven. Bron: DREES, Les dépenses de santé en 2017.

⁴⁷ Dit wordt ook wel 'balance billing' genoemd.

⁴⁸ L'Assurance Maladie (2023). Qu'est-ce que le dispositif appelé Affection Longue Durée (ALD)?

bewijs te kunnen verzamelen over de effectiviteit. Een fabrikant, (groep) zorgaanbieder(s) of patiënten kunnen hiervoor een aanvraag indienen bij het RIZIV. Tijdens een periode van twee of drie jaar wordt de behandeling tijdelijk vergoed (bijvoorbeeld bij vacuümgeassisteerde wondtherapie en next generation sequencing bij borstkanker). Dit betekent niet dat deze zorg hierna definitief in het pakket wordt opgenomen. Een geïnterviewde geeft aan dat de omvang van het gebruik van de Artikel 56 procedure gemiddeld 60-70 miljoen euro op jaarbasis beslaat.

In Frankrijk kunnen innovatieve medische hulpmiddelen ook vroegtijdig instromen via de zogenaamde Forfait Innovation. Fabrikanten kunnen een beoordeling aanvragen bij de HAS om in aanmerking te komen voor Forfait Innovation. Na positieve beoordeling wordt de technologie voorwaardelijk vergoed.⁴⁹

Dergelijke procedures bestonden ook in Nederland. In 2019 is de voorwaardelijke toelating grotendeels vervangen door de subsidieregeling veelbelovende zorg en een aparte voorwaardelijke toelatingsprocedures voor dure geneesmiddelen (weesgeneesmiddelen, conditionals en exceptionals). Op deze manier kan er verder onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit ter onderbouwing van een definitieve pakketbeslissing. In 2022 hebben acht medische onderzoeken subsidie ontvangen in het kader van de subsidieregeling veelbelovende zorg.

2.4.3 In België en Engeland bestaan aparte mogelijkheden om voor individuele patiënten zorg buiten het pakket om alsnog te vergoeden

Op individueel niveau bestaan in België en Engeland aparte mogelijkheden om buiten het pakket van verzekerde zorg om bepaalde typen zorg voor individuele patiënten alsnog te vergoeden. Zo bestaat in België het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF). Dit fonds vergoedt in uitzonderlijke gevallen de zorg voor een levensbedreigende aandoening waarvoor een dure niet-experimentele therapie noodzakelijk is wanneer de verplichte ziekteverzekering in België dit niet doet. Hoewel het fonds relatief klein is qua omvang en met name (dure) geneesmiddelen vergoedt, bestaat er op deze manier alsnog een mogelijkheid om zorg die buiten het verzekerde pakket valt te vergoeden.⁵⁰ In Engeland kunnen artsen in uitzonderlijke gevallen een Individual Funding Request (IFR) voor hun patiënt aanvragen bij NHS England. Bij goedkeuring van het IFR-verzoek wordt de behandeling voor de patiënt alsnog vergoed door de NHS, terwijl deze niet in het verzekerde pakket is opgenomen.

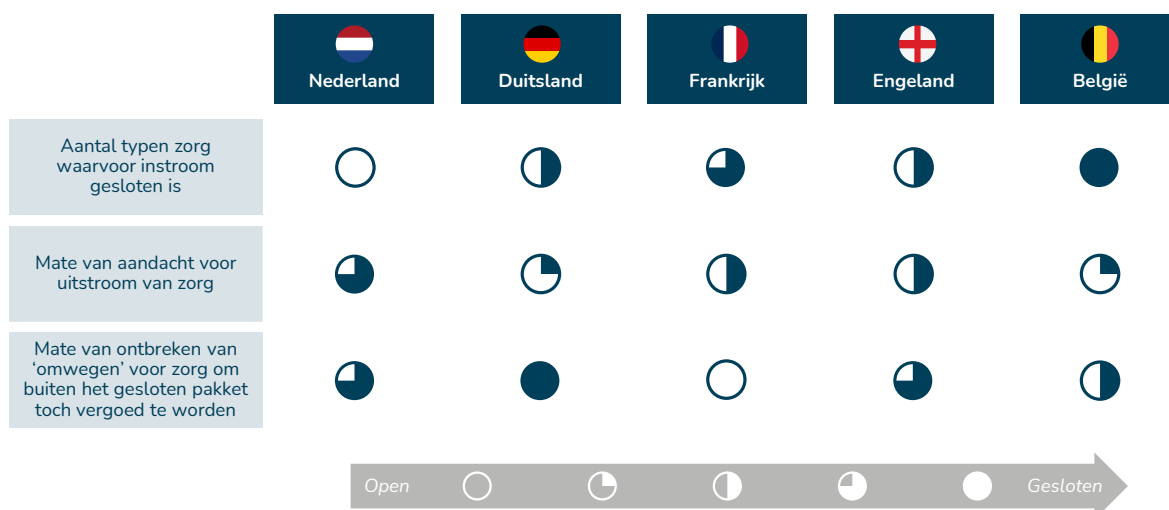
⁴⁹ Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). Forfait Innovation.

⁵⁰ In 2021 had het BSF een jaarbudget van circa €8 miljoen. Meer dan 80% van de patiënten voor wie zorg wordt gefinancierd gaat het om (dure) geneesmiddelen.

3 Geslotener pakket correleert niet met lagere uitgaven curatieve zorg

Een geslotener pakket hangt niet samen met lagere uitgaven aan curatieve zorg. Om te beginnen zien we geen duidelijk verband tussen de vergoeding van 34 onderzochte behandelingen en hulpmiddelen en de mate van geslotenheid van het pakket in de vergelijkingslanden (§3.1). Ook vergoeden in de praktijk de vergelijkingslanden meer zorg dan we zouden verwachten op basis van de mate van geslotenheid van het pakket, bijvoorbeeld vanwege cultuur, politiek of dat landelijke sturing op individuele zorg moeilijk te controleren is (§3.2). Bovendien zijn de uitgaven aan curatieve zorg het laagst in Nederland ondanks het relatief open pakket (§3.3).

In dit hoofdstuk beargumenteren we dat een geslotener pakket niet samenhangt met lagere uitgaven aan curatieve zorg. We hebben hiervoor eerst op basis van factoren uit Hoofdstuk 2 de onderzochte landen geordend naar mate van geslotenheid van het pakket (Figuur 2/Figuur 2).⁵¹ We rangschikken Nederland als land met het meest open pakket en België als land met het meest gesloten pakket. De ordening is geen kwestie van de scores op de factoren uit de figuur bij elkaar optellen, maar bevat ook een impliciete weging van de factoren ten opzichte van elkaar. De factoren hangen immers samen en zijn niet allen even belangrijk.



Figuur 2. We rangschikken Nederland als land met het meest open pakket en België als land met het meest gesloten pakket, waarbij de ordening geen kwestie is van de scores op de factoren uit de figuur simpelweg bij elkaar optellen

⁵¹ In deze rangschikking richten we ons alleen op curatieve zorg exclusief (dure) geneesmiddelen en fysiotherapie.

3.1 Er blijkt geen duidelijk verband te zijn tussen de vergoeding van 34 behandelingen en hulpmiddelen en de mate van geslotenheid van het pakket

We analyseerden voor 34 behandelingen en medische hulpmiddelen de vergoedingspraktijk in Nederland, Duitsland, Frankrijk, Engeland en België (zie Bijlage 3). Deze selectie van behandelingen en medische hulpmiddelen baseerden we op de tussen 2013 en 2023 uitgebrachte standpunten van het Zorginstituut, aangevuld met effectiviteitsbeoordelingen van HTA-organisaties in de onderzochte landen (zie Bijlage 1 voor een overzicht van het selectieproces). Van de 34 behandelingen en medische hulpmiddelen zijn 27 onderdeel van het basispakket in Nederland (zie §3.1.1). De overige zeven behandelingen en medische hulpmiddelen zijn geen onderdeel van het Nederlandse basispakket (§3.1.2).

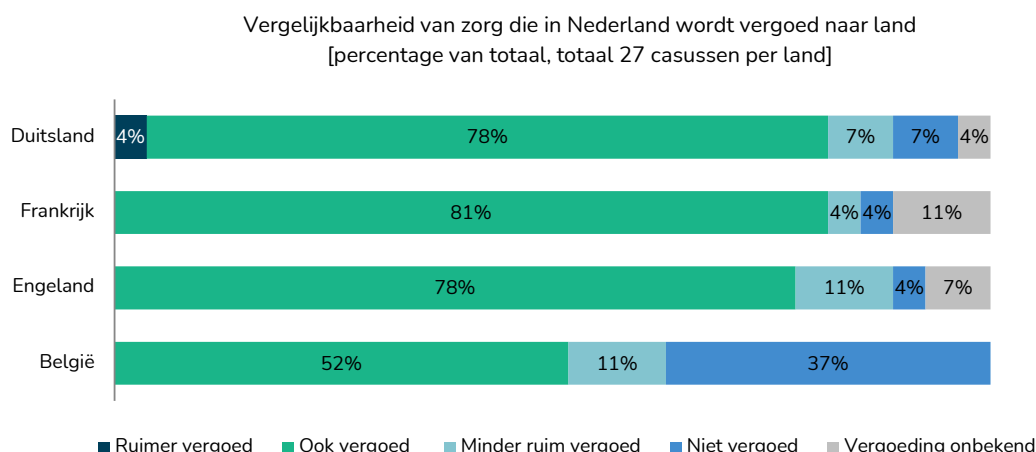
3.1.1 Behandelingen en medische hulpmiddelen die in Nederland vergoed worden, worden in landen met een geslotener pakket veelal ook vergoed

In Duitsland, Frankrijk en Engeland worden vrijwel alle onderzochte behandelingen en medische hulpmiddelen ook vergoed

Het merendeel (circa 80%) van de 27 behandelingen en medische hulpmiddelen die in Nederland in het basispakket zijn opgenomen wordt in Duitsland, Frankrijk en Engeland ook vergoed (Figuur 3). De vergoeding lijkt niet samen te hangen met de mate van geslotenheid van het pakket:

- Voor negen behandelingen en medische hulpmiddelen is de vergoedingspraktijk in Nederland hetzelfde in zowel Duitsland, Frankrijk als Engeland.
- Voor één medisch hulpmiddel, de Left Ventricular Assist Device (LVAD), geldt dat deze in Duitsland ruimer wordt vergoed dan in Nederland. In Nederland behoort deze alleen tot het basispakket wanneer deze als bestemmingstherapie na een multidisciplinaire vaststelling van de indicatie door getrainde professionals wordt ingezet. In Duitsland zijn de criteria voor het inzetten van de LVAD minder strikt. In Frankrijk en Engeland zijn de criteria vergelijkbaar met Nederland.
- Voor vijftien behandelingen en of medische hulpmiddelen is de vergoedingspraktijk in Nederland ruimer dan de vergoedingspraktijk in één ander land (Duitsland, Frankrijk of Engeland).
- Voor twee behandelingen⁵² geldt dat deze in zowel Duitsland als Frankrijk niet of minder ruim wordt vergoed ten opzichte van Nederland.

⁵² Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) bij depressie en meting van de hoeveelheid stikstofmonoxide astma in uitgeademde lucht bij de behandeling van astma (Fractional exhaled nitric oxide).



Figuur 3. Het merendeel (circa 80%) van de 27 behandelingen en medische hulpmiddelen die in Nederland in het basispakket zijn opgenomen, wordt in Duitsland, Engeland en Frankrijk ook vergoed. In België wordt circa de helft van de behandelingen die het Zorginstituut als effectief beschouwt niet vergoed. De overige 7 van de 34 behandelingen en medische hulpmiddelen zijn niet opgenomen in het Nederlandse basispakket en komen daarom niet terug in deze figuur. Bron: analyse SiRM.

In België wordt een deel van de behandeling en medische hulpmiddelen die het Zorginstituut als effectief beschouwt niet vergoed

In België wordt 52% van de onderzochte behandelingen en medische hulpmiddelen vergelijkbaar vergoed als in Nederland. De overige 48% wordt deels minder ruim vergoed en deels niet vergoed (Figuur 3). Dit betreft zowel intra- en/of extramurale zorg en zowel (diagnostische of therapeutische) behandelingen en medische hulpmiddelen.

De redenen waarom behandelingen en medische hulpmiddelen minder of niet vergoed worden is veelal onbekend. Voor één casus vonden we een verschil in de vergoeding vanwege verschillen in inzicht van de effectiviteit van de behandeling.⁵³ Voor de overige casussen die in België niet vergoed worden, concludeert het Zorginstituut dat deze zorg effectief is en door artsen wordt toegepast en voorgeschreven. Dit bevestigt dat in België effectief bevonden innovaties moeilijker in het pakket stromen vergeleken met landen met een open instroom. Dit werd ook door verschillende geïnterviewden genoemd.

3.1.2 Behandelingen die in Nederland niet worden vergoed, worden regelmatig in landen met een meer 'gesloten' systeem wel vergoed

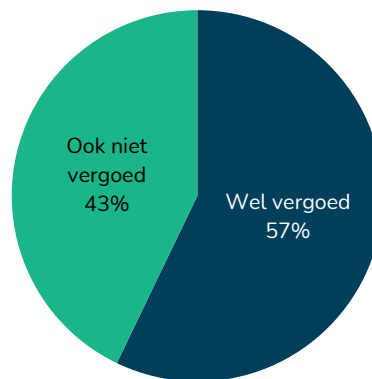
De 7 behandelingen⁵⁴ die het Zorginstituut aanmerkt als geen verzekerde zorg, worden in ten minste één van de onderzochte landen wel vergoed. Per onderzocht land hebben we de vergoedingsstatus vergeleken. Dit geeft in totaal 28 behandeling/land-combinaties ('items'). Van

⁵³ Dit ging over het standpunt over thermale ablatie waarin de KCE tot een ander advies kwam dan het Zorginstituut/Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Ook spelen hier mogelijk tijdverschillen van de effectiviteitsbeoordelingen in België en Nederland mee. In België dateert de effectiviteitsbeoordeling uit 2012, terwijl in Nederland het standpunt van het Zorginstituut in 2017 is uitgebracht.

⁵⁴ Uit de selectie van behandelingen en medische hulpmiddelen waarvoor we deze analyse uitvoeren (zie Bijlage 1) kwamen geen medische hulpmiddelen naar voren die niet in Nederland worden vergoed.

deze items wordt 57% in andere onderzochte landen wel vergoed (zie Figuur 4).⁵⁵ De behandelingen die we onderzochten betroffen allemaal intramurale behandelingen.

Vergelijkbaarheid van vergoeding van behandelingen ten opzichte van Nederland
[% , totaal 28 items: 7 behandelingen x 4 landen]



Figuur 4. Meer dan de helft van de in totaal 28 items (7 behandelingen/medische hulpmiddelen x 4 landen) die in Nederland niet vergoed worden, worden in Duitsland, Engeland, Frankrijk en/of België wel vergoed. Bron: analyse SiRM.

Het grootste deel lijkt met name in Duitsland en Frankrijk wel vergoed te worden. In Engeland worden de meeste behandelingen net als in Nederland ook niet vergoed. In België worden drie van de zeven onderzochte behandelingen in tegenstelling tot Nederland wel vergoed. In deze gevallen wordt de behandeling ook door ten minste één van de andere landen ook vergoed. Het Zorginstituut beoordeelt dat de effectiviteit hiervan niet wetenschappelijk bewezen is. Waarom deze behandelingen in België, ondanks het meest gesloten karakter van het pakket, wel worden vergoed, is niet bekend.

Ook vergoeden in de praktijk de vergelijkingslanden meer zorg dan we zouden verwachten op basis van de mate van geslotenheid van het pakket, bijvoorbeeld vanwege cultuur, politiek of dat landelijke sturing op individuele zorg moeilijk te controleren is

3.2 Vergelijkingslanden vergoeden in de praktijk meer zorg dan verwacht op basis van de inrichting van hun pakketbeheer

In meerdere onderzochte landen bestaan 'omwegen' waarmee zorg die geen onderdeel is van het pakket alsnog wordt vergoed. Daarmee bestaan er verschillen tussen hoe het systeem van pakketbeheer in theorie werkt en welke zorg uiteindelijk vergoed wordt.

Ten eerste spelen culturele aspecten een rol in de vergoedingsdiscussies. In Duitsland concludeerde de IQWiG negatief over het wetenschappelijk bewijs om de NIPT-test voor alle zwangeren te vergoeden en om deze alleen te vergoeden voor zwangeren met een zwangerschap met een hoog risico.⁵⁶ Toch besloot de G-BA dat de NIPT-test in Duitsland alsnog voor alle

⁵⁵ Vanwege het beperkt aantal casussen dat we selecteerden splitsen we dit procentueel niet uit naar land.

⁵⁶ IQWiG Abschlussbericht S16-06 (2018). Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften.

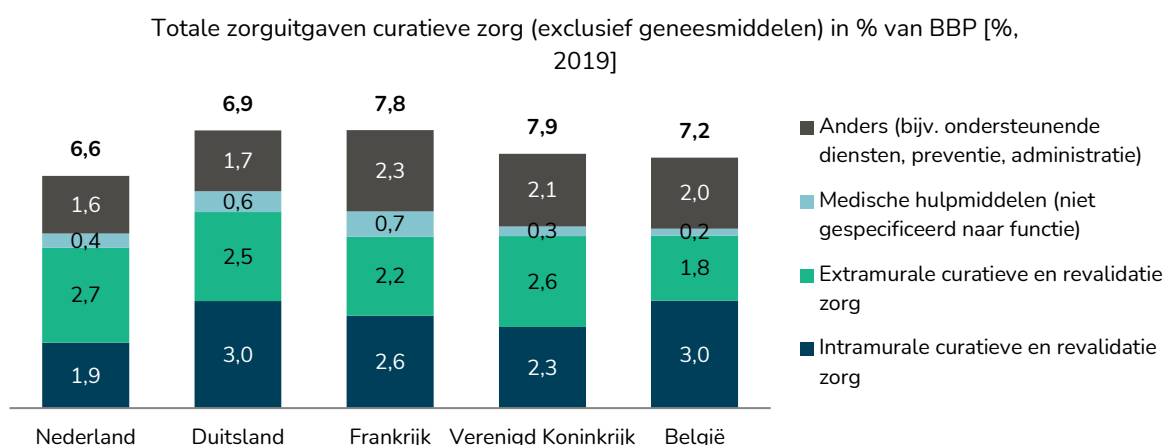
zwangeren wordt vergoed ongeacht hun risiconiveau, mede vanwege het gegeven dat in Duitsland groepen liever niet worden uitgesloten vanwege de Duitse historie. Zo worden er ook vaak geen voorwaarden gesteld aan een vergoeding, zoals dat patiënten eerst gewicht moeten verliezen voordat zij een knieoperatie ondergaan waarbij hun knie wordt vervangen.

Ten tweede speelt ook de politiek een rol in de vergoeding van zorg. Zij is veelal gericht op het vergroten van de omvang het verzekerde pakket. Zo besloot in Duitsland de minister van Volksgezondheid om liposuctie bij lipoedeem stadium 3 te vergoeden, ondanks een negatieve beslissing van de G-BA.⁵⁷ In België keurde het federale parlement een voorstel goed om het beschikbare budget voor zorg uit te breiden met €200 miljoen om psychologen in de eerste lijn te vergoeden.⁵⁸

Ten derde is op nationaal niveau niet exact te omschrijven en te controleren welke zorg zorgprofessionals in de praktijk (mogen) verlenen. Zo wordt in België de nomenclatuur op nationaal niveau vastgesteld middels omschrijvingen voor prestaties met bijbehorende tarieven. Geïnterviewden geven aan dat in de praktijk zorgprofessionals de omschrijvingen van deze prestaties soms oprekken door verrichtingen uit te voeren die niet onder de reikwijdte van de omschrijving van prestaties vallen. Voor ziekenfondsen is dit niet te controleren.

3.3 Ondanks open instroom in het pakket zijn de uitgaven aan curatieve zorg in Nederland het laagst

Ten opzichte van de onderzochte landen zijn de uitgaven aan curatieve zorg als percentage van het bruto binnenlands product (BBP) in Nederland het laagst (Figuur 5).⁵⁹ We zien geen verband tussen de uitgaven op macroniveau en de mate van geslotenheid van het pakket.



Figuur 5. De uitgaven aan de curatieve zorg als aandeel van het bruto binnenlands product (BBP) zijn in Nederland het laagst ten opzichte van de onderzochte landen. Er lijkt geen verband te bestaan tussen de uitgaven op macroniveau en de mate van geslotenheid van het pakket. Data over 2019 in verband met Covid-19. Bron: Eurostat (2023). Healthcare expenditure by function.

⁵⁷ Dit werd aangegeven door één van de geïnterviewden uit Duitsland.

⁵⁸ Zie onder meer <https://vvpk.be/nieuws/200-miljoen-eu-voor-elp-op-jaarbasis>.

⁵⁹ Recentere data was niet (voor alle landen en/of compleet) beschikbaar. We gebruikten data voor het Verenigd Koninkrijk omdat data voor Engeland niet beschikbaar is.

Dat Nederland relatief lage uitgaven aan curatieve zorg heeft kan te maken hebben met het macrobudget dat beschikbaar is voor (curatieve) zorg. Ongeacht dat het pakket opener of geslotener is, moeten zorgprofessionals besluiten of zij het (kosten)effectief achten om bepaalde behandelingen uit te voeren of medische hulpmiddelen in te zetten, zelfs als deze vormen van zorg in principe vergoed worden. In Nederland worden sinds 2012 in Hoofdlijnenakkoorden (HLA's) afspraken gemaakt met verschillende zorgsectoren over de maximale groeiruumte van het budget op macroniveau. Ook in België wordt jaarlijks bekeken welke groeiruumte er is op macroniveau voor de uitgaven aan zorg. In Frankrijk reguleert de overheid ongeveer 75 procent van de zorguitgaven, waarbij de overheid het budget toewijst aan de verschillende zorgsectoren.

4 Reflectie: ondanks open karakter pakket lijkt Nederland koploper

We constateren gedurende het onderzoek dat Nederland ondanks het relatief 'open pakket' in vergelijking met de onderzochte landen voorop lijkt te lopen met de huidige initiatieven rondom pakketbeheer. VWS en het Zorginstituut werken aan een toekomstbestendiger pakketbeheer (§0). Nederlandse zorgpartijen spannen zich in om in de praktijk alleen effectieve zorg te verlenen (§4.2). Wel zouden de nationale prijsonderhandelingen in Frankrijk voor (met name) extramurale medische hulpmiddelen nog een interessant aanknopingspunt kunnen zijn (§4.3). Of deze ook toepasbaar zijn in de Nederlandse context verdient nader onderzoek.

In dit hoofdstuk reflecteren wij als onderzoekers op het pakketbeheer in Nederland. We beschrijven hier de belangrijkste bevindingen die niet direct in het antwoord op de onderzoeksvragen terug zijn gekomen.

4.1 VWS en het Zorginstituut werken aan een toekomstbestendiger pakketbeheer

Geïnterviewden in België en Duitsland gaven aan juist naar Nederland te kijken om lessen te trekken voor hun eigen pakketbeheer. Daarbij hebben ze ook aandacht voor de meest recente ontwikkelingen die in Nederland plaatsvinden, waarbij VWS en het Zorginstituut werken aan toekomstbestendiger pakketbeheer. Die ontwikkelingen richten zich op een betere grip op zowel de omvang van het pakket als de toepassing daarvan in de praktijk: proactief en impactgericht signaleren en agenderen van pakketvraagstukken, het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket voor de curatieve en langdurige zorg, en het agenderen van gepast gebruik en uitstroom van zorg.

Proactief en impactgericht signaleren en agenderen van pakketvraagstukken

Het Zorginstituut geeft in haar recente publicatie *Pakketbeheer in de Praktijk 4: Pakketbeheer als solide basis voor passende zorg*⁶⁰ aan zich meer te zullen richten op het proactief en impactgericht signaleren en agenderen van pakketvraagstukken. Ze wil dit doen door eerder en systematischer pakketrisico's te signaleren, onder meer met behulp van horizonscans die systematisch volgen welke zorg eraan komt. Ook wil het Zorginstituut het zogenaamde cyclisch pakketbeheer introduceren waarbij er zo nodig een herbeoordeling van zorg plaatsvindt.

⁶⁰ Zorginstituut Nederland (2023) *Pakketbeheer in de Praktijk 4: Pakketbeheer als solide basis voor passende zorg*. Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/03/20/pip4>

Samen met veldpartijen stelde het Zorginstituut in juli 2023 de *Pakketagenda Passende Zorg 2023 – 2025*⁶¹ op. Deze pakketagenda bevat gezamenlijke selectiecriteria voor de agendering van pakketvraagstukken, namelijk: ziektelast, arbeidsinzet, praktijkvariatie, financieel beslag, klimaat- en milieu-impact en de mate van gezondheidswinst voor patiënten. De pakketagenda bevat ook 13 prioritaire onderwerpen die partijen voor 2023 – 2025 geselecteerd hebben.

SiRM denkt dat prioritering van pakketvraagstukken op basis van brede selectiecriteria, waaronder het financieel beslag, behulpzaam is. We vinden het positief dat de pakketagenda in gezamenlijkheid met zorgpartijen is opgesteld en zij zo samen richting geven aan de toekomst van het pakketbeheer in Nederland. In de onderzochte landen vindt de agendering en prioritering van pakketvraagstukken niet altijd systematisch en op transparante wijze plaats. Daarnaast zien we dat het Zorginstituut in de periode tussen 2013 en 2023 relatief veel standpunten uitbracht voor behandelingen en medische hulpmiddelen met een relatief klein kostenbeslag (zie §2.3.1, Figuur 1).

Verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket voor de curatieve en langdurige zorg

Naast het systematischer agenderen van pakketvraagstukken, willen VWS en het Zorginstituut de toets op het basispakket voor de curatieve en de langdurige zorg verbeteren en verbreden⁶²:

- Bij de huidige effectiviteitsbeoordeling dient (meer) expliciet aandacht te zijn voor uitkomstmaten als kwaliteit van leven van de patiënt en bijwerkingen van de behandeling. Daarnaast geeft het Zorginstituut in de *Actualisatie Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023*⁶³ meer inzicht in hoe het beoordelingskader flexibiliteit biedt bij het omgaan met onzekerheden over de effectiviteit van behandelingen en/of medische hulpmiddelen.
- Naast de effectiviteit dienen ook andere pakketcriteria meer gewicht te krijgen, welke eventueel ook een grondslag in wet- en regelgeving krijgen. Het gaat om: kosteneffectiviteit, de arbeidscapaciteit die nodig is, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Ook moeten er bij toelating tot het basispakket, aanvullende voorwaarden kunnen worden gesteld die bijdragen aan gepast gebruik. Daarnaast moet er aandacht zijn voor duurzaamheid en de impact op klimaat en milieu.
- In de langdurige zorg vinden nog nauwelijks beoordelingen plaats omdat de zorg die daar geleverd wordt qua type anders is dan de curatieve zorg. Toch willen VWS en het Zorginstituut ook voor de langdurige zorg aan pakketbeheer gaan werken, omdat het de vraag is of de langdurige zorg die nu wordt geleverd van voldoende kwaliteit is en betaalbaar blijft voor de samenleving.

Hoewel SiRM denkt dat de verbetering en verbreding van de toets op het basispakket van belang is voor het toegankelijk houden van zorg, waarschuwen we tegelijkertijd dat pakketbeheer niet gezien moet worden als een 'silver bullet':

⁶¹ Zorginstituut Nederland (2023). *Pakketagenda passende zorg 2023 – 2025*. Zie:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/07/18/pakketagenda-passende-zorg>

⁶² Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamerbrief 'Hoofdpijnen verbeteren en verbreden toets op het basispakket', 2 december 2022.

⁶³ Zorginstituut Nederland (2023). *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023*. Zie:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023#:~:text=In%20de%20actualisatie%20van%20het,zij%20het%20beoordelingskader%20kunnen%20toepassen.>

- De benodigde informatie voor de beoordeling op de verschillende pakketcriteria zal niet altijd beschikbaar zijn, zeker niet in sectoren als de langdurige zorg. Het zal veel tijd en aandacht kosten om deze informatie op te bouwen. Hierbij moet worden afgevraagd of deze inspanning opweegt tegen de verwachte tijdsbesteding van voornamelijk zorgprofessionals.
- De afweging die het Zorginstituut tussen het toegenomen aantal pakketcriteria moet maken zal lastig zijn en zal in sommige gevallen tot maatschappelijke discussies leiden. Het is daarom raadzaam om voorafgaand aan de pakketbeslissingen de pakketcriteria nader te omschrijven. Ook transparantie over de besluitvorming is van belang, net als het betrekken van patiënten en burgers hierbij.
- Pakketbeslissingen zullen in toenemende mate gaan over de afbakening van patiëntgroepen voor wie een behandeling of medisch hulpmiddel passend is. Pakketbeslissingen zijn daarmee geen zwart-wit beslissing, maar zullen vele tinten grijs bevatten. Om dit te kunnen handhaven zal de informatiepositie van zorgaanbieders en zorginkopers versterkt moeten worden. Zo hebben zorgverzekeraars in Nederland beperkt tot geen inzicht in welke zorg wordt aangeboden voor welke patiënten, mede door de dbc-systematiek. Meer inzicht hierin kan hen helpen om hun rol beter te pakken.

Agenderen van gepast gebruik en uitstroom van zorg

Het Zorginstituut wil nog sterker dan het al doet gaan inzetten op gepast gebruik met adviezen, met afspraken en waar nodig in de toekomst mogelijk ook met aanvullende voorwaarden voor verzekerde zorg. Daarnaast wil het Zorginstituut ook meer inzetten op uitstromen van zorg die niet meer voldoet aan de wettelijke criteria door onderwerpen die hier kandidaat voor zijn te plaatsen op de zogenaamde implementatieagenda van het programma ZE&GG. Dat kan bijvoorbeeld na een duiding.

4.2 De zorgsector spant zich in om in de praktijk alleen effectieve zorg te verlenen

In het programma ZE&GG werken veldpartijen uit de medisch-specialistische zorg in Nederland samen om niet-effectieve zorg uit het pakket te laten stromen. Met het programma worden stappen gezet om effectieve zorg te implementeren, ineffectieve zorg te deïmplementeren als het bewijs daarover beschikbaar is, en bestaande zorg te evalueren wanneer nog onvoldoende bekend is of en voor welke patiënt deze zorg het meest gepast is.

Het doel van het programma ZE&GG is dat zorgevaluatie integraal onderdeel wordt van het reguliere zorgsysteem, zodat gepast gebruik bevorderd wordt. De zorgsector gebruikt hiervoor de zogenoemde Cirkel van Gepast Gebruik om te onderzoeken welke interventies van meerwaarde zijn en implementeert de resultaten in de praktijk.

Vanaf juli 2024 loopt de huidige opdracht en financiering van het programma ZE&GG af. De zorgsector heeft afspraken gemaakt over het continueren en verbreden van de werkwijze van ZE&GG. VWS werkt aan een vervolgoopdracht voor het programma die ten minste een vervolg van het huidige programma betreft. Daarnaast werkt VWS aan opdrachten om de Cirkel van Gepast

Gebruik uit te breiden van de medisch specialistische zorg naar andere sectoren binnen de curatieve zorg.

Ondanks de successen die er binnen dit programma worden behaald, is nog niet geëvalueerd of de huidige programmadoelstellingen behaald zijn. Een dergelijke evaluatie van het EBI⁶⁴-programma in Engeland liet zien dat de impact binnen enkele jaren nog onvoldoende aan kon worden getoond. Wij verwachten dat dit in Nederland ook zo is. Een cijfermatige onderbouwing van de impact is waarschijnlijk lastig, omdat het feitelijk gaat om een cultuuromslag en er vele belangen spelen. In de praktijk is uitstroom van niet-effectieve zorg bijvoorbeeld vaak lastig en kan het lang duren voordat de zorg niet meer wordt geleverd. De richtlijnen moeten worden aangepast en eventueel moet de bekostiging van de prestatie worden gestopt of aangepast. Ook is de beroepsgroep inmiddels aan de zorg gewend en kan de wens bestaan om ook obsoleete zorg toch nog beschikbaar te hebben.⁶⁵

4.3 Nationale prijsonderhandelingen in Frankrijk zouden nog een interessant aanknopingspunt kunnen zijn

Op basis van de ervaringen in Frankrijk verwachten we dat er in Nederland nog mogelijkheden zijn om voor medische hulpmiddelen het pakketbeheer te koppelen aan de prijs die hiervoor betaald wordt. In Frankrijk onderhandelt de Comité Economique des Produits de Santé (CEPS)⁶⁶ op nationaal niveau de prijzen van met name extramurale medische hulpmiddelen op basis van de mate van relatieve effectiviteit van het hulpmiddel (de CNEDIMTS van de HAS stelt dit niveau vast en adviseert de CEPS). De prijs kan na herevaluatie van de HAS opnieuw onderhandeld worden. Geïnterviewden uit Frankrijk zijn enthousiast over de nationale prijsonderhandelingen, omdat het tot een flinke besparing op de collectieve uitgaven aan medische hulpmiddelen heeft geleid.

We verwachten dat hieruit mogelijk lessen te trekken zijn voor Nederland. Dit zal met name relevant zijn voor medische hulpmiddelen met een grote budgettaire impact en waarvoor fabrikanten een monopoliepositie hebben. Of deze mogelijkheden daadwerkelijk passend zijn in de Nederlandse context dient nader onderzocht te worden, mede omdat uit eerder onderzoek bleek dat er weinig aanknopingspunten waren voor een 'sluis' voor medische hulpmiddelen, parallel aan de sluis voor geneesmiddelen met een hoge budgetimpact.⁶⁷

⁶⁴ Evidence Based Interventions

⁶⁵ Zorginstituut (2023), Pakketbeheer in de Praktijk 4: Pakketbeheer als solide basis voor passende zorg.

⁶⁶ CEPS is een interministeriële commissie. Het is samengesteld uit vertegenwoordigers van de ministers die verantwoordelijk zijn voor gezondheid, economie en onderzoek, plus vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

⁶⁷ Berenschot (2021), Een sluis voor toelating van MedTech middelen: een goed idee?

Bijlage 1 Onderzoeksaanpak

We voerden voor dit onderzoek circa 25 interviews met experts uit Nederland en de vergelijkingslanden (Tabel 1) en deden zeer uitgebreid deskresearch.

Tabel 1. We spraken in totaal met 25 betrokkenen bij het pakketbeheer in de onderzochte landen.

Land	Organisatie	Naam
Nederland	Federatie Medisch Specialisten (Kennisinstituut)	Teus van Barneveld Raphael Hemler
	Programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG)	Sjoerd Repping
	Zorginstituut Nederland	Rashmi Jadoenandansing Angeli van der Zwaag Jacqueline Zwaap
	Zorgverzekeraars Nederland	Christine Ritoe
België	Christelijke Mutualiteiten (ziekenfonds)	Hervé Avalosse Bernard Landtmeters Koenraad Pauwelyn Viviane Van Elshocht
	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)	Marleen Louagie
	Solidaris (ziekenfonds)	Bart Demyttenaere
Duitsland	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Matthias Perleth
	Spitzenverband Bund der Krankenkassen	Friederike Kuhnt Eckart Schnabel
	Health Systems in Transition (co-auteur) / Technische Universität Berlin	Anne Spranger
Engeland	Academic Health Science Network / National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Nicola Bent
	Evidence Based Interventions Programme / Royal Free London NHS Foundation Trust / NHS England / National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Aoife Molloy
	NHS West Yorkshire Integrated Care Board / York Hospitals NHS Foundation Trust / NHS England	Catherine Thompson
Frankrijk	Haute Autorité de Santé	Valérie Paris
	Health Systems in Transition (co-auteur) / Assistance Publique Hôpitaux de Paris	Isabelle Durand-Zaleski

Land	Organisatie	Naam
	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie / Haute Autorité de Santé	Dominique Polton
Zweden	Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (SBU)	Sophie Söderholm Werkö
	Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKR)	Sofia Medin

Op basis van de interviews en deskresearch onderzochten we welke vormen van een meer gesloten pakket internationaal gezien bestaan. Daarnaast deden we twee vergelijkende analyses om de relatie tussen de mate van geslotenheid van het pakket en vergoeding van zorg te analyseren.

In eerste instantie probeerden we aan de hand van effectiviteitsbeoordelingen door Health Technology Assessment (HTA) organisaties in de vergelijkingslanden de verschillen in vergoeding van zorg te achterhalen. Deze analyse leverde echter onvoldoende inzicht op in de vergoeding van zorg. Ten eerste bleven er slechts acht casussen over waarbij in twee of meerdere landen een effectiviteitsbeoordeling was uitgevoerd voor een bepaald type zorg voor een vergelijkbare patiëntengroep. Dit is een te klein aantal om op te schalen en algemene conclusies te trekken. Bovendien bleek de effectiviteitsbeoordeling niet altijd leidend voor vergoeding in de praktijk. Alhoewel de analyse daardoor grotendeels niet in het hoofdrapport terecht gekomen is, leverde de analyse wel interessante resultaten op. Deze lichten we toe in Bijlage 2.

Op basis van onze ervaringen tijdens de eerste analyse, onderzochten we in tweede instantie de relatie tussen de mate van geslotenheid van het pakket en de vergoedingspraktijk op basis van 34 casussen. Hiertoe analyseerden we de uitgebrachte standpunten van het Zorginstituut van de afgelopen 10 jaar. Hiervan selecteerden we in totaal 26 relevante standpunten. Dit vulden we aan met de 8 casussen waarover in ten minste twee van de onderzochte landen ook effectiviteitsbeoordeling was uitgebracht. Voor de 34 casussen analyseerden we de huidige vergoedingspraktijk in Duitsland, Frankrijk, Engeland en België. Op basis van deze analyse konden we de conclusies trekken die in Hoofdstuk 3 beschreven staan. We lichten hieronder de selectie van casussen nader toe en gaan in op de bronnen en zoekstrategie die we gebruikten om de vergoedingspraktijk per casus in kaart te brengen.

Casuselectie analyse vergoedingspraktijk

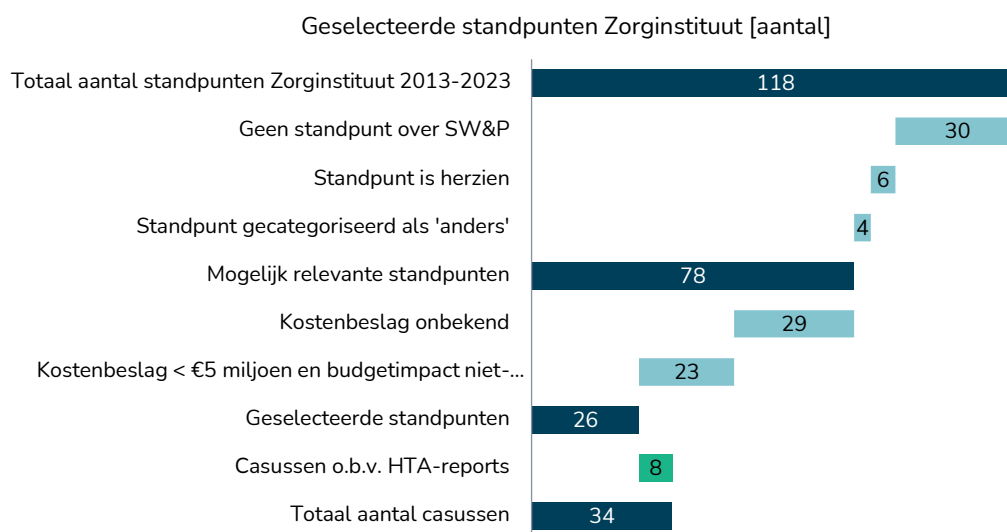
Op basis van verschillende criteria kwamen we tot een selectie van in totaal 34 casussen voor de analyse van de vergoedingspraktijk (Figuur 6).

- We startten met het selecteren van alle standpunten (n=118) van het Zorginstituut van de afgelopen tien jaar (2013-2023).
- We excludeerden standpunten die geen standpunt over Stand van de Wetenschap en Praktijk betroffen⁶⁸ (n=30) en standpunten waarvan inmiddels een herziene versie is uitgebracht (n=6). Ook namen we vier standpunten niet mee omdat zij vanwege andere

⁶⁸ Hieronder vielen bijvoorbeeld Zvw-geschillen of standpunten over of bepaalde diensten ten laste van de Zorgverzekeringswet horen te vallen (bijvoorbeeld second opinion en tolkvoorziening in de zorg).

redenen minder relevant zijn, zoals bijvoorbeeld standpunten met voorwaardelijke toelating of zonder duidelijke uitspraak van het Zorginstituut⁶⁹.

- Vervolgens excludeerden we casussen waarvan geen kostenbeslag beschikbaar was in het standpunt van het Zorginstituut. Casussen met een bekend, maar relatief laag kostenbeslag (lager dan €5 miljoen) includeerden we alleen als de budgetimpact⁷⁰ bekend en positief was.
- Er bleven 26 casussen over, waarvan 19 met een kostenbeslag hoger dan 5 miljoen euro.
- Om te voorkomen dat we alleen casussen in de analyse includeren waarover in Nederland discussie is geweest, vulden we de geselecteerde standpunten aan met acht casussen op basis van de analyses van effectiviteitsbeoordelingen van internationale HTA-organisaties (zie ook Bijlage 2).



Figuur 6. We kwamen tot een selectie van in totaal 34 casussen voor de analyse van de internationale vergoedingspraktijk op basis van verschillende criteria.

Bronnen en zoekstrategie analyse vergoedingspraktijk

Om de vergoedingspraktijk in de vergelijkingslanden te bepalen, onderscheidden we 'definitieve' en 'aanvullende' bronnen, rekening houdend met de context per land. Op basis van de bewijskracht per bron trokken we conclusies over de vergoedingspraktijk (zie Tabel 2).

⁶⁹ Bijvoorbeeld het standpunt vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ, waarin het Zorginstituut concludeert dat er onvoldoende bewijs van effectiviteit is, maar dat vaktherapie al jarenlang gangbaar is. Daarom besluit het Zorginstituut dat nader onderzoek nodig is en dat vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ om die reden voorlopig tot het verzekerde pakket mogen blijven behoren.

⁷⁰ De budgetimpact betreft de extra kosten ten opzichte van de kosten voor de standaardbehandeling.

Tabel 2. Op basis van de bewijskracht van de bronnen trokken we conclusies over de vergoedingspraktijk per land.

Soort bron	Conclusie
'Definitieve' bronnen of bij meerdere aanvullende bronnen van voldoende kwaliteit	(Niet) vergoed
Bij alleen 'aanvullende' bronnen	Lijkt (niet) vergoed
Bij geen informatie en open instroom in het pakket	Lijkt vergoed
Bij geen informatie gevonden door team SiRM én Zorginstituut (bij opstellen standpunt) en een gesloten instroom in het pakket	Lijkt niet vergoed
Bij geen informatie gevonden door team SiRM en een gesloten instroom in het pakket	Onbekend ⁷¹

'Definitieve' bronnen

- We startten elke casus met de documentatie van het Zorginstituut en wat zij hierin had opgenomen over de vergoedingspraktijk, standpunten en/of opname in richtlijnen per land.
- Vervolgens zochten we per land in ieder geval naar:
 - België: nomenclatuur(nummers), documenten en/of informatie op websites van RIZIV, uitspraken geïnterviewde(n).
 - Duitsland: besluiten en/of richtlijnen van de G-BA, uitspraken geïnterviewde(n).
 - Engeland: verschillende vormen van guidance⁷² NICE (in eerste instantie gezocht naar Technology Appraisals).
 - Frankrijk: beoordelingen/evaluaties/richtlijnen website HAS, opname in de LPPR-lijst⁷³ en liste positive intra-GHS⁷⁴.

'Aanvullende' bronnen

- Indien we geen 'definitieve' bron vonden, zochten we naar aanvullende informatie via Google. Hierbij kwamen we op verschillende bronnen:
 - Websites van patiëntenverenigingen.
 - Websites van ziekenhuizen.
 - Wetenschappelijke artikelen gericht op market-access.
 - European Network for HTA (EUnetHTA).
- Bij geen definitieve of aanvullende bron hebben we bij geïnterviewden in België, Duitsland en Frankrijk specifieke vragen over de vergoeding van enkele behandelingen uitgezet.

⁷¹ Dit gold met name voor België. Op basis van het systeem verwacht je dat de behandeling en/of medical device opgenomen is in de nomenclatuur indien het vergoed wordt. In de praktijk blijkt zorg ook op andere manieren vergoed te (kunnen) worden, zoals door het opgeven van een ander nomenclatuurnummer of door vergoeding via het Bijzonder Solidariteitsfonds. Uiteindelijk konden we voor België voor alle casussen een bron vinden.

⁷² Naast technology appraisals ontwikkelt NICE onder andere diagnostics guidance, interventional procedures guidance, medical technologies guidance.

⁷³ Liste des Produits et des Prestations Remboursable (waaronder de liste en sus met invasieve medical devices en implantaten)

⁷⁴ Lijst met hoog risico medical devices die binnen DBC's vergoed worden.

Bijlage 2 Analyse van gepubliceerde effectiviteitsbeoordelingen

Aanpak

We analyseerden door Health Technology Assessment (HTA) organisaties gepubliceerde effectiviteitsbeoordelingen over curatieve zorg in Nederland, België, Frankrijk en Zweden van de afgelopen twintig jaar en classificeerden deze naar categorie, type en jaartal. Voor Duitsland⁷⁵ en Engeland⁷⁶ bleek het geautomatiseerd downloaden van de titel en het onderwerp van alle uitgevoerde HTA-rapporten niet haalbaar. Wel waren algemene gegevens bekend over aantallen en soorten effectiviteitsbeoordelingen voor Duitsland en Engeland. Wanneer in ten minste twee landen effectiviteitsbeoordelingen vergelijkbaar leken, zochten we handmatig op of er in Duitsland en Engeland ook een effectiviteitsbeoordeling is uitgevoerd over dit onderwerp.

Deze aanpak resulteerde in 38 casussen: effectiviteitsbeoordelingen over dezelfde behandeling of medisch hulpmiddel in twee of meer landen. Hiervan vielen na nadere bestudering 30 casussen af, omdat bijvoorbeeld specifieke patiëntgroepen⁷⁷ of de exacte behandeling⁷⁸ bleken te verschillen. Dit leverde acht casussen op waarbij minimaal twee landen een effectiviteitsbeoordeling is uitgevoerd voor een bepaalde behandeling of medisch hulpmiddel voor een vergelijkbare patiëntengroep.

We analyseerden alleen effectiviteitsbeoordelingen die gepubliceerd zijn door de nationale HTA-organisaties. In België en Duitsland zijn deze organisaties (KCE en IQWiG) en hun effectiviteitsbeoordelingen niet formeel gekoppeld aan de besluitvormende organen (RIZIV, G-BA). Het RIZIV en de G-BA hebben ook eigen commissies die effectiviteitsbeoordelingen uitvoeren.⁷⁹ Deze worden niet gepubliceerd en namen we dus niet mee in deze analyse.

Resultaten

Het aantal effectiviteitsbeoordelingen in de afgelopen twintig jaar verschilt sterk per land

Het verschilt sterk per land hoeveel effectiviteitsbeoordelingen de HTA-organisaties publiceerden in de afgelopen twintig jaar (Figuur 7). Engeland en Frankrijk voeren de meeste effectiviteitsbeoordelingen uit van de onderzochte landen, hoewel specifieke aantallen niet

⁷⁵ De website van het IQWiG bleek niet te scrapen op type beoordelingen.

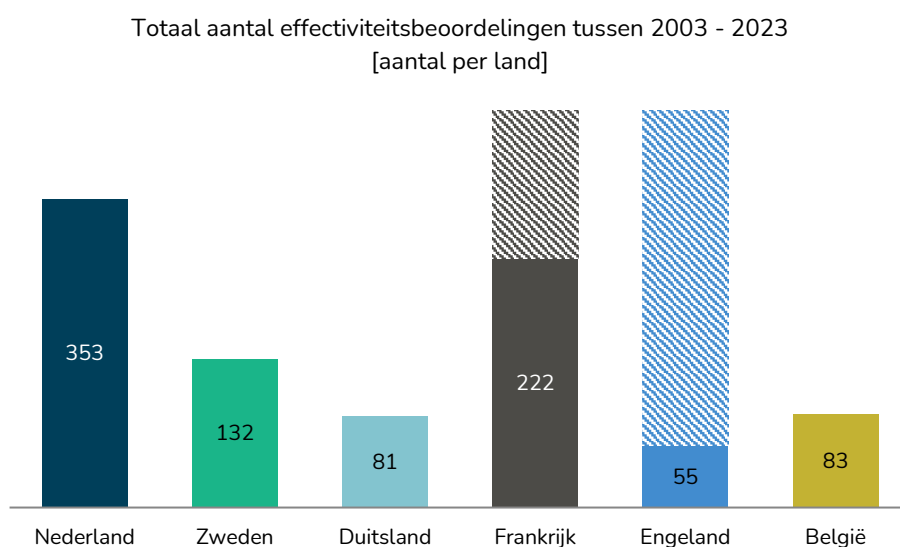
⁷⁶ Omdat NICE voor alle nieuwe behandelingen een effectiviteitsbeoordeling uitvoert, zou scrapen teveel handwerk vergen.

⁷⁷ Bijvoorbeeld bij next generation sequencing, bleek de effectiviteitsbeoordeling in Engeland over de diagnostiek bij kinderen te gaan en in Nederland over de diagnostiek bij vrouwen met vroeg stadium borstkanker.

⁷⁸ Bijvoorbeeld bij endovasculaire behandelingen van complexe aneurysma in de aorta, bleek de effectiviteitsbeoordeling in België om een ander (het abdominale) deel van de aorta te gaan dan de effectiviteitsbeoordeling in Nederland (namelijk over de aorta descendens).

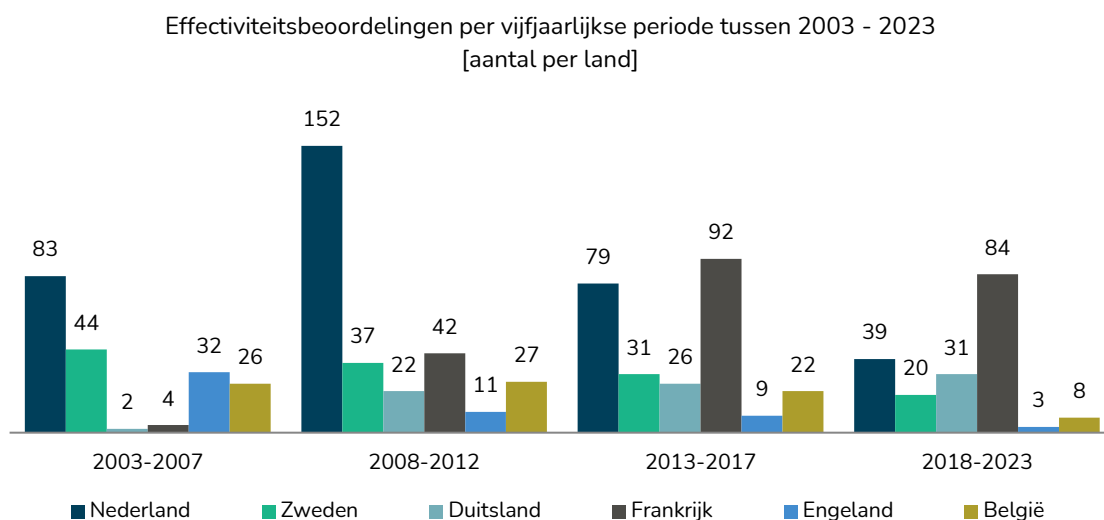
⁷⁹ Zo is er binnen het RIZIV een commissie die effectiviteitsbeoordelingen voor medische hulpmiddelen en implantaten uitvoert: de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (CTIIMH) en binnen de G-BA bijvoorbeeld een commissie die effectiviteitsbeoordelingen voor paramedische zorg uitvoert.

bekend zijn (ter indicatie de gestreepte balken in Figuur 7). NICE voert de meeste effectiviteitsbeoordelingen voor het opstellen van richtlijnen en andere vormen van NICE 'guidance', maar publiceert relatief weinig 'Technology Appraisals' (welke formeel gekoppeld zijn aan vergoedingspraktijk). Ook voor de HAS in Frankrijk geldt dat specifieke aantallen niet beschikbaar zijn. Een geïnterviewde aan dat de HAS ongeveer 130 tot 160 medische hulpmiddelen van specifieke fabrikanten per jaar beoordeelt. Na NICE en de HAS, publiceerde het Zorginstituut de meeste effectiviteitsbeoordelingen de afgelopen twintig jaar.



Figuur 7. Het aantal effectiviteitsbeoordelingen uitgevoerd door HTA-organisaties in de afgelopen twintig jaar, verschilt sterk per land. NB: In deze grafiek en de andere grafieken in deze bijlage zijn voor Engeland alleen de zogenaamde Technology Appraisals van NICE meegenomen, waarbij er inkoop en financiering formeel is gekoppeld aan een positieve aanbeveling. NICE voert nog meer effectiviteitsbeoordelingen voor andere soorten richtlijnen (zie de gestreepte balk) uit. Specifieke aantallen zijn niet bekend, maar de hoeveelheid zal meer of vergelijkbaar zijn aan het aantal standpunten in Nederland. Ook zijn voor Frankrijk niet de effectiviteitsbeoordelingen voor individuele medische hulpmiddelen van specifieke fabrikanten meegenomen, wegens ontbrekende data hierover. Bron: data-analyse SiRM op basis van gegevens van websites Zorginstituut Nederland, SBU, IQWiG, HAS, NICE en KCE.

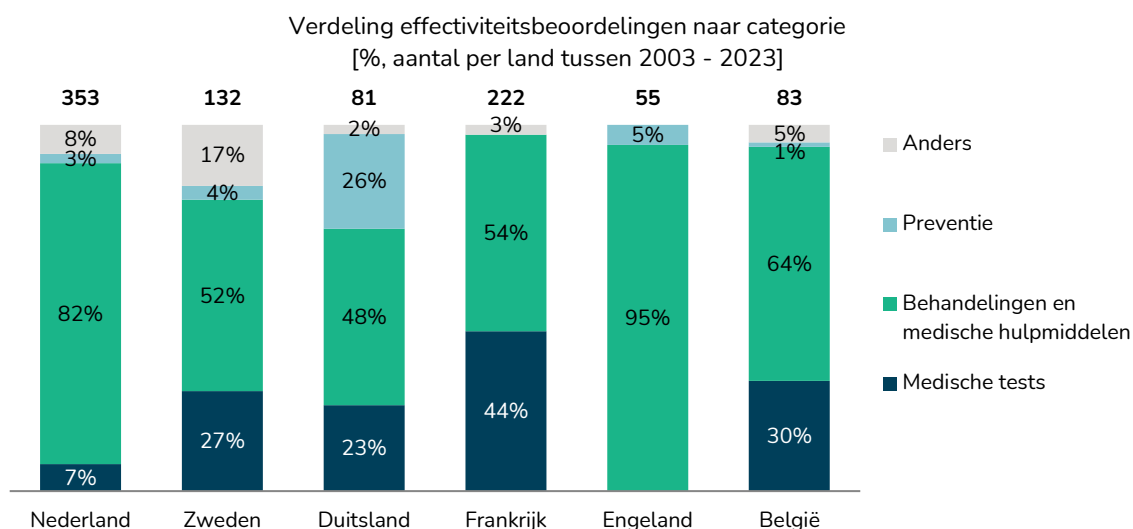
Op basis van de beschikbare aantallen, publiceerde de HAS tussen 2018 en 2023 de meeste effectiviteitsbeoordelingen, terwijl het aantal standpunten van het Zorginstituut afnam (Figuur 8). Hierin hebben wij de 'gestreepte balken' uit Figuur 7 niet mee kunnen nemen. In praktijk ligt het aantal effectiviteitsbeoordelingen in Frankrijk en Engeland dan ook hoger.



Figuur 8. Op basis van beschikbare data (dus uitgezonderd de gestreepte balken in Figuur 7) publiceerde het Zorginstituut in de periode 2003 - 2017 veruit de meeste standpunten. In Frankrijk publiceerde tussen 2018 - 2023 de HAS de meeste effectiviteitsbeoordelingen. Bron: data-analyse SiRM op basis van gegevens van websites Zorginstituut Nederland, SBU, IQWiG, HAS, NICE en KCE.

Het type zorg waarvoor effectiviteitsbeoordelingen worden gedaan verschilt per land

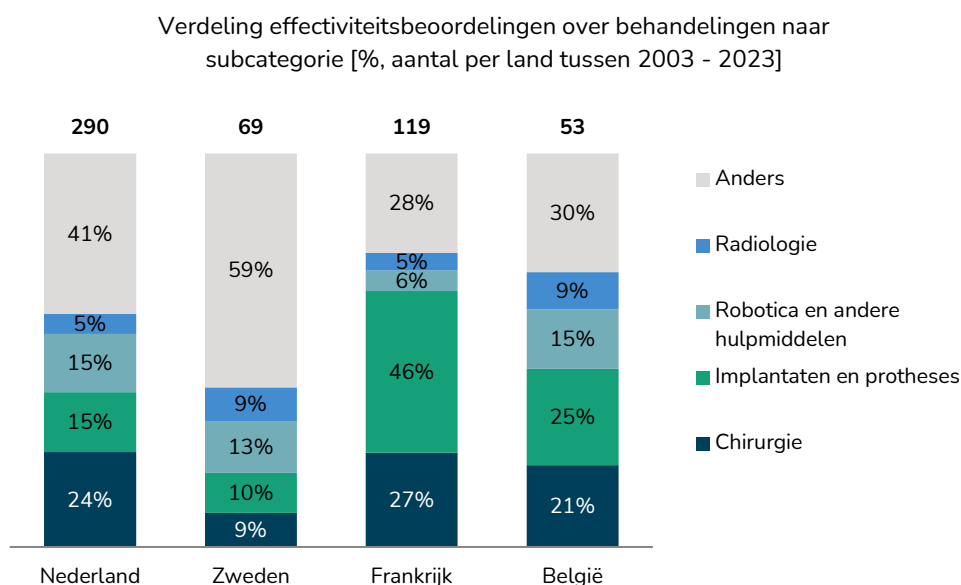
Het type zorg waarvoor in de onderzochte landen effectiviteitsbeoordelingen worden gedaan verschilt (Figuur 9). In Nederland beoordeelt het Zorginstituut voornamelijk behandelingen (waaronder bijvoorbeeld bariatrische chirurgie en inclusief medische hulpmiddelen zoals vacuümgeassisteerde wondtherapie). Daarentegen zien we in Frankrijk naast behandelingen en medische hulpmiddelen, een sterkere focus op medische tests (zoals next generation sequencing bij borstkanker), terwijl in Engeland er juist géén Technology Appraisals voor medische tests zijn gepubliceerd. NICE publiceert wel aanbevelingen in de zogenaamde 'Diagnostics Guidance' die over medische testen kunnen gaan. In Duitsland is er relatief veel aandacht voor preventieve interventies (zoals screenings voor kanker en prenatale testen).



Figuur 9. Het type zorg waarvoor effectiviteitsbeoordelingen worden uitgevoerd verschilt per land. Bron: data-analyse SiRM op basis van gegevens van websites Zorginstituut Nederland, SBU, IQWiG, HAS, NICE en KCE.

Bij effectiviteitsbeoordelingen over behandelingen verschilt per land welke type behandelingen beoordeeld wordt

Het type behandelingen en medische hulpmiddelen waarvoor effectiviteitsbeoordelingen worden uitgevoerd verschilt per land (Figuur 10). Hiervoor was geen informatie beschikbaar voor Duitsland en Engeland. We zien dat het Zorginstituut vooral veel chirurgische behandelingen beoordeelt. De categorie ‘anders’ bestaat uit zeer uiteenlopende behandelingen zoals post-treatment bij Lyme syndroom en klinische opname voor kinderen met ernstige obesitas. Dat de agendering van effectiviteitsbeoordelingen door het Zorginstituut via partijen in het veld (met name zorgverzekeraars en zorgaanbieders) verloopt kan deze verscheidenheid verklaren. Een relatief groot deel effectiviteitsbeoordelingen voor andersoortige behandelingen zien we ook terug in Zweden, waar net als in Nederland een open instroom in het pakket is en de agendering voor HTA-analyses ook via veldpartijen verloopt. In Frankrijk gaat bijna de helft van de effectiviteitsbeoordelingen over implantaten en protheses. In België vormen implantaten, protheses en robotica en andere hulpmiddelen een kwart van de effectiviteitsbeoordelingen over behandelingen.



Figuur 10. Het type behandelingen en medische hulpmiddelen waarover effectiviteitsbeoordelingen zijn gepubliceerd verschilt sterk per land. Deze gegevens waren niet beschikbaar voor Duitsland en Engeland. Bron: data-analyse SiRM op basis van gegevens van websites Zorginstituut Nederland, SBU, HAS en KCE.

In de vergelijkingslanden wordt maar in weinig gevallen dezelfde behandeling beoordeeld en wanneer dat gebeurt verschilt het moment waarop flink

Wanneer verschillende landen al voor dezelfde behandeling een effectiviteitsbeoordeling uitvoeren, verschilt het ook nog sterk op welk moment in de tijd dat gebeurt. Van de in totaal 874 effectiviteitsbeoordelingen komen we slechts tot acht casussen waarbij HTA-organisaties voor dezelfde behandeling én voor dezelfde patiëntgroep een analyse uitvoeren. Voor deze casussen zien we dat de HTA-organisaties op verschillende momenten in de tijd een beoordeling uitvoeren (Tabel 3). Zo zien we dat – ondanks beide gesloten pakketten – de KCE in België al in 2008 een effectiviteitsbeoordeling uitbracht over de Implantable Cardiac Defibrillator (ICD), terwijl NICE in

Engeland pas in 2014 een Technology Appraisal uitbracht. Omgekeerd zien we dat NICE tien jaar eerder dan KCE en zelfs vijftien jaar eerder dan de HAS een effectiviteitsbeoordeling over de Left Ventricular Assist Device (LVAD) uitbracht.

Tabel 3. In verschillende landen wordt op verschillende momenten in de tijd dezelfde behandeling beoordeeld. We analyseerden alleen de meest recente publicaties.

	Nederland	Zweden	Duitsland	Frankrijk	Engeland	België
Implantable Cardiac Defibrillator (ICD)		2006		2022	2014	2008
Left Ventricular Assist Device (LVAD)	2015			2021	2006	2016
Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)	2011			2022	2015	
Negative pressure wound therapie (NPWT)		2011	2006		2019	2008
Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT)	2009		2016		2014	2008
Protontherapy (kinderen)	2011	2021				2015
Protontherapy (volwassenen)	2010	2021				2019
Continue glucose monitoring (CGM)	2010	2013	2015		2022	

Het beperkte aantal effectiviteitsbeoordelingen over dezelfde behandeling en het verschil in tijd van beoordeling is opvallend aangezien we in deze naburige landen zouden verwachten dat op hetzelfde moment (bijvoorbeeld door het op de markt komen van een medisch hulpmiddel) een aanvraag tot instroom en een daaropvolgende effectiviteitsbeoordeling plaatsvindt. Dit is in lijn met onze bevinding dat de rol van het effectiviteitsbeoordeling verschilt en de agendering van behandelingen en medische hulpmiddelen niet in alle landen op dezelfde manier verloopt (zie Hoofdstuk 2).

Bijlage 3 Vergoeding van 34 soorten zorg in de onderzochte landen

We analyseerden voor 34 behandelingen en medische hulpmiddelen de vergoedingspraktijk in België, Duitsland, Engeland en Frankrijk (Tabel 4 – zie voor een toelichting hoe wij tot deze behandelingen en medische hulpmiddelen zijn gekomen Bijlage 1). Hierin maakten we op basis van de bewijskracht onderscheid naar de conclusie (zie Bijlage 1). Hiervan worden 27 behandelingen en medische hulpmiddelen wel vergoed vanuit het basispakket voor dezelfde indicaties als in Nederland (zie §3.1.1). Zeven behandelingen en medische hulpmiddelen worden niet vergoed vanuit het basispakket in Nederland (zie §3.1.2).

Tabel 4. Voor 34 casussen analyseerden we de vergoedingspraktijk in Duitsland, Frankrijk, Engeland en België.

Naam behandeling ⁸⁰	Intramuraal/ extramuraal	Type behandeling	Vergoedingspraktijk				
			Nederland	Duitsland	Frankrijk	Engeland	België
Flash Glucose Monitoring (FGM)	Extramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR)	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Vergoed	Vergoed
Transcatheter aortaklepimplantatie (TAVI)	Intramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Autologous fat transfer (AFT) bij borstkanker	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Niet vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed

⁸⁰ De naam van de behandeling is overeenkomstig het standpunt van het Zorginstituut indien deze casus ook in Nederland heeft gespeeld. Voor de casussen die niet in Nederland hebben gespeeld hebben we de naam van de rapporten van IQWiG, HAS, NICE of KCE genomen.

Naam behandeling ⁹⁰	Intramuraal/ extramuraal	Type behandeling	Vergoedingspraktijk				
			Nederland	Duitsland	Frankrijk	Engeland	België
Ductoscopie bij pathologische tepeluitvloed	Intramuraal	Diagnostische procedure	Vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Niet vergoed	Niet vergoed
Left Ventricular Assist Device (LVAD)	Intramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Ruimer vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Adjuvante Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) bij ovariumcarcinoom	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Minder ruim vergoed
Holmium-166 radioembolisatie (QuiremSpheres)	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Minder ruim vergoed	Vergoed
Autologe vettransplantatie (AFT) bij partiële defecten van de borst	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Onbekend	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Descemet membraan endotheliale keratoplastiek (DMEK)	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Vergoed	Vergoed
Thermale ablatie	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Vergoed	Niet vergoed
Trapsgewijze tinnitusspecifieke behandeling	Extramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Onbekend	Vergoed	Niet vergoed
Tumorfiltrerende lymfocyten (TIL)	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Onbekend	Lijkt niet vergoed te worden
Endobronchiale longvolumereductie	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed

Naam behandeling ⁸⁰	Intramuraal/ extramuraal	Type behandeling	Vergoedingspraktijk				
			Nederland	Duitsland	Frankrijk	Engeland	België
middels éénrichtingskleppen							
Occipitale neurostimulatie (ONS)	Intramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Niet vergoed	Vergoed	Vergoed	Lijkt niet vergoed te worden
Slaap Positie Trainer (SPT)	Extramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Vergoed	Onbekend	Vergoed	Lijkt niet vergoed te worden
Protonentherapie	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Nervus hypoglossusstimulatie	Intramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Niet vergoed	Lijkt minder ruim vergoed te worden
Autologe vettransplantatie (AFT) bij partiële defecten van het hoofd/hals gebied	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Onbekend	Niet vergoed
Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS) bij depressie	Intra- en extramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Minder ruim vergoed	Niet vergoed	Vergoed	Minder ruim vergoed
Implantable Cardiac Defibrillator (ICD)	Intramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Negative Pressure Wound Therapy	Intra- en extramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Hyperbare zuurstoftherapie (HBOT)	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Minder ruim vergoed	Minder ruim vergoed
Continue glucose monitoring	Extramuraal	Medisch hulpmiddel	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Nitric oxide measurement in guiding asthma treatment	Intra- en extramuraal	Diagnostische procedure	Vergoed	Minder ruim vergoed	Niet vergoed	Vergoed	Niet vergoed

Naam behandeling ⁸⁰	Intramuraal/ extramuraal	Type behandeling	Vergoedingspraktijk				
			Nederland	Duitsland	Frankrijk	Engeland	België
Role of Natriuretic Peptides in Diagnosing Heart Failure	Intra- en extramuraal	Diagnostische procedure	Vergoed	Vergoed	Onbekend	Vergoed	Minder ruim vergoed
Carpal tunnel syndrome release	Intramuraal	Therapeutische procedure	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed	Vergoed
Kniedistractie bij volwassen patiënten jonger dan 65 jaar met end-stage knieartrose	Intramuraal	Therapeutische procedure	Lijkt niet vergoed te worden	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Niet vergoed	Niet vergoed
MammaPrint bij vroegstadium borstkanker	Intramuraal	Diagnostische procedure	Niet vergoed	Vergoed	Niet vergoed	Niet vergoed	Vergoed
Plaatjesrijk plasma injectie(s) (PRP) bij een laterale epicondylaire tendinopathie	Intramuraal	Therapeutische procedure	Niet vergoed	Vergoed	Niet vergoed	Niet vergoed	Niet vergoed
Anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken (radiofrequente denervatie) bij chronische aspecifieke lage rugklachten	Intramuraal	Therapeutische procedure	Niet vergoed	Vergoed	Lijkt vergoed te worden	Lijkt vergoed te worden	Lijkt vergoed te worden
Adjuvante Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC)	Intramuraal	Therapeutische procedure	Niet vergoed	Vergoed	Niet vergoed	Lijkt vergoed te worden	Lijkt vergoed te worden
Neuromusculaire elektrostimulatie (NMES) bij ernstig hartfalen	Intramuraal	Therapeutische procedure	Niet vergoed	Lijkt vergoed te worden	Lijkt vergoed te worden	Lijkt niet vergoed te worden	Niet vergoed
Hooggebergtebehandeling bij ernstig refractair astma	Intramuraal	Therapeutische procedure	Niet vergoed	Lijkt vergoed te worden	Lijkt vergoed te worden	Lijkt niet vergoed te worden	Niet vergoed

Bijlage 4 Overzicht pakketbeheer per onderzocht land

In een aparte Bijlage 4 (in presentatieformat) presenteren we in het Engels een overzicht van het pakketbeheer per onderzocht land. De bijlage bevat ook de bevindingen voor Zweden, ondanks dat we Zweden excludeerden voor verdere analyses vanwege het open pakketbeheer en verschillen per regio. De overzichten van het pakketbeheer zijn geordend naar mate van geslotenheid van het pakket met Zweden als meest open en België het meest gesloten.

Per land bestaat het overzicht uit vier pagina's :

- 1 Algemeen overzicht van het gezondheidszorgsysteem en de dekking van curatieve zorg
- 2 Belangrijkste actoren betrokken bij de vergoeding van curatieve zorg
- 3 Criteria in het besluitvormingsproces en de rol van (de) HTA(-organisatie) in het besluitvormingsproces
- 4 Besluitvormingsproces (bij keuzes over de instroom en uitstroom van zorg)

We stelden het overzicht op door middel van deskresearch, interviews en een feedbackronde bij geïnterviewden.