

Zorg Verzekerd

Internationaal vergelijkend Onderzoek naar de Samenstelling van het Basispakket van de Nationale Ziektekostenverzekering

Augustus 2003

Uitgevoerd door

PharMerit

In opdracht van



Contact:

Huib Kooijman

*Phar*Merit BV

Hollandsch Diep 69

2904 EP Capelle a/d IJssel

010 - 44 20 954

E-mail: hkooijman@pharmerit.com

www.pharmerit.com

Inhoudsopgave

1	SAMENVATTING	5
2	METHODOLOGIE	10
3	AARD VAN DE ZORGVERZEKERING IN NEDERLAND, BELGIË, FRANKRIJK, DUITSLAND EN HET VERENIGD KONINKRIJK	13
3.1	NEDERLAND	13
3.2	BELGIË.....	17
3.3	FRANKRIJK	26
3.4	VERENIGD KONINKRIJK.....	33
3.5	DUITSLAND.....	37
4	HUISARTSENZORG	43
4.1	HUISARTSENZORG: AANSPRAKEN PER LAND	43
4.2	HUISARTSENZORG: INTERNATIONALE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN	49
5	FYSIOTHERAPIE	52
5.1	FYSIOTHERAPIE: AANSPRAKEN PER LAND	52
5.2	FYSIOTHERAPIE: INTERNATIONALE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN	59
6	TANDHEELKUNDIGE ZORG	62
6.1	TANDHEELKUNDIGE ZORG: AANSPRAKEN PER LAND.....	62
6.2	VOLLEDIG UITNEEMBARE GEBITSPROTHESE: INTERNATIONALE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN.....	69
7	FARMACEUTISCHE ZORG	71
7.1	FARMACEUTISCHE ZORG: AANSPRAKEN PER LAND	71
7.2	CASUÏSTIEK FARMACEUTISCHE ZORG	80
7.3	CASUÏSTIEK FARMACEUTISCHE ZORG: INTERNATIONALE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN	85
8	MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG	99
8.1	MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG: AANSPRAKEN PER LAND.....	99
8.2	CASUÏSTIEK MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG.....	104
8.2.1	<i>In vitro</i> fertilisatie	104
8.2.2	<i>Gender disforie</i>	108
8.2.3	<i>Perifere stamcel re-infusie bij mammacarcinoom</i>	115
8.2.4	<i>Cochleair implantaat</i>	118
8.2.5	<i>Eerstelijns psychotherapie</i>	124
8.3	CASUÏSTIEK MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG: INTERNATIONALE OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN 128	
8.3.1	<i>In vitro</i> fertilisatie (en intra cytoplasmatische sperma injectie).....	128
8.3.2	<i>Gender disforie</i>	131
8.3.3	<i>Perifere stamcel re-infusie bij mammacarcinoom</i>	133
8.3.4	<i>Cochleair implantaat</i>	134
8.3.5	<i>Eerstelijns psychotherapie</i>	135
9	HULPMIDDELEN	137
9.1	HULPMIDDELEN.....	137
9.2	CASUÏSTIEK HULPMIDDELEN.....	137
9.2.1	<i>Brillenglazen / contactlenzen</i>	137
9.2.2	<i>Hoorapparaat</i>	140
9.3	CASUÏSTIEK HULPMIDDELEN: OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN PER LAND.....	144
9.3.1	<i>Bril / contactlenzen</i>	144
9.3.2	<i>Hoorapparaat</i>	146
10	DISCUSSIE	148
10.1	WAARGENOMEN INTERNATIONALE VERSCHILLEN IN HET BASISPAKKET.....	148

10.2	WAARGENOMEN TRENDS TEN AANZIEN VAN HET BASISPAKKET EN DE BASISVERZEKERING	153
10.3	DE ROL VAN RECHTVAARDIGHEIDSOVERWEGINGEN IN DE BASISVERZEKERING.....	155
10.4	DUIDING VOOR HET NEDERLANDSE BASISPAKKET	157
11	GECONSULTEERDE DESKUNDIGEN.....	162
12	AFKORTINGEN.....	163
13	REFERENTIES.....	164
	APPENDIX 1 KENMERKEN VAN DE BASISVERZEKERING	169
	APPENDIX 2 WIJZIGINGEN EN TRENDS IN BASISPAKKET EN BASISVERZEKERING	171

1 Samenvatting

In dit onderzoek is een inventarisatie uitgevoerd met betrekking tot de aard van de sociale ziektekostenverzekering en de samenstelling van het zogenoemde basispakket in Nederland en de buurlanden België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Centraal in het onderzoek stond de curatieve zorg waarbij het zwaartepunt lag op de extramurale zorg.

Voor alle onderzoekslanden is de *aard van de volksverzekering* in kaart gebracht aan de hand van de volgende begrippen: organisatie en aard van de verzekering, definitie van verzekeringsgerechtigden, zorgaanspraken, premies, eigen bijdragen en betalingen en wettelijke algemene en specifieke compensatiemechanismen.

Als onderzoekskader voor de *samenstelling van het basispakket* is uitgegaan van de zorggebieden huisartsenzorg, fysiotherapie, tandheelkundige zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en medisch-specialistische zorg. Daarnaast is de vergoedingsstatus bestudeerd van 18 geneesmiddelen, 5 medisch-specialistische verstrekkingen (IVF, geslachtsaanpassing bij gender disforie, perifere stamcelre-infusie bij mammacarcinoom, cochleair implantaat en eerstelijns psychotherapie), de volledig uitneembare gebitsprothese en 2 hulpmiddelen (brillenglazen/lenzen en hoorapparaat).

In de internationale vergelijking zijn, ten aanzien van de bestudeerde zorggebieden en verstrekkingen, verschillen waargenomen in de vergoedingsstatus zoals deze volgens de nationale basisverzekering is vastgesteld. Deze waargenomen internationale verschillen in het basispakket zijn, enkele uitzonderingen daargelaten, niet absoluut van aard maar komen voornamelijk tot uiting in de (wettelijke) voorwaarden die aan deze aanspraken worden verbonden. In veel gevallen kunnen deze verschillen niet los worden gezien van de aard van de algemene vergoedingsystematiek die in de diverse nationale verzekeringsstelsels wordt toegepast. Zo kan bijvoorbeeld een aantal waargenomen verschillen in vergoedingsaanspraken tussen Nederland en Frankrijk en België verklaard worden door het structureel voorkomen van procentuele eigen bijdragen in de laatstgenoemde twee landen en de afwezigheid van dit sturingsmiddel in Nederland.

Door verschillen in de vergoedingsystematiek tussen de onderzoekslanden is het moeilijk om een uitspraak te doen welke plaats het Nederlandse basispakket inneemt in de internationale rangorde als het gaat om de breedte van het pakket en de mate van zorgaanspraken. Deze plaats kan ook verschillen per zorggebied. De volgende structurele en incidentele bevindingen kunnen, *vanuit het perspectief van de verzekerde*, echter wel opgemerkt worden:

1) Bevindingen van structurele aard

- In het algemeen lijken de aanspraken in Nederland relatief ‘ruim’ te zijn ten aanzien van huisartsenzorg en (extramurale) medisch-specialistische zorg. Deze aanspraken zijn in Nederland gunstig te noemen door het ontbreken van een structurele heffing van eigen bijdragen.
- In het algemeen lijken de aanspraken in Nederland relatief ruim te zijn ten aanzien van farmaceutische zorg. In tegenstelling tot in Frankrijk en België zijn eigen bijdragen voor minder noodzakelijke, of minder effectieve middelen in Nederland niet structureel aanwezig. Nederland kent ook geen nominale eigen bijdrage per receptgeneesmiddel zoals dat in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk wel het geval is. Op basis van de bestudeerde geneesmiddelen lijkt het aannemelijk dat de breedte van het geneesmiddelenpakket in de diverse onderzoekslanden onderling weinig verschil vertoont. In Nederland worden geneesmiddelen voor veel voorkomende, maar niet levensbedreigende aandoeningen (zoals cholesterolverlagers en pijnstillers bij reuma) echter volledig vergoed, terwijl in Frankrijk en België deze middelen slechts gedeeltelijk vergoed worden en dus gedeeltelijk privaat gefinancierd worden.
- In het algemeen lijken de aanspraken in Nederland in vergelijking met de buurlanden relatief beperkt te zijn ten aanzien van fysiotherapie en tandheekkundige zorg voor volwassenen. In Nederland zijn de aanspraken op fysiotherapie voor minder ernstige aandoeningen zeer beperkt en, in tegenstelling tot in Frankrijk en Duitsland, niet afgestemd op de zorgbehoefte van de betreffende aandoening. Tandheekkundige zorg voor volwassenen beslaat in Nederland geen curatieve zorg (bijvoorbeeld vullingen, kronen en bruggen) terwijl in andere landen curatieve zorg (vullingen) wel (gedeeltelijk) wordt vergoed.

2) Bevindingen van incidentele aard

- Nederland is, naast het Verenigd Koninkrijk, het enige land dat geen vergoeding voorziet voor brillenglazen en/of contact lenzen
- Aanspraak op vergoeding van de anticonceptiepil is in Nederland aanzienlijk ruimer dan in de andere landen
- De voorwaarden ten aanzien van vergoeding van IVF behandeling zijn in Nederland relatief ruim. Nederland is daarentegen het enige land waar geen aanspraak geldt op vergoeding van een IVF behandeling middels ICSI
- Aanspraak op vergoeding van de volledig uitneembare gebitsprothese is in Nederland relatief ruim in vergelijking met de andere landen

- Aanspraak op vergoeding van hoortoestellen voor *volwassenen* is in Nederland relatief gunstiger opzichte van Frankrijk (mits een Nederlandse verzekerde zijn/haar toestel niet vroegtijdig hoeft te vervangen)
- Vergoeding van behandeling van gender disforie (geslachtsaanpassing) is in Nederland relatief ruim in vergelijking met andere landen

Theoretisch gezien kan men kiezen voor een viertal maatregelen om een betaalbaar en kwalitatief goed basispakket te bieden: nominale maatregelen, pakketmaatregelen (het schrappen van verstrekkingen uit het basispakket), eigen bijdragen en doelmatigheidsmaatregelen. Om tot een betaalbare en toegankelijke zorg te komen lijkt elk van de onderzoekslanden een meersporenbeleid te volgen waarbij op wisselende en vaak incidentele wijze gebruikt wordt gemaakt van een mix van bovengenoemde maatregelen. Indien men in Nederland maatregelen wil treffen die vanuit het internationale perspectief verdedigd kunnen worden, kunnen de volgende onderzoeksbevindingen van belang zijn:

Pakketmaatregelen

Indien men in Nederland een basispakket wil handhaven dat in samenstelling (breedte) vergelijkbaar is met de andere onderzoekslanden, lijkt er voor het Nederlandse basispakket weinig ruimte te zijn voor pakketmaatregelen. Uit het onderzoek zijn immers, wellicht met uitzondering van de anticonceptiepil, de volledig uitneembare gebitsprothese, het hoorapparaat voor volwassenen en in mindere mate IVF, geen extramurale en frequent voorkomende verstrekkingen naar voren gekomen waarvoor in Nederland relatief ruimere vergoedingsaanspraken gelden dan in de buurlanden. In Frankrijk en Duitsland is recentelijk een groot aantal geneesmiddelen (OTC middelen en middelen waarvan de effectiviteit niet is aangetoond) uit het pakket verwijderd. Het is echter aannemelijk dat het hier vooral om verstrekkingen gaat die in Nederland al niet werden vergoed onder de basisverzekering. Indien men toch pakketmaatregelen wil treffen zal men meer structurele en principiële maatregelen moeten overwegen zoals bijvoorbeeld het schrappen van verstrekkingen ter behandeling van minder ernstige aandoeningen. Het volledig schrappen van dergelijke verstrekkingen, zoals middelen tegen kalknagels of simpele luchtweginfecties, zou echter een strenger beleid inhouden dan (thans), internationaal gezien, de norm lijkt te zijn omdat deze middelen in andere landen over het algemeen ten minste nog gedeeltelijk worden vergoed.

Eigen bijdragen

De bevindingen van dit onderzoek lijken te pleiten voor een invoering van een systeem met eigen bijdragen in Nederland. Geconstateerd kan worden dat dit sturingsmiddel nauwelijks wordt toegepast in Nederland terwijl het in andere landen structureel, en in toenemende mate (zoals in Duitsland), wordt toegepast. Nederland kent, in tegenstelling tot België, Frankrijk en Duitsland geen

ligdagvergoeding bij ziekenhuisopname. Daarnaast wordt in Nederland geen vaste eigen bijdrage gehanteerd voor receptgeneesmiddelen, zoals dat wel het geval is in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Een sturingsmiddel als een structurele procentuele eigen bijdrage bij extramurale zorg zoals die in België, Frankrijk en mogelijk vanaf 2004 ook in Duitsland wordt toegepast, ontbreekt volledig in Nederland. Het huidige Nederlandse natuursysteem biedt, door het ontbreken van een eigen bijdragen sturingsinstrument, een beperkte manoeuvreerruimte voor beleidsmakers. Op verstrekkingenniveau is, technisch gezien, de (impopulaire) pakketmaatregel het enige beschikbare instrument in Nederland, terwijl in andere landen de mogelijkheid bestaat om in het geval van minder noodzakelijke en/of minder effectieve verstrekkingen te kiezen voor een gedeeltelijke vergoeding. Een eigen bijdragen systeem biedt daarnaast perspectief voor een geïntegreerde toepassing van doelmatigheidsoverwegingen, rechtvaardigheidsoverwegingen en overwegingen die de medische noodzakelijkheid van een behandeling in aanmerking nemen. Op basis van de internationale bevindingen in dit onderzoek zou een systeem van eigen bijdragen kunnen worden verantwoord bij farmaceutische zorg, huisartsenzorg, (extramurale) medisch-specialistische zorg en eventueel tandheelkundige zorg en fysiotherapie.

Doelmatigheidsmaatregelen

De toepassing van doelmatigheidsoverwegingen lijkt in de diverse landen in belang toe te nemen. De toepassing van het doelmatigheidscriterium kan een rol spelen bij beslissingen ten aanzien van pakketmaatregelen (opname of verwijdering van een verstrekking) of bij de vaststelling van de hoogte van een procentuele eigen bijdrage voor een specifieke verstrekking. Het doelmatigheidscriterium kan worden toegepast middels het ontwikkelen van wetenschappelijke behandelrichtlijnen. In Duitsland is het zo dat de vergoedingaanspraken op fysiotherapeutische zorg per aandoening verschillen omdat alleen die behandeling vergoed wordt waarvan (voor de betreffende aandoening) de effectiviteit en doelmatigheid wetenschappelijk is aangetoond. Daarnaast is in Duitsland onlangs besloten om de criteria doeltreffendheid/doelmatigheid een rol te laten spelen middels enerzijds de introductie van een positieve lijst voor geneesmiddelen, en anderzijds de stichting van een nationaal kwaliteitsinstituut voor de zorg (*Institute für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*) dat een wetenschappelijke toetsing van geneesmiddelen alsmede de ontwikkeling van behandelrichtlijnen zal bevorderen (1;66). Een dergelijke ontwikkeling vindt ook plaats in Nederland, waar vanaf 2005 de opname van innovatieve geneesmiddelen (en technologieën) in Annex 1B (dat wil zeggen: zonder vergoedingslimiet) van het geneesmiddelenpakket onderhevig wordt aan een doelmatigheidsanalyse. Hoewel doelmatigheidsoverwegingen een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de besluitvorming omtrent de aanwending van publieke gelden, dienen deze overwegingen altijd in perspectief worden geplaatst. Het toetsingsorgaan NICE in het Verenigd Koninkrijk vertolkt op dit gebied een voorbeeldfunctie door de meerwaarde van geneesmiddelen en andere verstrekkingen vanuit het maatschappelijke perspectief op een integrale wijze te evalueren op basis van overwegingen van

noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid en rechtvaardigheid. Op deze wijze zijn beleidsmakers optimaal geïnformeerd en toegerust om tot vergoedingsbeslissingen te komen die op een optimale wijze bijdragen aan een betaalbaar, kwalitatief, rechtvaardig en doelmatig basispakket.

2 Methodologie

Onderzoeksvragen

- 1) Zijn er internationaal verschillen in de samenstelling van het basispakket?
- 2) Welke overwegingen speelden een rol bij vergoedingsbeslissingen die afwijken van de Nederlandse?
- 3) Welke sturingsmiddelen zijn van toepassing op de vergoeding?
- 4) Is er een trend naar meer particuliere financiering?

Onderzoekskader

Onderzoekslanden: Nederland, België, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en Duitsland

Perspectief: zorgaanspraken volgens het basispakket van de publieke ziektekostenverzekering; aanspraken van (aanvullende) private verzekering werden buiten beschouwing gelaten

Zorgperspectief: curatieve zorg (voornamelijk extramuraal)

Zorggebieden: huisartsenzorg, fysiotherapie, tandheelkundige zorg, farmaceutische zorg, medisch-specialistische zorg en hulpmiddelen

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek bestond uit twee fasen:

Fase 1:

- Onderzoek naar de aard van de basisverzekering in Nederland, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk (organisatie, zorgaanspraken, verzekeringsgerechtigden, toelatingseisen, sturingsmiddelen en compensatiemechanismen)
- Inventarisatie en internationale vergelijking van algemene zorgaanspraken in de zorggebieden huisartsenzorg, fysiotherapie, tandheelkundige zorg, farmaceutische zorg, medisch-specialistische zorg en hulpmiddelen.
- Inventarisatie en internationale vergelijking van zorgaanspraken met betrekking tot 18 geselecteerde geneesmiddelen
- Inventarisatie en internationale vergelijking van zorgaanspraken met betrekking tot 5 geselecteerde medisch-specialistische verstrekkingen.
- Inventarisatie en internationale vergelijking van zorgaanspraken met betrekking tot 2 geselecteerde hulpmiddelen
- Identificatie van trends en ontwikkelingen met betrekking tot aanspraken van het basispakket van de diverse onderzoekslanden

Fase 2:

- Uitbreiding van fase met 1 onderzoeksland: Duitsland

- Verdiepend achtergrondonderzoek naar (een selectie van) verstrekkingen met waargenomen verschillen in vergoedingsstatus tussen het Nederlandse basispakket en de onderzoekslanden: 7 geneesmiddelen, 4 medisch-specialistische toepassingen, 1 paramedische toepassing, 1 tandheelkundige toepassing en eerstelijns psychologische hulp

De verstrekkingen die in fase 2 nader zijn onderzocht werden in overleg met de onderzoekscommissie van ZonMW geselecteerd. In fase 2 werd bewust gekozen om de nadruk te leggen bij het zorggebied farmaceutische zorg omdat deze zorg door de structurele stijging van de geneesmiddelenuitgaven een belangrijke factor is in de discussie omtrent het basispakket. Daarnaast is transparantie en heldere besluitvorming bij geen enkel zorggebied zo belangrijk als bij farmaceutische zorg vanwege de grote en vaak tegengestelde belangen van de overheid en de industrie. Bovendien lenen geneesmiddelen zich bij uitstek voor een casuïstische aanpak zoals voorzien in fase 2.

Duitsland werd, als aanvullend onderzoeksland in fase 2, gekozen in overleg met de onderzoekscommissie. De keuze viel op Duitsland omdat het Duitse verzekeringsstelsel veel gelijkenis vertoont met het Nederlandse, en het Duitse zorgstelsel momenteel grote veranderingen ondergaat.

Casus gebaseerde benadering

Een integrale internationale vergelijking van de pakketonderdelen extramurale geneesmiddelen en ziekenhuiszorg was, gezien de uitvoerigheid van deze onderdelen, om praktische redenen niet uitvoerbaar. Daarom is er gebruikt gemaakt van zogenoemde ‘tracers’. Dit zijn specifieke verstrekkingen die zich aan de ‘randen’ van het pakket bevinden omdat deze op basis van algemene toetsingscriteria (zoals medische noodzakelijkheid, kosten, effectiviteit, doelmatigheid en eigen verantwoordelijkheid) een bijzondere plaats innemen. Op deze wijze is voor alle landen inzichtelijk gemaakt of en onder welke voorwaarden verstrekkingen in het basispakket zijn opgenomen die bijvoorbeeld noodzakelijk, maar zeer duur zijn of bijvoorbeeld wel effectief, maar niet zo zeer noodzakelijk zijn. Zo is een beeld geschetst van de breedte van het pakket in het betreffende land. Echter, er kan niet worden uitgesloten dat incidenteel internationale verschillen kunnen bestaan bij verstrekkingen die in dit onderzoek niet nader zijn onderzocht. Deze beperking geldt echter voornamelijk voor het onderzochte zorggebied farmaceutische zorg.

Tabel 1 vermeldt de verstrekkingen die voor fase 2 werden geselecteerd omdat er voor deze verstrekkingen verschillen in vergoedingsstatus waren waargenomen tussen de onderzoekslanden. De tabel vermeldt tevens de achtergrond waarom deze verstrekkingen in eerste instantie voor in fase 1 zijn gebruikt.

Verstrekking	Toelichting
<i>Geneesmiddelen</i>	
Etanercept (Enbrel)	Hoge kosten; effectief; toelatingssystematiek
Burpropion (Zyban)	Lifestyle-middel?
Rivastigmine (Exelon)	Omstreden effectiviteit; hoge ziektelast; alternatief ontbreekt
Rofecoxib (Vioxx)	Effectiviteit vergelijkbaar met (goedkoper) alternatief maar mogelijk veiliger
Sildenafil (Viagra)	Discussie omtrent noodzakelijkheid behandeling en ziektelast
Atorvastatine (Lipitor)	Zeer hoge impact op het geneesmiddelenbudget; preventie, doelmatigheid
Ethinylestradiol/leveonorgestrel (de Pil)	Strikt genomen geen geneesmiddel maar preventief middel; noodzakelijkheid; lifestyle-middel?
<i>Intramurale verstrekkingen</i>	
IVF (ICSI)	Hoge kosten; effectiviteit onzeker; experimentele status ICSI
Behandeling gender disforie	Hoge kosten; toelatingssystematiek; controversieel?
Cochleair implantaat	Hoge kosten; effectiviteit onzeker; toelatingssystematiek?
Perifere stamcel re-infusie	Experimenteel; potentieel hoog volume en budget impact
<i>Paramedische hulp</i>	
Fysiotherapie	Meest voorkomende voorziening in zorggebied paramedische hulp
<i>Psychologische hulp</i>	
Eerstelijns psychologische hulp	Potentieel hoog consumptievolume; medische noodzakelijkheid, toelatingssystematiek?
<i>Tandartshulp</i>	
Volledig uitneembare gebitsprothese	Potentieel hoog volume en budget impact, eigen verantwoordelijkheid

Tabel 1. Geselecteerde verstrekkingen voor fase II

Informatiebronnen

- Consultatie van experts in ministeries van volksgezondheid, nationale verzekeringsorganen en ziektekostenverzekeraars, beroepsorganisaties, patiëntenbelangenverenigingen, experts en medici.
- Websites en publicaties van ministeries van volksgezondheid, nationale verzekeringsorganen en ziektekostenverzekeraars, beroepsorganisaties en patiëntenbelangenverenigingen.
- Publicaties van nationale en internationale organisaties actief op het gebied van volksgezondheid.

Onderzoeksperiode

Data werden verzameld in de periode tussen september 2002 en augustus 2003.

3 Aard van de zorgverzekering in Nederland, België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk

3.1 Nederland

In Nederland is goede gezondheidszorg een grondwettelijk recht. Om dit mogelijk te maken is er een actieve rol voor de overheid weggelegd met betrekking tot wetgeving en financiering van de zorg. Uitgangspunt daarbij is de instandhouding van kwalitatief hoogwaardige zorg, die toegankelijk en bereikbaar is voor alle Nederlanders.

De organisatie van het Nederlandse zorgstelsel is verankerd in een gemengd stelsel van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke verzekeringen. De inhoud en premies van publiekrechtelijke verzekeringen worden in wetten en wettelijke regelingen bepaald.

Het zorgstelsel is ingedeeld in drie compartimenten:

Eerste compartiment: zware medische risico's, verzekerd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Tweede compartiment: min of meer normale medische zorg, gefinancierd door de Ziekenfondswet, de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) en de particuliere verzekering.

Derde compartiment: minder noodzakelijke vormen van zorg, gedekt door aanvullende (particuliere) verzekeringen.

De AWBZ en de ziekenfondsverzekering zijn wettelijke verplichte publieke verzekeringen. De AWBZ is verplicht voor alle Nederlandse ingezetenen en de ziekenfondsverzekering is verplicht voor alle ingezetenen die aan neergelegde criteria voldoen (ongeveer 63% van de bevolking). Genoemde ingezetenen zijn automatisch verzekerd en daarmee verplicht de wettelijke premie te betalen, ongeacht of men van het zorgaanbod gebruik wenst te maken.

Ongeveer 800.000 personen in het tweede compartiment genieten een verzekering anders dan de ziekenfondsverzekering of een particuliere verzekering. Dit zijn ambtenaren die werkzaam zijn bij gemeenten, provincies en politie die verzekerd zijn volgens de Ambtenarenwet en Politiewet.

Ingezetenen die in het tweede compartiment niet in aanmerking komen voor een publiekrechtelijke verzekering of een ambtenarenverzekering kunnen zich vrijwillig verzekeren bij een particuliere verzekering of kiezen om zich niet te verzekeren voor deze zorg.

Verplicht ziekenfondsverzekerden hebben een vrije keuze uit een aantal zorgaanbieders, hierna te noemen ziekenfondsen. Deze ziekenfondsen hebben de plicht om minimaal de wettelijke verstrekkingaanspraken aan te bieden maar kunnen daarnaast ook bredere verzekeringspakketten aanbieden met bijvoorbeeld een hoger serviceniveau in ziekenhuizen, uitgebreide paramedische hulp, alternatieve geneeswijzen of een tandartsverzekering. De nominale premie kan tussen ziekenfondsen verschillen door deze variatie in pakketten en/of door regionale verschillen in kosten.

Verzekeringsgerechtigden

AWBZ

Als algemene regel geldt dat alle ingezetenen van Nederland verzekerd zijn volgens de AWBZ. Het is bij deze niet van belang dat de ingezetene de Nederlandse nationaliteit bezit maar wel dat de ingezetene rechtmatig in Nederland verblijft. In tegenstelling tot overige volksverzekeringen kent de AWBZ geen leeftijdsgrenzen aan de verzekeringsplicht en is de AWBZ-verzekering van kinderen geen afgeleide van de verzekering van de ouders zoals de Ziekenfondswet die wel kent (2).

Ziekenfonds

Om verzekeringsgerechtigd te zijn onder de Ziekenfondswet (ZFW) geldt een aantal criteria:

- Alle personen jonger dan 65 in loondienst en met een belastbaar inkomen lager dan € 30.700 (2002). Hieronder vallen ook personen die een wettelijke uitkering ontvangen vanwege werkloosheid, ziekte of arbeidsongeschiktheid.
- Alle zelfstandig ondernemers jonger dan 65 met een belastbaar inkomen lager dan €19,650 (in 2002)
- Alle personen jonger dan 65 die in aanmerking komen voor een bijstandsuitkering
- Alle personen ouder dan 65 die op 65 jarige leeftijd onder de ziekenfondswet vielen

Verder geldt dat personen ouder dan 65 jaar met een belastbaar inkomen dat lager is dan €19,550 (in 2002) vrijwillig kunnen kiezen voor de ziekenfondsverzekering. Kinderen die ‘in belangrijke mate’ worden onderhouden vallen ook onder de ZFW.

Iedere inwoner die aan deze criteria voldoet, is automatisch en verplicht verzekerd in het Ziekenfonds en is verplicht een ziekenfondspremie te betalen (2).

Private verzekering

Personen die geen aanspraak kunnen maken op het ziekenfonds dienen zich particulier te verzekeren. Er zijn drie soorten particuliere verzekeringen:

a) De publiekrechtelijke verzekeringen voor ambtenaren (IZA, IZR, GVP) zijn traditioneel particuliere verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden (het 'Reglement') maken deel uit van het arbeidsvoorwaardenoverleg.

b) De Standaard(pakket)polis is een particuliere verzekering voor bepaalde groepen verzekerden. Voor deze verzekering geldt bij alle maatschappijen een acceptatieplicht; de maatschappij moet dus iedere aanvrager toelaten als verzekerde indien deze behoort tot een toe te laten groep. Tot de toe te laten groepen behoren o.a. personen ouder dan 65 jaar. De premie en de polisvoorwaarden worden door de overheid vastgesteld. Het pakket is momenteel gelijk aan het ziekenfondspakket.

c) De maatschappijpolis is de echte, klassieke particuliere verzekering. De premie en de verzekeringsvoorwaarden worden door de maatschappij zelf vastgesteld en deze kunnen alleen voor alle verzekerden tegelijk worden gewijzigd. De maatschappij draagt zelf het risico en bepaalt ook zelf het acceptatiebeleid. De dekking is vaak ongeveer gelijk aan het ziekenfondspakket, maar kan ook belangrijk ruimer zijn.

Wettelijke zorgaanspraken

De nationale zorgverzekeringen geven middels een naturastelsel toegang aan verzekerden tot een pakket van diensten zoals vastgelegd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Ziekenfondswet.

De AWBZ - ingevoerd in 1968 - is in het leven geroepen om alle inwoners van Nederland te verzekeren tegen zware medische risico's. Het gaat om risico's waarvan de kosten op individuele basis niet op te brengen zouden zijn, vooral omdat het in veel gevallen chronische aandoeningen betreft. De AWBZ biedt aanspraak op zorg op het terrein van verpleging en verzorging, ziekenhuiszorg na 365 dagen, gehandicaptenzorg en preventie. De aanspraken op AWBZ zorg zijn geregeld in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en in de op dat besluit gebaseerde wettelijke Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ. AWBZ zorg wordt hoofdzakelijk verleend door instellingen. Een verzekerde die aanspraak wil maken op AWBZ zorg moet zich wenden tot een instelling die een contract heeft met een AWBZ uitvoeringsorgaan.

AWBZ zorg kan getypeerd worden als 'Care' en valt verder buiten het kader in dit onderzoek.

De Ziekenfondswet geeft aanspraak op huisartsenzorg, paramedische zorg, verloskundige zorg, kraamzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, medisch-specialistische zorg al dan niet met verblijf in het ziekenhuis, audiologische hulp, niet-klinische hemodialyse, revalidatiezorg,

erfelijksheidsonderzoek, chronisch intermitterende behandeling, hulp in verband met trombose en ziekenvervoer.

Deze aanspraken zijn vastgelegd in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en daarop gebaseerde ministeriele regelingen. In deze regelingen staan ook de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak. Een verzekerde die aanspraak wil maken op ziekenfondsverstrekkingen moet zich wenden tot een instelling met wie of welke zijn ziekenfonds een contract heeft afgesloten. De verzekerde heeft vrije keuze uit de gecontracteerde artsen en gecontracteerde toegelaten instellingen. Naast de zorgaanspraken die zijn vastgelegd in het Verstrekkingenbesluit en gerelateerde regelingen, kunnen uit de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering subsidies worden verstrekt om onder bepaalde voorwaarden verstrekkingen mogelijk te maken die (nog) niet als ziekenfondsverstrekking erkend zijn of om andere redenen niet als zodanig erkend zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij subsidies voor in vitro fertilisatie (2).

Het overgrote deel van de verstrekkingen waarop volgens de regelingen aanspraak kan worden gemaakt, verloopt via het 'derdebetaler principe' en wordt niet in rekening gebracht bij de verzekerde. Voor een klein aantal verstrekkingen wordt een eigen bijdrage verlangd van de verzekerde. Dit geldt voor kraamzorg, bepaalde hulpmiddelen, ziekenvervoer en voor het gebruik van bepaalde geneesmiddelen (3).

Kosten voor verzekerde

Sociale premiebetalingen

De sociale premie voor de ziekenfondsverzekering was in 2002 vastgesteld op 7.95% van het belastbaar inkomen. Een deel daarvan (in 2002 6.25%) kwam voor de rekening van de werkgever of het uitvoeringsorgaan van een eventuele uitkering. Het verzekeringsplichtige inkomen waarover een verzekerde premie verschuldigd was bedroeg in 2002 € 28.188 op jaarbasis. Ziektenfondsverzekerden van 65 jaar en ouder waren in 2002 een premie van 7.95% verschuldigd over het AOW pensioen (2).

Nominale premieheffing ziekenfonds

Ieder ziekenfonds stelt zelf de hoogte van de nominale premie vast. De verzekerde betaalt deze premie in maandelijkse termijnen aan zijn/haar ziekenfonds.

Eigen betalingen

a) Wettelijke eigen bijdragen

b) Aanvullende private verzekering

Verzekerden kunnen op private basis aanvullende verzekeringen afsluiten bij hun ziekenfonds. Het gaat hierbij vaak om een complementaire tandartsverzekering en supplementaire modules ter dekking van bijvoorbeeld homeopathie, meer uitvoerige paramedische hulp, huistherapeutische behandeling en psychotherapie.

Vrijstelling en compensatie van eigen bijdragen

Omdat eigen bijdragen in het Nederlandse zorgstelsel slechts in geringe mate voorkomen zijn wettelijke regelingen in de zin van vrijstelling dan wel compensatie voor eigen betalingen voor specifieke hulpbehoevende groepen slechts in beperkte mate aanwezig. In dit verband bestaat wel aandacht voor groepen die op grond van de vastgestelde voorwaarden niet in aanmerking komen voor de ziekenfondsverzekering maar voor wie het afsluiten van een particuliere verzekering problematisch kan zijn vanwege financiële redenen of omdat ze vanwege hun medische (risico)profiel niet door de particuliere verzekeraar geaccepteerd worden.

Onder bepaalde voorwaarden kunnen sommige categorieën van uitkeringsgerechtigden, indien zij daartoe de wens te kennen geven, ontheffing krijgen van de premiebetaling voor de ziekenfondsverzekering.

Personen die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd niet ziekenfondsverzekerd zijn kunnen vrijwillig toetreden tot het ziekenfonds mits hun belastbaar huishoudinkomen een bepaalde grens (€ 19.550 in 2002) niet overschrijdt.

De wettelijke plicht tot premiebetaling (voor AWBZ of ZFW) komt te vervallen voor zogenoemde gemoedsbezwaren. Deze personen betalen extra belasting in plaats van premie.

3.2 België

Het Belgische zorgstelsel kent geen eenvormig sociaal zekerheidsstelsel dat op dezelfde manier toepasbaar is op alle burgers. Dit komt omdat elk stelsel zich autonoom heeft ontwikkeld rond een aantal beroepscategorieën volgens de toenmalige sociale, politieke en economische mogelijkheden. De voornaamste regelingen met betrekking tot de sociale zekerheid zijn de werknemersregeling, de regeling voor zelfstandigen en de regeling voor openbare sector (ambtenaren). Andere regelingen bestaan o.a. voor zeevarenden en mijnwerkers {Website RIZIV maart 2003}. Tot 1963 bestond er binnen dit sociale zekerheidsstelsel een regeling die voorzag in enerzijds inkomenscompensatie voor arbeidsongeschikten en anderzijds de kosten voor medische zorg.

Sinds 1963 zijn de sociale en ziektekostenverzekering echter gescheiden door de invoering van de Wet van Leburton. Deze wet introduceerde:

- a) Verbeterde toegankelijkheid tot de ziektekostenverzekering voor alle inwoners van België
- b) Een financiële en administratieve samenwerking tussen mutualiteiten en zorgaanbiers
- c) Een systeem (Nomenclatuur) dat voorzag in de tarifiering en (indien van toepassing) vergoedingslimieten
- d) Een definitie van een doelgroep (Weduw(e)naars, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen (WIGW)) die (gedeeltelijk) vrijgesteld werd van betalingen voor zorgverstrekkingen (4)

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de publieke zorgverzekering werd ondergebracht bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV). Dit is een zelfstandig bestuursorgaan dat onder toezicht staat van het Ministerie van Sociale Zaken. De feitelijke uitvoering van de ziektekostenverzekering is in handen van in totaal zeven publieke verzekeraars (Landsbonden), die zich onderscheiden naar politieke ideologie en dienstverlening. In iedere landsbond zijn weer meerdere ziekenfondsen verenigd. De landsbonden ontvangen financiële middelen van het RIZIV voor de uitvoering van de zorgverzekering en verdelen deze middelen weer op hun beurt over de ziekenfondsen (5).

Aard van de verzekering

De publieke zorgverzekering is verplicht voor alle Belgen en biedt een brede zorgverzekering voor werknemers en een smalle zorgverzekering voor zelfstandigen op basis van restitutie. De zorgverzekering is gebaseerd op een hoge mate van solidariteit. Deze solidariteit wordt geborgd in vier principes:

- Inkomenssolidariteit
- Solidariteit tussen werkenden en niet-werkenden
- Nationale solidariteit: een deel van de zorg wordt gefinancierd uit algemene middelen
- Solidariteit tussen alleenstaanden en gezinnen

Alle Belgen zijn verplicht zich te verzekeren bij een ziekenfonds naar keuze. Het verzekeringsstelsel maakt onderscheid tussen ambtenaren, werknemers en zelfstandigen.

De nationale zorgverzekering kent een Algemene Verzekering en een Zelfstandigenverzekering. De Algemene Verzekering voorziet in de kosten van zowel grote en kleine risico's voor de gehele populatie behalve zelfstandigen. De Zelfstandigen Verzekering voorziet in de kosten van grote risico's voor zelfstandigen en personen die zij ten laste hebben (echtgenoten, kinderen, samenwonenden etc.).

Onder ‘grotere’ risico’s vallen ziekenhuisopname, belangrijke chirurgische ingrepen, specifieke technische diensten en specifieke behandeling van een aantal ziekten zoals kanker, TBC, psychiatrische stoornissen, aangeboren afwijkingen etc. Onder ‘kleinere’ risico’s worden verstaan een medisch consult bij huisarts of een specialist, farmaceutische zorg, tandartszorg, hulpmiddelen, ambulante fysiotherapie en ambulante verpleging. Deze laatste twee verstrekkingen worden alleen onder voorwaarden vergoed en alleen na verwijzing van een arts (4).

De Belgische volksverzekering biedt, op basis van restitutie, aanspraak op een breed en kwalitatief pakket van verstrekkingen die zijn vastgelegd in een nationale vergoedingslijst. Deze lijst, de Nomenclatuur, bevat in principe alle zorgverstrekkingen die als medisch noodzakelijk en doelmatig wordt beschouwd. De verzekering biedt een gedeeltelijke vergoeding van de kosten voor ambulante zorg en geneesmiddelen en een praktisch volledige vergoeding van ziekenhuis en chronische zorg. Toegang tot zorg is vrij: België kent geen poortwachtersysteem.

Er bestaan twee betalingssystemen in de zorg: het terugbetalingssysteem en het zgn. ‘derdebetalers’ systeem. Deze systemen hebben betrekking op respectievelijk de extramurale en de intramurale zorg. In het terugbetalingssysteem worden de gemaakte kosten van (ambulante) medische zorg achteraf (gedeeltelijk) vergoed door het ziekenfonds. Bij ‘derde betaler’ regeling hoeft de verzekerde enkel de (eventuele) remgelden te betalen; het vergoedbare deel van het tarief wordt dan direct door het ziekenfonds aan de zorgverlener betaald (6).

Verzekeringsgerechtigden

De nationale ziektekostenverzekering geldt voor de werknemers van de openbare sector en van de privé-sector, maar ook voor de zelfstandigen, werklozen, gepensioneerden, mensen die van een bestaansminimum leven, gehandicapten, studenten, wezen, enz., en voor de personen die zij ten laste hebben en die aan de voorwaarden hiervoor beantwoorden: echtgenoten, samenwonenden, kinderen, kleinkinderen, achterkleinkinderen, enz.

Om als persoon ten laste te worden beschouwd, moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- a) Een belastbaar bruto-inkomen van minder dan € 1.870,70 per kwartaal;
- b) In het gezin van de rechthebbende op de ziekteverzekering wonen, met uitzondering van de (feitelijk of van tafel en bed) gescheiden echtgenoot of echtgenote en de kinderen die jonger zijn dan 25.

In de praktijk kan dus worden gesteld dat de hele Belgische bevolking, behoudens enkele uitzonderingen, toegang heeft tot de geneeskundige verzorging. Elke rechthebbende moet evenwel aan een aantal voorwaarden voldoen om recht te hebben op de verstrekkingen van de ziekteverzekering: Elke rechthebbende van de ziekteverzekering moet zich aansluiten of inschrijven bij een verzekeringsinstelling (ziekenfonds, een gewestelijke dienst van de Nationale Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS). De keuze van verzekeringsinstelling is vrij, behalve voor het statutaire personeel van de Belgische spoorwegen. Het recht op geneeskundige verzorging gaat pas in als er voor een minimum waarde aan bijdragen is betaald. Indien het vereiste minimum niet wordt gehaald, moet er een bijkomende bijdrage worden betaald om het recht op geneeskundige verzorging te behouden (7).

In het uitzonderlijke geval dat een ingezetene geen verzekeringsgerechtigde is volgens de voorwaarden hierboven vermeld, kan deze persoon aanspraak maken op vergoeding van ziektekosten door gemeentelijke instellingen. Deze instellingen kunnen op eigen wijze invulling geven aan deze steun. Zo kunnen zij deze personen aandragen bij een mutualiteit en in de benodigde kosten voorzien of zij kunnen direct de medische kosten van deze families voldoen (4).

Wettelijke zorgaanspraken

De wettelijke publieke ziektekostenverzekering dekt op basis van restitutie in principe grotendeels de kosten van ziekte of een ongeval. Verstrekkingen die in België door de Belgische volksverzekering gedekt worden staan nauwkeurig beschreven in de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen. Deze positieve lijst bevat in principe alle zorgverstrekkingen die als medische noodzakelijk en doelmatig wordt beschouwd en bevat beschrijvingen van ongeveer 8000 verstrekkingen gekoppeld aan voor die verstrekkingen wettelijke tarieven en vergoedingslimieten. In principe biedt de volksverzekering een gedeeltelijke vergoeding van de kosten voor extramurale zorg en geneesmiddelen en een praktisch volledige vergoeding van de kosten van intramurale en chronische zorg. Een medische handeling die niet in de Nomenclatuur staat vermeld of niet voldoet aan eventuele nadere voorwaarden wordt in principe niet vergoed door de volksverzekering.

Bij veel (extramurale) verstrekkingen wordt een klein deel van de kosten ten laste gelegd van de verzekerde in de vorm van eigen betalingen, ook wel remgelden genoemd. Deze remgelden gelden vooral voor extramurale raadplegingen en behandeling door huisarts, specialist en paramedisch-specialist en kunnen oplopen tot 40% per raadpleging. Ziekenfondsen en ook particuliere verzekeraars kunnen een aanvullende verzekering aanbieden voor verstrekkingen die niet of gedeeltelijk gedekt worden door de publieke verzekering, zoals alternatieve geneeswijzen en orthodontie. Wettelijke

remgelden worden in principe niet herverzekerd (5). De toegang tot zorg is vrij: België kent geen poortwachtersysteem.

Toezicht op de Nomenclatuur is de verantwoordelijkheid van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Iedere twee jaar vinden onder toezicht van het RIZIV onderhandelingen plaats tussen vertegenwoordigers van ziekenfondsen en zorgverleners (nationale akkoordcommissies) over de toe te passen prijzen en tarieven voor de verschillende zorgverstrekkingen. Indien een akkoord wordt gesloten worden de nieuwe tarieven opgenomen in de gereviseerde Nomenclatuur.

Individuele zorgverleners (bijv. artsen en specialisten) hebben de mogelijkheid om dit akkoord geheel, gedeeltelijk of niet te aanvaarden. Indien zij het aanvaarden (deze artsen zijn dan 'geconventioneerd') kunnen zij niet meer in rekening brengen dan het afgesproken maximumtarief. De meeste zorgverleners zijn geconventioneerd (in ruil voor bijvoorbeeld een pensioenpremie van de overheid). Indien een zorgverlener de tarieven slechts gedeeltelijk aanvaard (bijvoorbeeld op bepaalde dagen of uren) of niet aanvaard dan kan deze een verhoogd tarief (supplement) in rekening brengen. Dit supplement wordt niet vergoed door de ziektekostenverzekering en komt volledig ten laste van de verzekerde. Verzekerden zijn vrij om te kiezen voor een geconventioneerde of niet-geconventioneerde zorgverlener.

Kosten voor verzekerde en eigen betalingen

Met betrekking tot de kosten voor zorg voor een individuele Belgische verzekerde kunnen grofweg de volgende vormen van lasten onderscheiden worden:

- Jaarlijkse sociale premiebetalingen (uitsluitend voor werknemers en ambtenaren)
- Wettelijk vastgestelde procentuele eigen bijdragen en eigen bijdragen (voor iedere verzekerde behalve voor uitzonderingsgroepen)
- Supplementbetalingen (voor iedere persoon die een niet-geconventioneerde arts kiest)
- Private vrijwillige en/of aanvullende verzekeringen (op vrijwillige basis)

Jaarlijkse sociale premiebetalingen

Dit zijn wettelijk vastgestelde inkomensafhankelijke premies en zijn alleen van toepassing voor werknemers, zelfstandigen en ambtenaren. De premiebetalingen zijn verplicht en staan los van de wil om al dan niet gebruik te maken van de geboden zorg. De premie voor werknemers bedraagt 3.55% van het bruto volledige inkomen en voor zelfstandigen is dit 3.20% van het inkomen.

Wettelijk vastgestelde procentuele eigen bijdragen en eigen bijdragen

Over het algemeen worden wettelijke tarieven van consulten en behandelingen in de extramurale zorg slechts gedeeltelijk vergoed door de publieke zorgverzekering en komt een vastgesteld percentage, dat varieert per verstrekking, van deze tarieven ten laste van de verzekerde. De hoogte van dit percentage is afhankelijk van de aard van verstrekking, de status van de verzekerde en van het feit of de zorgverlener al dan niet geconformeerd is aan de wettelijke tarieven.

Deze procentuele eigen bijdragen in de extramurale sector, ook wel remgelden genoemd, bedragen ongeveer 30% van het huisartstarief en ongeveer 40% van vastgestelde tarieven voor de diverse specialisten. Daarnaast gelden voor bepaalde geneesmiddelen die vanuit sociaal en medisch perspectief minder noodzakelijk zijn ook procentuele bijbetalingen ten laste van de verzekerde die kunnen variëren van 25 tot 80%.

Naast procentuele eigen bijdragen komen ook nominale eigen bijdragen voor. Dit is een vastgesteld bedrag dat ten laste komt van de verzekerde bij bijvoorbeeld verblijf en opname in een ziekenhuis en voor diagnosestelling.

Het totaal van deze wettelijke eigen bijdragen en bijdragen kent een wettelijk vastgesteld maximum op jaarbasis (5) (7). De hoogte van eigen betalingen en bijdragen voor specifieke verstrekkingen wordt in de volgende hoofdstukken toegelicht.

Supplementbetalingen

Ziekenhuisartsen die zich niet geconformeerd hebben aan de wettelijke tariefstelling voor consulten en medische verrichtingen kunnen een meerprijs (supplement) vragen boven deze conventietarieven. Deze artsen zijn wettelijk volledig vrij om hun tarieven te bepalen en supplementen kunnen oplopen tot 300% van het conventietarief. Deze supplementen komen volledig ten laste van de verzekerde. In 2003 was bijna 85% van de huisartsen, en meer dan 80% van de specialisten geconventioneerde. Het staat de verzekerde vrij om te kiezen voor een geconventioneerde dan wel niet-geconventioneerde arts (6) (8).

Indien een verzekerde kiest voor een 1 of 2 persoonskamer in een ziekenhuis worden ook supplementen in rekening gebracht ten laste van de verzekerde. Deze supplementen kunnen oplopen tot €150 per dag (8). In het hoofdstuk Medisch-specialistische Zorg (hoofdstuk 8) wordt verder ingegaan op supplementbetalingen in het ziekenhuis.

Private vrijwillige en/of aanvullende verzekeringen

Zowel ziekenfondsen als private verzekeringsmaatschappijen bieden aanvullende verzekeringen aan. Ziekenfondsen kunnen zowel vrijwillige als verplichte aanvullende verzekeringen aanbieden terwijl aanvullende verzekeringen van private maatschappijen altijd een vrijwillig karakter hebben. De verplichte aanvullende verzekering van ziekenfondsen kent gedeeltelijk een verplicht karakter daar deze verzekering automatisch wordt aangeboden aan de leden van het ziekenfonds en ook door de ledenbijdrage gefinancierd wordt (9). De verplichte aanvullende verzekeringen bij het ziekenfonds hebben een solidair karakter omdat het premiebedrag voor ieder individu gelijk is.

De vrijwillige aanvullende ziekenfonds en private verzekeringen dekken de kosten voor kleinere risico's voor zelfstandigen en/of de eigen bijdragen van ziekenhuiskosten. De bij veel ziekenfondsen verplichte of automatische aanvullende verzekeringen hebben vaak betrekking op kosten voor ziekenhuisopname, verzorging in het buitenland, pedicure, logopedie, tandarts, herstelkuren, brilmonturen, homeopathische middelen en een aanschaf van een pruik. Het aanbod en de premie van deze aanvullende verzekeringen kunnen per ziekenfonds verschillen. Wettelijke eigen bijdragen voor raadplegingen en consulten bij arts/specialist en geneesmiddelen worden in principe niet herverzekerd (5).

De maandelijkse premie voor de automatische aanvullende ('verplichte') verzekering voor werknemers bedraagt bij de Christelijke Mutualiteit €4,59 voor een alleenstaande, €5,33 voor een gezinshoofd en €7,81 voor tweeverdieners. De Christelijke Mutualiteit biedt onder deze aanvullende verzekering onder andere een tegemoetkoming in de kosten voor heup, knie of andere gewrichtsprothesen, dagvergoeding bij ziekenhuisopname, verblijfskosten voor een overnachting van een familielid of begeleider van een patiënt in ziekenhuis en tegemoetkoming van kosten voor alternatieve geneeswijzen van €50 per jaar. Daarnaast voorziet dit ziekenfonds ook in een scala van andere diensten zoals bejaardenhulp, dagverpleging, thuisopvang, thuis telefoon etc. (9)

De aanvullende verzekering van de Neutrale Ziekenfondsen biedt een tegemoetkoming in de kosten voor rust-en herstelkuren, alternatieve geneeswijzen, orthodontie (naast de wettelijke vergoeding) en brilglazen of monturen (10).

Zelfstandigen die zich (aanvullend) willen verzekeren voor de kleinere risico's omdat de publieke verzekering hier niet in voorziet betaalt bij de Christelijke Mutualiteit als gezinshoofd een maandelijkse bijdrage variërend van €32 tot €71 (toenemend met de leeftijd) en als alleenstaande een bijdrage variërend van €20 tot €46 per maand. De kleine risico's die onder deze aanvullende verzekering vallen zijn: raadplegingen, behandeling van de huisarts, consulten bij de specialist, diverse courante laboratoriumonderzoeken, tandartshulp (vullingen, prothesen en orthodontie), brilglazen,

hoortoestellen, orthopedische zolen en receptgeneesmiddelen die kunnen worden afgehaald in een apotheek (9).

Vrijstelling en compensatie van eigen betalingen

Om de toegankelijkheid van kwalitatieve medische zorg te garanderen voor kwetsbare groepen zijn in het Belgische zorgstelsel de volgende sturingsmiddelen ingesteld:

- Gedeeltelijke of volledige ontheffing van eigen betalingen voor bepaalde verzekerden (WIGW regeling)
- Inkomensafhankelijke plafond voor eigen betalingen op jaarbasis (Maximumfaktuur)
- Zorgforfait voor chronisch zieken
- Globaal medisch dossier
- Gratis eerstelijnszorg voor bewoners in achterstandsregio's

Tot 2000 waren de zogenoemde sociale franchise en fiscale franchise van kracht. Deze regelingen zijn met de invoering van de Maximumfaktuur komen te vervallen.

a) Regeling Weduw(e)naars, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen (WIGW)

Deze regeling betreft verzekerden die behoren tot een aantal gedefinieerde sociaal-economische achtergestelde groepen zoals hieronder beschreven en alle kinderen tot en met 15 jaar. Deze verzekerden met voorkeurregeling kunnen aanspraak maken op verhoogde terugbetalingstarieven die als zodanig voor iedere verstrekking zijn vastgesteld in de Nomenclatuur:

- Weduwnaars, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW's) met een jaarinkomen niet meer dan €12.000 vermeerderd met €2.221 per persoon ten laste.
- Personen die een inkomen ter hoogte van het bestaansminimum of een uitkering genieten.
- Personen die het gewaarborgd inkomen voor bejaarden geniet en hun personen ten laste.
- Gehandicapten met een tegemoetkoming van de overheid en hun personen ten laste.
- Personen die kinderen hebben met verhoogde kinderbijslag en hun personen ten laste en het betreffende kind zelf
- Langdurig werklozen die aan bepaalde voorwaarden voldoen.

b) De Maximumfaktuur (MAF)

Deze nieuwe maatregel werd ingevoerd met de wet van 5 juni 2002 betreffende de Maximumfaktuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het doel van de maatregel is de financiële toegankelijkheid van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verder te verbeteren, door de kosten van geneeskundige verzorging van elke verzekerde – en dus niet enkel van verzekerden die tot een bepaalde sociale categorie behoren - te beperken tot een bepaald maximumbedrag, dat

varieert met het inkomen van het gezin waartoe men behoort of met de sociale categorie waar men deel van uitmaakt.

Dit sturingsmiddel verloopt via drie mechanismen (zie tabel 2):

1) Voor gezinnen die 1 gezinslid tellen behorende tot een bepaalde sociale categorie, namelijk sommige rechthebbenden uit de WIGW groep en sommige gehandicapten die als zodanig een tegemoetkoming genieten, geldt een jaarlijks plafond van 450 euro voor eigen betalingen. Indien op jaarbasis het totale bedrag aan eigen betalingen deze limiet overschrijdt, wordt de verzekerde voor verdere verstrekkingen (mits erkend door de publiek verzekering) geen procentuele eigen bijdrage meer ten laste gebracht. Deze regeling wordt uitgevoerd door de verzekeringsinstelling.

2) Een vergelijkbaar voordeel wordt gegeven aan gezinnen met een laag (tot €13.730,98) of bescheiden (tot €21108,82) inkomen die een ingesteld plafond van respectievelijk €450 of €650 bereiken. Ook deze regeling wordt uitgevoerd door de verzekeringsinstelling.

3) Het zelfde voordeel, alleen later uitgevoerd door de belastingadministratie, geldt voor de overige gezinnen, indien zij het plafond bereiken dat is vastgesteld op basis van hun belastbare inkomen. De terugbetaling van de kosten boven het betreffende plafond worden via belastingteruggave geregeld. Deze terugbetaling geschiedt vanwege de het fiscale circuit pas twee jaar na datum (11).

Inkomenscategorie	Eigen bijdrage plafond (op jaarbasis)
Voorkeursregeling (WIGW)	450
< 13.730,98	450
13.730,99 – 21.108,82	650
21.108,83 – 28.486,66	1000
28.486,67 – 35.557,09	1400
35.557,10 – 50.825,12	1800
> 50.825,13	2500

Tabel 2. Remgeld (eigen bijdrage) in euro op jaarbasis per inkomenscategorie in 2002

Voor elk kind tot en met 15 jaar bedraagt het plafondbedrag €650 ongeacht het inkomen van het gezin waar het kind deel van uitmaakt. Indien het inkomen van dit gezin echter minder is dan €13730,98 geldt het plafondbedrag van €450 (11).

De beoogde gezondheidskosten in het kader van de Maximumfaktuur zijn de wettelijk erkende remgelden en eigen bijdragen voor terugbetaalbare verstrekkingen van artsen, specialisten (in en buiten het ziekenhuis), paramedici, geneesmiddelen van categorie A en B en het persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs in het ziekenhuis (beperkt tot dag 90 in een algemeen ziekenhuis en dag 365 in

een psychiatrisch ziekenhuis. Kosten voor de verzekerde die in dit verband niet meegerekend mogen worden zijn die voor geneesmiddelen uit de categorieën C, Cs, Cx en D, kosten voor diensten als ziekenhuisverpleging (care) en supplementen berekend door huisartsen en specialisten (11).

c) Zorgforfait voor chronisch zieken

Chronisch zieken hebben recht op een zorgforfait, een vast bedrag van €250 per jaar. Voor zwaar incontinentie patiënten geldt een forfait van €375 {Persbericht Minister van Begroting Van de Lanotte; oktober 2002}

d) Globaal medisch dossier

Het aanleggen van een Globaal Medisch Dossier wordt aangemoedigd om patiënten ertoe aan te zetten zich zo veel mogelijk tot dezelfde huisarts te richten en op die manier overbodige onderzoeken of tegenstrijdige behandelingen te vermijden. Vroeger betaalden 50- plussers al minder remgeld met een dergelijke regeling. Sedert mei 2002 betaalt iedereen die een GMD laat aanleggen 30% minder remgeld op het tarief voor een raadpleging bij de huisarts {Persbericht; Minister van Begroting Van de Lanotte; oktober 2002}.

e) Gratis eerstelijnszorg voor bewoners in achterstandsregio's

Via wijkgezondheidscentra wordt vrije toegang tot deze zorg geboden aan personen die buiten de klassieke zorgstructuren vallen (5).

3.3 Frankrijk

Alle ingezetenen van Frankrijk zijn verplicht verzekerd voor ziektekosten middels de nationale publieke ziektekostenverzekering. Tot voor kort was aanspraak op de verzekering gebaseerd op de arbeidsrechtelijke status. Een klein deel van de populatie viel buiten dit systeem en maakte als zodanig geen aanspraak op de publieke ziektekostenverzekering. In 2000 ging een nieuwe wet van kracht (Couverture Maladie Universelle (CMU) die aanspraak op de publieke zorgverzekering mogelijk maakte voor iedere ingezetene van Frankrijk.

Het Franse verzekeringsstelsel voorziet in toegang tot een breed en kwalitatief zorgaanbod voor de gehele populatie. De verplichte publieke verzekering dekt over het algemeen het merendeel van de kosten voor geconsumeerde zorg terwijl het overige deel (procentuele eigen bijdragen) ten laste komt van de verzekerde. Meer dan 90% van de populatie heeft deze eigen betalingen herverzekerd middels een private aanvullende verzekering bij een profit of een non-profit aanbieder.

Het Franse zorgstelsel is voornamelijk gefinancierd door belastinginkomsten en sociale ziektekosten premies van werknemers en werkgevers. Daarnaast komt ongeveer een kwart van de totale zorgbestedingen uit private middelen, waarvan de helft uit eigen betalingen en de andere helft uit private aanvullende verzekeringen (12).

Gezondheidszorg wordt ingekocht en gefinancierd door ziektekostenverzekeringen en de overheid en aangeboden door private artsen (en specialisten) in de ambulante sector en door private (profit) en publieke (non-profit) ziekenhuizen. Artsen en specialisten werken volgens een *fee for service* systeem op basis van wettelijke tarieven, terwijl artsen in ziekenhuizen een vastgesteld salaris ontvangen. Ongeveer 38% van de specialisten en 15% van de huisartsen in de private ambulante sector hebben zich niet geconformeerd aan de wettelijke tarieven en mogen een hoger tarief vragen.

Er is sprake van drie grote ziektekostenverzekeringregimes (naast enkele kleine) waarvan de Algemene Verzekering (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)) de grootste is. Ongeveer 83% van de bevolking is aangesloten bij dit verzekeringsregime. Ingezetenen worden automatisch op basis van professe aan een regime toegewezen. Sinds 2001 dekken de verschillende regimes allen een identiek basispakket van zorgvoorzieningen (13).

Het algemene regime vormt samen met regionale (Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM)) en lokale (Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)) verzekeringsuitvoerders een privaat stelsel dat als geheel een publieke ziektekostenverzekering (l'assurance maladie) mogelijk maakt. Dit stelsel heeft in het gehele land artsen, tandartsen, paramedici en apothekers onder contract (14).

Verzekeringsgerechtigden

Alle ingezetenen zijn verplicht zich aan te sluiten bij het verzekeringsregime van hun beroepsgroep. Familie van werknemers is automatisch meeverzekerd voor ziekte, net als andere mensen die uitkeringsgerechtigd zijn zoals werklozen, chronisch zieken en gepensioneerden.

Het grootste verzekeringsregime is het algemene regime waar ongeveer 80% van de bevolking (47 miljoen Fransen) bij aangesloten is. Er bestaat ook een agrarisch regime (met ongeveer 5 miljoen Fransen) en een autonoom regime voor Fransen met een vrij beroep (ongeveer 3,5 miljoen Fransen). Daarnaast bestaan enkele speciale regimes, bijvoorbeeld voor de marine, spoorwegpersoneel en ambtenaren) die gezamenlijk ongeveer 2,5 miljoen Fransen beschermen (5).

Elke ingezetene die niet in het sociale zekerheidsstelsel viel (ongeveer 1% van de populatie) en als zodanig niet publiekelijk was verzekerd voor ziektekosten, valt sinds 2001 onder een speciale wet

(Couverture maladie universelle) en kan daarmee aanspraak maken op alle zorgvoorzieningen die ook onder de publieke ziektekostenverzekeringen vallen. In feite genieten deze personen meer rechten omdat ze (gedeeltelijk) gevrijwaard blijven van eigen betalingen bij het consumeren van zorg.

Wettelijke zorgaanspraken (15) (16)

In Frankrijk geldt in principe onbeperkt toegang tot medische zorg; patiënten kunnen een huisarts raadplegen zo vaak ze willen en hebben geen verwijzing nodig om een specialist te raadplegen. Er is geen poortwachtersysteem.

Over het algemeen dekt de publieke basisverzekering slechts een percentage van de kosten van de geconsumeerde zorg. Zo bedraagt de vergoeding voor extramurale zorg door artsen en specialisten ongeveer 70%, voor medische hulpmiddelen en diagnostiek 60%, voor ziekenhuisbehandeling ongeveer 80% en voor de meeste receptgeneesmiddelen 65%. Het niet vergoedde deel komt ten laste van de patiënt maar wordt in de praktijk herverzekerd bij een private verzekeraar.

Vergoeding onder de publieke verzekering vindt plaats op basis van wettelijk vastgestelde tarieven en vergoedingslimieten van de diverse medische verstrekkingen. Deze tarieven en vergoedingslimieten staan onder beheer van het Algemene Verzekeringsregime (CNAMTS) en staan vermeld in een zogenoemde positieve lijst van medische verstrekkingen: de Nomenclatuur.

In deze Nomenclatuur kunnen twee lijsten onderscheiden worden:

- a) Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)
- b) Catalogue des actes médicaux (CdAM)

De NGAP definieert de tarieven voor medische verrichtingen in de private sector en de CdAM doet dit voor de ziekenhuissector. Deze twee lijsten zijn recentelijk vervangen door een nieuwe Nomenclatuur, de Classification commune des actes médicaux (CCAM) die voor de hele sector (privaat en publiek) tarieven en vergoedingslimiet beschrijft voor iedere specifieke medische verstrekking. De CCAM is in 2000 geïntroduceerd en moet in 2004 volledig operationeel zijn (14).

Naast de CCAM bestaat een lijst die de tarieven en vergoedingslimieten beschrijft voor biologische diagnostische verrichtingen, de Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

De publieke ziektekostenverzekering dekt niet de kosten voor verzorging en huisvesting van ouderen en hulpbehoevenden volwassenen via een verzorgingshuis of de thuiszorg. Deze voorzieningen vallen onder de verantwoordelijkheid van lokale overheden. Kosten verbonden aan medische hulp in

verzorgingshuizen geboden door medische professionals, (huis)artsbezoeken, verpleegkundige zorg en geneesmiddelen komen echter wel voor rekening van de publieke ziektekostenverzekering (13).

Voor vergoeding van zorgverstrekkingen geldt een aantal principes (12):

1) de verzekerde is in principe vrij om de zorgverlener te kiezen en in het algemeen zijn er geen limieten gesteld aan het volume van vergoede service of verstrekkingen. Artsen zijn vrij om verstrekkingen of service voor te schrijven maar worden wel geacht bepaalde medische richtlijnen te volgen.

2) Om in aanmerking te komen voor vergoeding dienen diagnostiek, behandeling, geneesmiddelen en protheses:

a) worden voorgeschreven door een zorgverlener of instituut erkend door het verzekeringsstelsel.

b) voor te komen op de positieve lijsten voor medische service en verstrekkingen.

De hoogte van de wettelijke vergoeding is gebaseerd op een voor de betreffende verstrekking vastgesteld tarief en de eventueel daaraan gerelateerde vergoedingslimiet.

Kosten voor verzekerde en eigen betalingen

Het Franse zorgstelsel is voornamelijk gefinancierd door belastinginkomsten en sociale ziektekosten premies van werknemers en werkgevers. Daarnaast komt ongeveer een kwart van de totale zorgbestedingen uit private middelen, waarvan de helft uit eigen betalingen en de andere helft uit private aanvullende verzekeringen. Sinds 1979 is het private aandeel in de bekostiging van de zorg voortdurend gestegen. In 2000 bedroeg dit aandeel 23,5% (12).

Het totale zorgkostenplaatje voor een verzekerde in Frankrijk bestaat uit een mix van belastingheffing, sociale premies, wettelijke eigen bijdragen en/of particuliere verzekeringspremies en eventueel supplementbetalingen.

a) Belastingheffing

Het grootste deel van de werknemersbijdrage aan de publieke ziektekostenverzekering wordt geïnd via de belasting en bedraagt 5.25% van het bruto inkomen {Consult Public Health expert Hôpital Henri Mondor 17.03.03}. Voor gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden is dit 3.95% van het inkomen.

b) Sociale premies

De sociale premiestelling voor de publieke ziektekostenverzekering bedraagt voor werknemers (Algemene Regime) 0.75% van het bruto inkomen. Er geldt geen plafond voor deze sociale bijdrage.

Voor de werkgever geldt een werkgeversbijdrage van 13.55% van het bruto inkomen. Ook in dit geval is geen plafond ingesteld.

Voor zelfstandigen en boeren gelden andere premiestellingen waar wel een plafond ingebouwd is (17).

c) Wettelijke eigen bijdragen

De verplichte publieke verzekering dekt over het algemeen het merendeel van de (getarifeerde) kosten voor geconsumeerde zorg terwijl het overige deel van het tarief ten laste komt van de verzekerde in de vorm van zogenoemde procentuele eigen bijdragen. De hoogte van het percentage eigen bijdrage is afhankelijk van de verstrekking, daarnaast gelden vrijstellingen voor aan bepaalde ziekten gerelateerde kosten en voor bepaalde sociale groepen.

In principe geldt er geen plafond aan het totaal aan eigen betalingen dat ten laste van een verzekerde kan komen. Deze procentuele eigen bijdragen worden over het algemeen herverzekerd middels een private aanvullende (complementaire) verzekering bij een profit of non-profit (Mutuelle) aanbieder.

d) Supplementbetalingen

Artsen en specialisten in de ambulante sector werken op een fee for service basis. De honoraria worden voor iedere beroepsgroep per handeling op nationaal niveau overeengekomen door de grote verzekeringsregimes (voornamelijk CNAMTS) en de beroepsgroepen. De overeengekomen tarieven worden door de overheid geaccordeerd. De publieke ziektekostenverzekering vergoedt een vastgesteld percentage van deze tarieven, het resterende deel van het tarief is voor rekening van de verzekerde. Dit deel wordt in principe herverzekerd bij een private aanbieder.

Artsen en specialisten zijn vrij om zich al dan te binden aan deze tarieven. Ongeveer 38% van de specialisten en 15% van de huisartsen in de private ambulante sector hebben zich niet geconformeerd aan de wettelijke tarieven en mogen een hoger tarief vragen dan het wettelijke tarief. De hoogte van deze honoraria kan oplopen tot 200 - 300% van het officiële tarief {Consult Public Health expert Hôpital Henri Mondor 18.03.03 }.

e) Private aanvullende verzekeringen

In 2000 had 86% van de populatie een vrijwillige aanvullende (complementaire) private ziektekostenverzekering. Daarnaast kregen in 2000 gerechtigden onder de Couverture Maladie Universelle ook een gratis aanvullende ziektekostenverzekering die onder andere voorzag in de herverzekering van eigen betalingen. Daarmee kwam de dekking van de populatie onder een private

aanvullende verzekering op meer dan 90%. Ongeveer 55% van de private aanvullende verzekeringen wordt door werkgevers aangeboden aan hun werknemers. Commerciële aanbieders baseren hun premiestelling vaak op leeftijd en (zelf gerapporteerde) gezondheidsstatus, mutuelles hanteren collectieve premies (13).

Private verzekeringen dekken meer dan de helft van het totaal aan private bestedingen aan medische zorg en middelen. Het relatieve aandeel van private verzekeringen dan wel van directe eigen betalingen door de verzekerde (zogenoemde out of pocket costs) is echter sterk afhankelijk van het aandachtsgebied. Zo wordt 85% van de private bestedingen (wettelijke eigen bijdragen plus supplementen en buiten-pakket bestedingen) voor extramurale zorg door artsen en specialisten gedekt door de aanvullende verzekering (en 15% middels *out of pocket* betalingen), terwijl voor tandartszorg slechts 56% door deze verzekering gedekt wordt. De private bestedingen voor geneesmiddelen worden in gelijke mate gedragen door verzekering en consument (12).

Vrijstelling en compensatie van eigen betalingen

Hoewel de publieke zorgverzekering een zeer breed en kwalitatief zorgpakket aanbiedt voor sociaal verzekerden kent het systeem ook tekortkomingen:

Tot 2000 (voor invoering van de CMU, zie hieronder) kon niet iedere ingezetene van Frankrijk door zijn/haar sociale status rechtmatig aanspraak maken op het systeem van de sociale zekerheid en kon daardoor niet gebruik maken van de publieke volksverzekering. Voor deze specifieke groep was de toegang tot kwalitatieve zorg vanwege financiële niet gewaarborgd.

Omdat bij het consumeren van zorg een significant deel van de kosten niet door de publieke verzekering gedekt wordt maar ten laste komt van de verzekerde kan dit een financiële drempel vormen voor armlastige verzekerden. Daarnaast komen supplementbetalingen in de extramurale sector veelvuldig voor en zijn de werkelijke kosten voor bijvoorbeeld brillen en tandprothesen veel hoger dan de wettelijke vergoeding.

Tot 2000 bestonden er voor de laagste inkomens lokale compensatieprogramma's die de kosten voor wettelijke eigen bijdragen op zich namen. Zowel de toelatingscriteria als de dekking van deze lokale regelingen verschilden op regionaal niveau. In 1998 was ongeveer 2% van de bevolking gedekt door deze programma's.

Couverture Maladie Universelle (CMU) (18)

In januari 2000 werd een nationaal complementair publiek verzekeringsprogramma gestart, de Couverture Maladie Universelle (CMU) genaamd. Deze aanvullende verzekering heeft als doel om de

bestaande financiële barrières tot toegankelijke zorg weg te nemen voor die personen met een inkomen onder de daartoe vastgestelde limiet. Ongeveer 10% van de bevolking komt als zodanig in aanmerking voor deze regeling. In juni 2001 waren 4,5 miljoen personen verzekerd onder deze regeling (ongeveer 7% van de populatie) (12).

Om aanspraak te maken op de regeling CMU gelden de volgende maximale inkomenslimieten (verkregen uit dienstverband of via uitkering) (19):

Sociale status	Netto inkomenslimiet
Alleenstaande:	€ 562 per maand
Huishouden van 2 personen:	€ 843 per maand
Huishouden van 3 personen:	€ 1012 per maand
Huishouden van 4 personen:	€ 1180 per maand
Huishouden van 5 personen:	€ 1404 per maand

De CMU biedt de volgende voordelen aan gerechtigden:

- a) ontheffing van alle wettelijke procentuele eigen bijdragen
- b) niet-geconventioneerde artsen en specialisten mogen bij behandeling van een CMU gerechtigde alleen het wettelijk tarief in rekening brengen en dus geen supplement.
- c) aanspraak op een vaste vergoeding (bovenop de wettelijke vergoedingslimiet) voor de aanschaf van brillen, tandprothesen en enkele andere verstrekkingen die veel hoger geprijsd zijn dan de wettelijke vergoeding.

Tenslotte is het voor CMU gerechtigden niet nodig kosten voor zorgconsumptie zelf vooruit te betalen maar worden deze kosten direct door de verzekeraar betaald. De CMU biedt feitelijk gratis toegang tot medische zorg in de vorm van natura (12).

CMU gerechtigden zijn in principe wel de belastingheffing en sociale premies voor de publieke basisverzekering verschuldigd voor zover deze personen daar wettelijke gezien tot verplicht zijn.

Vrijstelling op basis van medische indicatie en ziekteduur

In totaal 30 ziekten zijn onder auspiciën van de Hoge Medische Commissie van de sociale verzekering opgenomen en uitvoerig beschreven in de Liste des Affections longue durée exonérantes. Verzekerden lijdend aan deze ziekten en verzekerde familieleden zijn volledig vrijgesteld van wettelijke eigen bijdragen. De betreffende ziekten staan opgenomen in tabel 3 (14):

Hersenbloeding	Ziekte van Parkinson
Beenmergaandoeningen of bloedceldeficiënties	Erfelijke stofwisselingsaandoeningen
Chronische ischemische vaataandoeningen	Mucoviscidose
Gecomplieerde schistosomiasis	Ernstige chronische nieraandoeningen en nierziekten
Ernstig hartfalen	Dubbelzijdige verlammingen
Chronische leverzieken of cirrhosis	Knoestige ontstekingen, erythematueze uitgezaaide huidziekte en algemeen verspreidende huidverhardingen
Ernstige immuundeficiëntie en HIV infectie	Progressieve reumatoïde polyarthritis
Diabetes mellitus type I en II	Psychose, ernstige persoonlijkheidsstoornissen
Ernstige spieraandoeningen en epilepsie	Colitis ulcerosa en progressieve ziekte van Crohn
Aan hemoglobine gerelateerde aandoeningen	Atherosclerose
Hemofilie	Progressieve structurele scoliose
Ernstig verhoogde bloeddruk	Ernstige reumatische ontsteking van wervelgewrichten
Coronaire aandoeningen	Uitvloeisels van orgaantransplantaties
Ernstige chronische ademhalings-insufficiëntie	Actieve tuberculose
Lepra	Kwaadaardige tumor of aandoening aan lymfe of bloedvormend stelsel

Tabel 3. Liste des Affections longue durée exonérantes

Verzekerden met hoge behandelingskosten of met ziekten en aandoeningen niet opgenomen in deze lijst die continue behandeling van langer dan 6 maanden noodzakelijk is, kunnen op aanvraag van hun arts, met toestemming van de verzekeraar, ook aanspraak maken op vrijstelling. Daarnaast geldt dat verzekerden die langer dan 30 dagen in een ziekenhuis verblijven zijn vrijgesteld van verdere eigen betalingen (5).

3.4 Verenigd Koninkrijk

Het Verenigd Koninkrijk kent een nationaal zorgsysteem, de National Health Service (NHS), dat op basis van natura kosteloos toegang tot medische zorg biedt aan iedereen die als permanent resident geregistreerd staat.

Iedere inwoner van het VK maakt dus automatisch aanspraak op het zorgaanbod van de NHS. De geboden zorg is in principe niet in detail gedefinieerd. Echter, de Secretary of State is wettelijk verplicht om zorg te bieden “in die mate die hij nodig acht om in alle redelijke vereisten te voorzien”.

De verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg is in het Verenigd Koninkrijk overgedragen aan de vier countries die samen het Verenigd Koninkrijk vormen: Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland. In al deze regio's is de zorg voornamelijk direct gefinancierd via de (nationale) belasting.

In elk van deze regio's ligt de verantwoordelijkheid voor het inkopen van zorg bij lokale organisaties (Primary Care Trusts (PCTs) in Engeland, Health Boards in Schotland, lokale zorgorganisaties in Wales en Primary Care Partnerships in Noord-Ierland). In Engeland hebben de PCTs de taak om zorg

in te kopen en aan te bieden aan de inwoners van de betreffende regio. Doorgaans hebben PCTs de verantwoordelijkheid om zorg aan te bieden aan een populatie van 50000 tot 250000 inwoners. De taak van inkopen en aanbieden van zorg (*commissioning*) lag vroeger bij de zogenoemde Health Authorities maar moet in 2004 in principe volledig bij de PCTs te zijn ondergebracht.

De NHS biedt zowel eerstelijnszorg verleend door o.a. huisartsen en multidisciplinaire teams in gezondheidscentra (gebudgetteerd via een hoofdelijke omslag) als intramurale zorg verleend in publieke ziekenhuizen. Deze publieke ziekenhuizen hebben doorgaans een onafhankelijke trustee status. Private ziekenhuizen leveren voornamelijk diensten aan privaat verzekerden of aan personen die bereid zijn direct te betalen (13).

De NHS biedt een breed pakket van medische noodzakelijke zorg voor iedere inwoner van het VK. Een klein deel van de populatie (ongeveer 11.5%) heeft een aanvullende private verzekering die kosten dekt van bijvoorbeeld een hoger serviceniveau of van verstrekkingen die niet door de NHS worden aangeboden. Deze groep privaat verzekerden bestaat grotendeels uit personen uit de hoge inkomensgroep (40% van deze verzekerden behoort tot de hoogste inkomensgroep en 5% behoort tot de laagste inkomensgroep). De premievaststelling voor deze private verzekeringen is niet gereguleerd maar de premies zijn risico-gerelateerd op individuele of groepsbasis. Van de totale bevolking heeft 8% een private (collectieve) verzekering. De premies voor de individuele verzekering zijn het afgelopen decennium aanzienlijk gestegen met een piek in 2000. De premiestijging voor de groepsverzekeringen (via de werkgever) is veel minder sterk geweest en de gemiddelde premie voor individuen is zodoende hoger dan de gemiddelde premie voor groepsverzekerden (13).

Verzekeringsgerechtigden

Iedere rechtmatige inwoner van het VK kan aanspraak maken op zorg geboden door de National Health Service.

Wettelijke zorgaanspraken

De geboden zorg is in principe niet in detail gedefinieerd. Anders dan in bijvoorbeeld Frankrijk en België, worden verstrekkingen waar men onder de NHS aanspraak op kan maken niet gespecificeerd in een algemene positieve lijst zoals een Nomenclatuur. Echter, volgens de National Health Service Act 1977 is de Secretary of State wettelijk verplicht om zorg te bieden “in die mate die hij nodig acht om in alle redelijke vereisten te voorzien”.

In het algemeen kan gesteld worden dat de NHS alle medisch noodzakelijke varianten van (curatieve) zorg aanbiedt zoals eerste en tweedelijnszorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, rehabilitatie en

intermediate care en diverse hulpmiddelen. De NHS biedt ook toegang tot tandheelkundige zorg maar in tegenstelling tot andere vormen van zorg is dit niet gratis maar op basis van vergoeding. Deze vergoeding bedraagt ongeveer 20% van de kosten van een beperkt aantal behandelingen gericht op preventie en onderhoud.

Gesteld kan worden dat de NHS (laagdrempelige) toegang biedt aan een niet nader gedefinieerd basispakket van medisch noodzakelijke zorg met uitzondering van tandheelkundige zorg, bepaalde vormen van paramedische zorg en bepaalde hulpmiddelen. Verder kan gesteld worden dat innovaties relatief langzaam doorgevoerd worden, er voor bepaalde verstrekkingen regionale verschillen in aanbod bestaan en dat bij bepaalde specialismen de toegang tot zorg wordt belemmert kan worden door relatief lange wachtlijsten.

De verantwoordelijkheid voor langdurige zorg thuis voor ouderen en zorg voor geestelijk gehandicapten wordt gedeeld tussen (lokale) sociale diensten en de NHS.

In de NHS is het zo dat in de regulering van toegankelijkheid en verdeling van het zorgaanbod de arts als voorschrijver centraal staat. Het is iedere keer opnieuw aan de arts om te bepalen of het toekennen van een medische verstrekking aan een individu op grond van de diagnose gerechtvaardigd en verantwoord is. Hoewel de arts zich moet beperken tot het aanbod van NHS verstrekkingen, gelden er geen nationale voorschriften of regels voor het al dan niet voorschrijven van bijvoorbeeld specifieke medisch-specialistische behandelingen, paramedische hulp of geneesmiddelen. Echter, indirect is de arts wel gebonden aan behandel- en voorschrijfrichtlijnen die door de betreffende PCT zijn opgesteld uit doelmatigheid en kosten overwegingen. De arts is in principe een autonome voorschrijver ten aanzien van de individuele patiënt maar kan tegelijkertijd wel door de PCT op zijn/haar voorschrijfgedrag worden aangesproken daar dit door de dezelfde PCT gevolgd en geregistreerd wordt.

Naast de rol van de arts als voorschrijver en gatekeeper wordt het zorgaanbod dus gereguleerd door de Primary Care Trusts. Het is de taak van de PCTs om binnen de grenzen van hun budget aan alle inwoners een zorgpakket aan te bieden dat op een optimale en doelmatige manier voorziet in de noodzakelijke medische zorg. Dat doen zij door zorg te dragen voor het inkopen van voldoende zorgaanbod (middels het contracteren van zorgverleners) en door financiële middelen middels een prioriteringsproces toe te kennen aan de diverse zorgvoorzieningen. Door regionale verschillen in risicopopulatie, budget en prioriteitsstelling komt het voor dat de NHS zorgaanspraken per regio kan verschillen. Dit verschijnsel noemt men postcode prescribing.

Teneinde regionale ongelijkheden in zorgaanpakken tegen te gaan, kent de NHS sinds relatieve korte tijd een centraal reguleringsmechanisme in de hoedanigheid van het National Institute for Clinical Excellence (NICE). NICE is een NHS orgaan dat op basis van 'health technology assessment' onderzoek adviezen uitbrengt ten aanzien van het aanbieden van (nieuwe) specifieke zorgverstrekingen, waaronder veel geneesmiddelen. Doelstelling van de adviezen van NICE is het bevorderen van kwalitatieve en doelmatige gezondheidszorg. NICE evalueert de (kosten)effectiviteit van specifieke verstrekingen en verbindt daar behandelrichtlijnen aan die zoveel mogelijke tegemoet komen aan sociale, medische en economische belangen. De centrale adviezen van NICE zijn in toenemende mate zodanig bindend voor de PCTs dat deze budgettaire voorzieningen moeten treffen om deze verstreking aan te kunnen bieden op de wijze en mate zoals aangegeven in het NICE advies.

Kosten voor verzekerde en eigen betalingen

Inwoners van het VK zijn verplicht bij te dragen aan de financiering van het zorgstelsel middels belastingheffing enerzijds en betaling van een premie voor de publieke ziektekostenverzekering anderzijds. Naast deze verplichte publieke componenten kunnen eigen betalingen voorkomen bij het consumeren van bepaalde verstrekingen en betaalt een klein deel van de populatie premies voor (aanvullende) private verzekeringen (13).

Inkomstenbelasting

Een deel van de inkomstenbelasting in het Verenigd Koninkrijk wordt aangewend ter financiering van het zorgstelsel.

Premie publieke Ziektekostenverzekering

Naast de indirecte bijdrage via de belasting betaalt iedere inwoner van het VK een sociale inkomensafhankelijke ziektekostenpremie. Deze premie bedraagt 10% van het inkomen tussen GBP 87 en GBP 575 p/week (13).

Eigen Betalingen

Wettelijke eigen bijdragen en bijdragen zijn niet structureel en algemeen aanwezig maar gelden alleen voor tandheelkundige zorg, het uitschrijven van een receptgeneesmiddel, oogtesten en bepaalde hulpmiddelen.

De eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg aan volwassenen bedraagt grofweg 80% van de kosten voor diagnose, preventie en behandeling. Kinderen hebben recht op gratis tandheelkundige zorg.

Voor iedere uitgeschreven geneesmiddelrecept geldt een nominale eigen bijdrage van € 9,50.

Diverse hulpmiddelen worden tot een bepaalde limiet vergoed; het restant van de kosten komt voor rekening van de patiënt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij brillen/lenzen, pruiken, incontinentiemateriaal en hoorapparaten.

Premie private ziektekostenverzekering

Ongeveer 8% van de populatie heeft een aanvullende dan wel volledige private ziektekostenverzekering, waarvan 5% door de werkgever wordt aangeboden (13).

Vrijstelling en compensatiemechanismen

Voor bepaalde groepen geldt voor een aantal verstrekkingen een gedeeltelijke of volledige ontheffing van de verplichte eigen betalingen. In dit zogenoemde NHS *Help with help* programma gaat het om de volgende groepen:

- Kinderen onder 16 jaar
- Schoolgaande kinderen onder 19 jaar
- Zwangere vrouwen
- Uitkeringsgerechtigden
- Personen met bepaalde ziekten

In het geval van tandheelkundige zorg geldt de ontheffingsregel niet voor vullingen en kronen. Voor tandheelkundige zorg is voor deze groepen echter wel een plafond ingesteld van GBP 366 per jaar. Indien het totaal aan eigen betalingen op jaarbasis deze limiet overschrijdt geldt een ontheffing van eigen betalingen voor verdere noodzakelijke tandheelkundige zorg.

3.5 Duitsland

De organisatie van het Duitse zorgstelsel is een afspiegeling van het politieke systeem waar federalisme en corporatisme hand in hand gaan. De verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg wordt gedeeld door centrale en regionale autoriteiten alsmede organisaties die medische professionals, zorgverleners en zorgverzekeraars vertegenwoordigen.

Ongeveer 88% van de populatie is verzekerd onder de publieke ziektekostenverzekering (Gesetzliche Krankenversicherung) op basis van restitutie. Daarvan is 74% verplicht verzekerd (inclusief hun meeverzekerden) en is ongeveer 14% (inclusief hun meeverzekerden) vrijwillig verzekerd. Ongeveer 9% van de populatie is privaat verzekerd en 2% geniet gratis gezondheidszorg op basis van natura (o.a. politieambtenaren en militairen). Ongeveer 0.2% van de bevolking is niet verzekerd voor ziektekosten.

Het Duitse zorgstelsel wordt grotendeels gefinancierd uit verplichte sociale premiebetalingen door zowel werkgevers als werknemers. Een klein deel (8,4%) van de zorguitgaven wordt gefinancierd uit belastingsinkomsten (13). Sinds de jaren negentig is het financieringsaandeel afkomstig uit de belastingen gedaald en het financieringsaandeel uit het sociale stelsel gestegen (13).

De uitvoering van de publieke ziektekostenverzekering is georganiseerd via 420 ziekenfondsen (Krankenkassen). Deze ziekenfondsen zijn georganiseerd naar 7 regimes: 17 algemene regionale fondsen (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK); 13 vervangingsfondsen (Ersatzkassen); 337 bedrijfsfondsen (Betriebskrankenkassen); 32 inningsfondsen (Innungskrankenkassen); 20 fondsen voor agrariërs (Landwirtschaftliche Krankenkassen); 1 mijnwerkersfonds (Bundesknappschaft) en 1 fonds voor zeevarenden (Seekrankenkassen).

De verschillende typen fondsen hebben op landelijke niveau elk een centrale organisatie, het zogenoemde Landesverband.

In tegenstelling tot voorheen heeft sinds 1996 een verzekerde vrije keuze van ziekenfonds en (sinds 2001) het recht zo vaak als men wilt van ziekenfonds te veranderen (er geldt een minimale verbindingstermijn van 18 maanden). Alle regionale en vervangingsfondsen hebben een acceptatieplicht. De bedrijfsfondsen mogen zelf kiezen om zich open te stellen (met acceptatieplicht) dan wel gesloten te blijven. Voor de fondsen voor agrariërs, mijnwerkers en zeevarenden geldt nog steeds dat betrokkenen aan deze fondsen worden toegewezen. Verschillen in inkomsten en uitgaven tussen fondsen voortvloeiend tussen verschillen in inkomensniveaus van verzekerden en risicospreiding worden centraal gecompenseerd via een daartoe ingestelde kas.

Duitsland kent de grootste private verzekeringsmarkt van Europa. Private verzekeringen komen in de volgende hoedanigheid voor:

- 1) volledige private ziektekostenverzekering voor niet publiek verzekerden (9% van de populatie)
- 2) aanvullende supplementaire ziektekostenverzekering voor publiek verzekerden

Private verzekeraars zijn in principe verplicht in ieder geval een pakket vergelijkbaar aan het publieke pakket aan te bieden tegen een gelijkwaardige premie. Daarnaast zijn vele variaties in pakketsamenstelling en premiestelling mogelijk.

Extramurale en intramurale zorg zijn in Duitsland in principe gescheiden; in ziekenhuizen wordt nauwelijks ambulante (extramurale) zorg verleend. Extramurale zorg wordt verleend door private aanbieders (huisartsen en specialisten) op een fee-for-service basis. Ziekenhuiszorg wordt verleend

door een gemengd aanbod van publieke en private aanbieders waarvan een klein deel op for-profit basis werkt (13).

Verzekeringsgerechtigden

De Duitse sociale wetgeving met betrekking tot de ziektekostenverzekering (Sozialgesetzbuch V (SGB V)) bepaalt dat iedereen die inkomen geniet (tot een bepaalde inkomenslimiet) vanuit een dienstverband (naast nader gespecificeerde groepen als werklozen, gepensioneerden, studenten, invaliden) verplicht verzekerd is onder de nationale publieke ziektekostenverzekering. Kinderen van verplicht verzekerden zijn automatisch en kosteloos meeverzekerd.

Personen wiens inkomen een wettelijk vastgestelde limiet (in 2002 was dit €3375 per maand) overschrijdt zijn ontheven van deze verplichting maar kunnen zich wel vrijwillig verzekeren bij deze publieke verzekering.

Wettelijke zorgaanspraken

De aanspraken op zorg volgens de publieke zorgverzekering staan in algemene bewoordingen beschreven in Sectie V van het Sozialgesetzbuch. Deze publieke verzekering kent twee componenten: een voor de ziektekostenverzekering (Krankenversicherung), en een voor de zorgverzekering (Pflegeversicherung). Beide componenten kennen naast een vergoeding van de ziekte- of zorgkosten ook een vergoeding van gedeerde inkomsten vergelijkbaar met de Nederlandse ziekwet.

Verzekerden onder de Krankenversicherung maken in principe aanspraak op voorzieningen ten behoeve van preventie van ziekten, vroegtijdige opsporing van ziekten en behandeling van ziekten. Daarnaast geldt er aanspraak op vergoeding bij overlijden.

De behandeling van ziekten heeft betrekking op {SGB V; januari 2002}:

- Behandeling door arts of specialist (met inbegrip van psychotherapie)
- Medisch noodzakelijke curatieve tandheelkundige hulp (met in beperkte mate inbegrip van vullingen en kronen)
- Behandeling met farmaceutische middelen, verband – en hulpmiddelen en zg. Heilmittel
- Thuisverpleging en huishoudhulp
- Ziekenhuisbehandeling
- Medische en aanvullende verstrekkingen voor rehabilitatie als Belastungserprobung en ergotherapie.

De uitgangspunten ten aanzien van invulling en voorwaarden van bovengenoemde zorg is wettelijk bepaald en staat nauwkeurig beschreven in de sectie V van het Sozialgesetzbuch. Een nadere invulling wordt overeengekomen en uitgewerkt door landelijke overlegorganen (Spitzenverbände) van de ziekenfondsen {SGB V; januari 2002}.

De ziekenfondsen zijn verplicht om een wettelijke vastgesteld basispakket (Pflichtleistungen) te vergoeden, daarnaast zijn zij vrij om een breder pakket aan te bieden (Zusatzleistungen). Bij een aantal verstrekkingen zijn de aanspraken beperkt of wordt een eigen bijdrage verlangd. Dit is het geval bij geneesmiddelen (een nominale eigen bijdrage per verpakking), uitgebreide curatieve tandheelkundige zorg en orthodontie, ziekenvervoer, paramedische hulp, opname en verblijf in het ziekenhuis (ligdaggelden) en beperkte vergoeding voor brillen en lenzen.

Daarnaast is het zo dat artsen aan een individuele patiënt verstrekkingen (Individuelle Gesundheitsleistungen) kunnen aanbieden die in principe niet door de publieke verzekering worden vergoed. Voor vergoeding van deze verstrekkingen geldt een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds en de noodzakelijkheid van de verstrekking moet door de behandelend arts worden hardgemaakt. De tarieven van deze verstrekkingen zijn gedeeltelijk vrij (20).

In het Duitse verzekeringsstelsel staan op het ogenblik grote wijzigingen ophanden onder de zogenoemde *Gesundheitsreform*. Voor de aanspraken in het basispakket heeft dit onder andere de volgende gevolgen (21):

- invoering van een eigen bijdrage per extramurale verstreking (geneesmiddelen, hulpmiddelen en bepaalde paramedische verstrekkingen) van 10% van behandelingskosten die in hoogte minimaal €5 en maximaal €10 bedraagt
- invoering van een eigen bijdrage van €10 voor een consult aan specialist en huisarts, tenzij deze op verwijzing geschiedt
- Beperking van het aantal vergoedbare geneesmiddelen middels invoering van een positieve geneesmiddelenlijst en de uitsluiting van diverse OTC, 'lifestyle middelen' en middelen waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is aangetoond.
- Beperking van aanspraken bij een aantal specifieke verstrekkingen zoals brillenglazen, IVF en ziekenvervoer in een ambulante setting

Het door het Duitse kabinet ingediende wetsvoorstel betreffende de *Gesundheitsreform* wordt in September 2003 in de Duitse Bundestag behandeld {www.die-gesundheitsreform.de; augustus 2003}.

Kosten voor verzekerde en eigen betalingen

Net als in Frankrijk bestaat het totale zorgkostenplaatje voor een verzekerde in Duitsland uit een mix van belastingheffing, sociale premies, wettelijke eigen bijdragen en/of particuliere verzekeringspremies en eventueel supplementbetalingen.

Belastingheffing

Slechts 8,4% van de totale zorguitgaven wordt gefinancierd uit de belastingsinkomsten. Betalingen voor zorg door de verzekerde via de belasting zijn dus relatief laag te noemen.

Sociale premies

De verzekerde betaalde in 2002 een gemiddelde inkomensafhankelijke, risico-onafhankelijke premie van ongeveer 14% over het bruto maandinkomen tot €3375. De helft van deze sociale premie komt voor rekening van de werkgever en de hoogte van de premie kan verschillen tussen ziekenfondsen.

Bij personen die een inkomen hebben van minder dan €325 per maand wordt alleen het werkgeversdeel ten laste gelegd. Bij gepensioneerden of uitkeringsgerechtigden neemt respectievelijk het pensioenfonds of de uitkeringsinstantie het werkgeversdeel over. Voor agrariërs bestaat een aparte regeling (13).

Wettelijke eigen bijdragen

Voor bepaalde verstrekkingen is een eigen betaling verschuldigd. Dit is het geval bij geneesmiddelen (een nominale eigen bijdrage per verpakking), uitgebreide curatieve tandheelkundige zorg en orthodontie, ziekenvervoer, paramedische hulp, opname en verblijf in het ziekenhuis (ligdaggelden) en beperkte vergoeding voor brillen en lenzen.

In 2002 golden grofweg gesteld de volgende eigen betalingen:

- Ligdaggeld van €9 voor de eerste 14 dagen na opname in een ziekenhuis of een rehabilitatie-inrichting
- Ritvergoeding van € 13 per rit voor ambulancevervoer
- Procentuele eigen bijdrage van 15% voor paramedische hulp
- Procentuele eigen bijdrage van 30 tot 50% voor kronen en bruggen
- Vergoedingslimieten voor brillenglazen en hoortoestellen

Voor ambulante zorg en preventieve tandheelkundige zorg gelden geen wettelijke eigen bijdragen (13).

In de *Gesundheitsreform* wordt dit stelsel van eigen bijdragen grondig herzien en vereenvoudigd. Uitgangspunt is een eigen bijdrage van 10% voor alle extramurale behandelingskosten (geneesmiddelen, hulpmiddelen en paramedische verstrekkingen) die echter minimaal €5 and

maximaal €10 bedraagt. Daarnaast geldt een jaarlijks plafond aan eigen bijdragen ter hoogte van 2% van het bruto jaarinkomen, voor chronische zieken is dit 1%. Daarnaast wordt voor specialisten- en tandartsbezoek een eigen bijdrage ingesteld van €10 per consult en maximaal €10 per kwartaal. Deze bijdrage vervalt indien het consult op verwijzing geschiedt. Bij ziekenhuisopname wordt een eigen bijdrage per ligdag ingesteld van €10 voor maximaal 28 dagen per jaar (21).

Vrijstelling en compensatiemechanismen

Huidige situatie

In de huidige situatie zijn personen met een gering inkomen ontheven van het merendeel van de eigen bijdragen. Hiertoe gelden de volgende inkomensgrenzen (bruto per maand):

Alleenstaande:	€952
Partner of alleenstaand opvoedende met 1 kind:	€1.309
Partner of alleenstaand opvoedende met 2 kinderen:	€1.547
Partner of alleenstaand opvoedende met 3 kinderen:	€1.785
(optelling bij elk ander in aanmerking komend kind)	€238

Daarnaast geldt een terugbetaling van eigen bijdragen die 2% van het brutojaarinkomen overschrijden. Van het brutoinkomen dat voor deze regeling gebruikt wordt, wordt een bedrag afgetrokken van €4,284 voor het eerste familielid en €2,856 voor ieder ander familielid {www.bkk.de; februari 2003}. Verzekerden die gedurende voor behandeling van een aandoening gedurende 1 kalenderjaar meer dan 1% van het bruto jaarinkomen aan eigen bijdragen hebben betaald worden voor de verdere duur van deze aandoening van eigen bijdragen ontheven, mits het om een ‘chronische aandoening’ gaat {SGB V; 01.01.02}.

In uitzonderlijke gevallen van hoge eigen betalingen is fiscale aftrekbaarheid mogelijk (13).

Beoogde nieuwe situatie

Volgens de *Gesundheitsreform* zullen kinderen en jeugdigen tot 18 jaar worden ontheven van eigen bijdragen. Daarnaast geldt een jaarlijks plafond aan eigen bijdragen ter hoogte van 2% van het bruto jaarinkomen, voor chronische zieken is dit 1%. Mogelijk wordt een lijst met chronische ziekten vastgesteld waarbij deze 1% limiet van toepassing zal zijn. Bij de vaststelling van het inkomen als grondslag voor deze limiet wordt per kind een bedrag van €3.648 afgetrokken. Daarnaast zullen compensatieregelingen (*Härtefälle*) voor lage inkomensgroepen in aanmerking worden genomen (21).

4 Huisartsenzorg

4.1 Huisartsenzorg: aanspraken per land

Huisartsenzorg: Nederland (2)

Principe

De verzekerde heeft laagdrempelige toegang tot huisartsenzorg. Deze zorg wordt verleend op basis van natura: de kosten worden niet bij verzekerde in rekening gebracht maar worden verrekend via het derdebetaler principe. Er gelden binnen de normale aanspraken in principe geen beperkingen (zoals bijvoorbeeld een gelimiteerd aantal kosteloze raadplegingen per jaar). De huisarts moet erkend zijn door het ziekenfonds.

Zorgaanspraken

In principe maakt de verzekerde aanspraak op zorg zoals die in de beroepsgroep als gebruikelijk wordt geacht. Dit is in de praktijk: raadpleging en behandeling (in praktijk, bij patiënt thuis en urgent bezoek), diagnostiek (mits medisch geïndiceerd), eenvoudige verrichtingen, voorschrijven van receptgeneesmiddelen en doorverwijzing naar specialist of paramedicus.

De verzekerde is vrij om zijn/haar huisarts te kiezen en kan tweemaal per jaar van huisarts veranderen.

Eigen bijdragen

Geen; de zorg wordt kosteloos aan verzekerde verleend.

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Trends/overig

Hoewel de verzekerde vrije keuze van huisarts heeft is het in de praktijk niet mogelijk te kiezen vanwege een ernstig huisartsentekort. Dit is vooral het geval in grote steden waar veel mensen vaak geen huisarts hebben en in het geval van klachten direct naar het ziekenhuis gaan.

Huisartsenzorg: België

Principe (14) (5)

Verzekerde heeft toegang tot breed pakket van huisartsenzorg. Het stelsel is gebaseerd op restitutie en voorziet in een gedeeltelijke vergoeding van genoten huisartsenzorg. Deze (gedeeltelijke) vergoedingen zijn gebaseerd op wettelijk tarieven die voor iedere verstrekking vastgesteld zijn.

Huisartsenzorg wordt geboden door private artsen die zich al dan niet hebben verbonden (geconventioneerd) aan wettelijke tarieven vastgesteld voor alle gebruikelijke verstrekkingen. Niet-geconventioneerde artsen zijn vrij om voor raadpleging, behandeling en diagnostiek een supplement te vragen dat volledig ter rekening komt van de verzekerde. Verzekerde heeft vrije keuze van een geconventioneerde dan wel niet-geconventioneerde huisarts. De huisarts moet erkend zijn door het ziekenfonds.

Zorgaanspraken

Aanspraak op verstrekkingen en gerelateerde vergoedingen is wettelijk vastgelegd in een algemene positieve lijst, de Nomenklatuur. Dit omvat alle gebruikelijke zorg als raadpleging en behandeling (in praktijk en bij patiënt thuis), diagnostiek, eenvoudige verrichtingen, voorschrijven van receptgeneesmiddelen en doorverwijzing naar specialist of paramedicus.

De aanspraak op restitutie van de kosten van raadpleging, behandeling en diagnostiek is in principe beperkt tot 70% van het wettelijk tarief van de betreffende verstrekkingen. Voor raadplegingen en behandelingen buiten de normale uren kunnen andere tarieven en vergoedingslimieten gelden.

Een Belgische huisarts heeft geen poortwachterfunctie; een specialist kan direct geraadpleegd worden zonder dat daar een verwijzing van de behandelend arts voor nodig is.

Eigen bijdragen

De verzekerde betaalt in principe voor alle verstrekkingen verleend door de huisarts een procentuele eigen bijdrage. In het algemeen bedraagt deze voor raadpleging en behandeling ongeveer 30% het wettelijke tarief. Voor laboratorium diagnostiek bedraagt deze eigen bijdrage ongeveer 40% van het wettelijk tarief:

Consultatie aan praktijk: wettelijk tarief €10,48; vergoeding WIGW doelgroep €9,67; vergoeding standaard € 7,34

Thuisbezoek: wettelijk tarief €15,59; vergoeding WIGW doelgroep €14,09; vergoeding standaard €10,14

Naast wettelijke eigen bijdragen worden door niet-geconventioneerde artsen (15% van de huisartsen) supplementen in rekening gebracht. Voor een willekeurige verrichting kunnen deze supplementen oplopen tot 300% van de wettelijk tarief (6) (8).

Compensatiemechanismen

Hier zijn de algemene compensatiemechanismen van toepassing:

- a) verhoogde vergoeding voor doelgroep (WIGW)
- b) beperking eigen betalingen tot jaarlijkse limiet (Maximumfaktuur) voor alle verzekerden

Deze compensatiemechanismen gelden niet voor supplementbetalingen. Wettelijke eigen bijdragen worden in principe niet privaat herverzekerd.

Trends/overig

Door toenemende supplement toeslagen is er mogelijk sprake van een verminderde toegankelijkheid bij lagere inkomens; sinds 1 juli 2002 wordt huisartsbezoek thuis of in ziekenhuizen bij palliatieve patiënten volledig vergoed, daarvoor werd een eigen bijdrage in rekening gebracht {Persbericht Vandenbroucke 21.06.02}.

Huisartsenzorg: Frankrijk

Principe (5) (22) (22)

De verzekerde heeft toegang tot breed pakket van huisartsenzorg. Het stelsel is gebaseerd op restitutie en voorziet in een gedeeltelijke vergoeding van genoten huisartsenzorg. Deze (gedeeltelijke) vergoedingen zijn gebaseerd op wettelijk tarieven die voor iedere verstrekking vastgesteld zijn. Het niet vergoede deel van het tarief geldt als een eigen bijdrage voor de verzekerde. Deze eigen bijdragen worden over het algemeen volledig privaat herverzekerd (i.t.t. in België) in een aanvullende verzekering van het betreffende ziekenfonds.

Huisartsenzorg wordt geboden door private artsen die zich al dan niet hebben verbonden (geconventioneerd) aan wettelijke tarieven vastgesteld voor alle gebruikelijke verstrekkingen.

Niet-geconventioneerde artsen zijn vrij om voor raadpleging, behandeling en diagnostiek een supplement te vragen dat volledig ter rekening komt van de verzekerde. Ongeveer 15% van de huisartsen is niet geconventioneerd. De verzekerde heeft vrije keuze van een geconventioneerde dan wel niet-geconventioneerde huisarts. De huisarts moet erkend zijn door het ziekenfonds.

Zorgaanspraken

Aanspraak op verstrekkingen en gerelateerde vergoedingen is wettelijk vastgelegd in een algemene positieve lijst, de *Nomenclature*. Dit omvat alle gebruikelijke zorg als raadpleging en behandeling (in praktijk en bij patiënt thuis), diagnostiek, eenvoudige verrichtingen, voorschrijven van receptgeneesmiddelen en doorverwijzing naar specialist of paramedicus. De aanspraak op restitutie van de kosten van raadpleging, behandeling en diagnostiek is in principe beperkt tot ongeveer 70%

van het wettelijk tarief van de betreffende verstrekkingen. De hieruit voortkomende eigen betalingen worden over het algemeen privaat herverzekerd (i.t.t. in België).

Voor raadplegingen en behandelingen buiten de normale uren kunnen andere tarieven en vergoedingslimieten (zie gedetailleerd overzicht); voor thuisbezoeken is de vergoeding afhankelijk van werkelijke urgentie en noodzaak (door de arts te beoordelen).

Een Franse huisarts heeft geen poortwachterfunctie; een specialist kan direct geraadpleegd worden zonder dat daar een verwijzing van de behandelend arts voor nodig is.

Eigen betalingen en bijdragen

De verzekerde betaalt in principe voor alle verstrekkingen verleend door de huisarts een eigen bijdrage. In het algemeen bedraagt deze voor raadpleging, behandeling en diagnostiek ongeveer 30% het wettelijke tarief:

Consultatie aan praktijk:	Wettelijk tarief €20,-; vergoeding basisverzekering € 14
Thuisbezoek:	Indien gerechtvaardigd op medische en/of sociale (bijv leeftijd) of geografische gronden: tarief €30,- + kilometervergoeding: alles volledig vergoed Indien niet gerechtvaardigd: tarief €20,- + supplement + kilometervergoeding: max. €20,- vergoed
Thuisbezoek 's nachts:	Indien gerechtvaardigd: tarief €58,50: + kilometervergoeding: alles volledig vergoed Indien niet gerechtvaardigd: tarief €55,- + supplement + kilometervergoeding: max. €55,-vergoed
Urgent thuisbezoek:	Wettelijk tarief €42,60; vergoeding: 100%

Naast wettelijke eigen bijdragen worden door niet-geconventioneerde artsen (15% van de huisartsen) supplementen in rekening gebracht. Voor een willekeurige verrichting kunnen deze supplementen oplopen tot 200- 300% van het wettelijk tarief {Consult Public Health expert Hôpital Henri Mondor 18.03.03}.

Compensatie-mechanismen

Hier is een algemene compensatiemechanisme op van toepassing, namelijk een vrijstelling van eigen betalingen voor bepaalde groepen (minder valide en zwangeren), ziekten en lage inkomensgroepen (Couverture Maladie Universelle). Dit compensatiemechanisme is niet van toepassing op supplementbetalingen

Trends/overig

In vergelijking met andere landen, kent Frankrijk het hoogste percentage van thuisbezoeken door de huisarts. Vergoeding van huisbezoek sinds 2002 aan nadere voorwaarden verbonden i.v.m.

capaciteitsproblemen (14); Het aandeel eigen bijdrage voor algemene extramurale medische verrichtingen is sinds 1993 gestegen van 25% naar 30% (5).

Huisartsenzorg: Verenigd Koninkrijk

Principe (13)

Verzekerde heeft laagdrempelige toegang tot huisartsenzorg. Deze zorg wordt verleend op basis van natura: kosten worden niet bij de verzekerde in rekening gebracht maar worden verrekend via het derdebetalers principe. Er gelden binnen de normale aanspraken in principe geen beperkingen (zoals bijvoorbeeld een beperking van het aantal kosteloze raadplegingen per jaar). De huisarts moet erkend zijn door de NHS.

Zorgaanspraken

De aanspraak op huisartsenzorg bestaat uit: raadpleging en behandeling (in praktijk en bij patiënt thuis), diagnostiek, eenvoudige verrichtingen, voorschrijven van receptgeneesmiddelen en doorverwijzing naar specialist of paramedicus. Deze diensten worden kosteloos verleend.

In principe maakt de verzekerde aanspraak op zorg zoals die in de beroepsgroep als gebruikelijk wordt geacht. Voor hulp in noodgevallen op onregelmatige tijden is in principe een plaatselijke waarnemer (kosteloos) beschikbaar. Daarnaast is er een 24 uur per dag telefonische NHS hulplijn beschikbaar.

De verzekerde heeft in principe vrije keuze voor een huisarts mits deze de verzekerde toelaat, anders krijgt verzekerde een arts toegewezen; de keuze van de huisarts is in principe beperkt tot de regio.

Eigen betalingen en bijdragen

Alle zorg wordt kosteloos aan de verzekerde verleend, met uitzondering van het voorschrijven van receptgeneesmiddelen. Per uitgeschreven recept wordt een bedrag van €9,50 in rekening gebracht (strikt genomen is dit een vergoeding voor de apotheker)

Compensatiemechanismen

Voor de betaling van het recept zijn NHS kortingsbonnen beschikbaar voor personen die afhankelijk zijn van veelvuldig geneesmiddelen gebruik of voor personen die in de doelgroep vallen (zie sectie 3.4).

Trends/overig

Over het algemeen is de huisartsenzorg goed toegankelijk en kan een urgent consult in principe nog dezelfde dag plaatsvinden (13)

Huisartsenzorg: Duitsland

Principe

De verzekerde heeft laagdrempelige toegang tot huisartsenzorg. Deze zorg wordt verleend op basis van natura: kosten worden niet bij verzekerde in rekening gebracht maar worden verrekend via het derdebetalers principe. Er gelden binnen de normale aanspraken in principe geen beperkingen (zoals bijvoorbeeld een beperking van het aantal kosteloze raadplegingen per jaar).

De huisarts moet erkend zijn door het ziekenfonds. De meeste huisartsen werken op eigen praktijkbasis; ongeveer 25% van de huisartsen werkt in een groepspraktijk.

Zorgaanspraken

De verzekerde heeft aanspraak op zorg die voor preventie, opsporing en behandeling van aandoeningen door de beroepsgroep als gebruikelijk en doelmatig erkend is en omvat raadpleging, diagnostiek, behandeling, doorverwijzing naar een specialist en uitschrijven van receptgeneesmiddelen. Al deze diensten worden in principe kosteloos verleend (20;23).

De verzekerde is vrij om zijn/haar huisarts te kiezen. Officieel mogen verzekerden in het kwartaal waarin aanspraak is gemaakt op vergoede verstrekkingen niet van huisarts veranderen.

De arts kan op individuele basis verstrekkingen aanbieden die niet gedekt zijn door de publieke ziektekostenverzekering. Deze zg. *Individuelle Gesundheitsleistungen* (IGeL) zijn voor rekening van de verzekerde en omvatten

- a) supplementaire verstrekkingen (niet geïndiceerde diagnostiek en hulp bij stoppen met roken);
- b) niet medisch noodzakelijke (voortzetting van) behandeling (pretecho's en cosmetische behandeling);
- c) verstrekking die medisch gezien nuttig kunnen zijn maar niet doelmatig zijn (prostaatkranscreening);
- d) verstrekkingen waarvan de effectiviteit niet is aangetoond.

Bij deze verstrekkingen moeten artsen aangeven dat deze niet vergoed worden; de arts is in beperkte mate vrij om tarieven voor deze private diensten te bepalen (23)

Eigen betalingen en bijdragen

Huisartsenzorg wordt kosteloos verleend aan verzekerde. Voor receptgeneesmiddelen betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van €4 tot €5 per verpakking (niet per recept). Overige eigen betalingen gelden alleen voor de zogenoemde niet medisch noodzakelijke of ondoelmatige zorg (*Individuelle Gesundheitsleistungen*).

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Trends/overig

Hoewel er waarschijnlijk niet sprake is van een huisartsentekort, komt het in Duitsland ook voor dat mensen in grote steden steeds vaker direct naar het ziekenhuis gaan in het geval van klachten (24).

4.2 Huisartsenzorg: internationale overeenkomsten en verschillen

Land	Aanspraken
Nederland	Kosteloos toegang tot raadpleging, diagnostiek (op verwijzing) behandeling, receptgeneesmiddelen (op verwijzing) en verwijzing naar specialistische zorg
België	Aanspraak op restitutie van ongeveer 70% van de kosten van raadpleging en behandeling en 60% van de kosten van diagnostiek; Toegang tot receptgeneesmiddelen (op verwijzing) Eigen bijdragen beperkt tot inkomensafhankelijk plafond; Verhoogde terugbetaling voor gedefinieerde doelgroepen
Frankrijk	Aanspraak op restitutie van ongeveer 70% van de kosten van raadpleging en behandeling; Vergoeding van thuisbezoek door huisarts afhankelijk van o.a. medische noodzakelijkheid van het consult
Verenigd Koninkrijk	Kosteloos toegang tot raadpleging, diagnostiek (op verwijzing) en behandeling, receptgeneesmiddelen en verwijzing naar een specialist
Duitsland	Kosteloos toegang tot raadpleging, diagnostiek (op verwijzing) behandeling, receptgeneesmiddelen (op verwijzing) en verwijzing naar specialistische zorg

In *Nederland* wordt huisartsenzorg kosteloos verleend. De verzekerde is in principe gebonden aan een vaste huisarts en heeft alleen toegang tot medisch-specialistische zorg via een verwijzing van de huisarts. Er geldt in principe ook aanspraak op thuisbezoek door een huisarts. Op onregelmatige tijden is dit vaak een regionaal waarnemende arts. In *Duitsland* en het *Verenigd Koninkrijk* wordt deze zorg volgens hetzelfde principe verleend.

In *Duitsland* is toegang tot medisch-specialistische zorg in principe niet verbonden aan een verwijzing van de huisarts. In *België* geldt een eigen bijdrage van 30% van het wettelijk tarief voor huisartsenzorg. Voor (laboratoire) diagnostiek geldt een wettelijke eigen bijdrage van 40%. In *Frankrijk* geldt een eigen bijdrage van 30% van het wettelijke tarief. In deze landen is een verwijzing van de huisarts in principe niet nodig om toegang te krijgen tot medisch-specialistische zorg. In Frankrijk wordt deze eigen bijdrage over het algemeen particulier herverzekerd.

De procentuele eigen bijdragen in *België* zijn in het laatste decennium structureel verhoogd ter compensatie van de toenemende collectieve ziektekosten (5). Hoewel in België de verzekerde deelt in de kosten van geconsumeerde zorg (via eigen bijdragen) is het kostenbewustzijn met betrekking tot zorgconsumptie toch laag. Dit kan het gevolg zijn van de relatieve lage wettelijke tarieven van artsen en verstrekkingen en het grote aanbod van zorgverleners.

Het afschaffen van de eigen bijdrage voor palliatieve patiënten met betrekking tot het bezoek van een huisarts thuis of in een palliatieve ziekenhuisafdeling is onderdeel van een breder plan ter verbetering van de palliatieve zorg in België. Het plan betreft de afschaffing van de eigen bijdragen (in bepaalde gevallen), verbeterde betaling van huisartsen voor palliatieve zorg en het financieren van palliatieve dagcentra die op medisch, sociaal en psychisch gebied zorg kunnen verlenen aan palliatieve patiënten in een thuissituatie {*Vandenbroucke* 21.06.02}.

Het globaal medisch dossier (GMD) behelst het stimuleren van verzekerden om zich zoveel mogelijk te richten tot dezelfde huisarts om overbodige onderzoeken en tegenstrijdige behandelingen tegen te gaan. Daarnaast gaan de patiënten die een dergelijk dossier met hun huisarts aangaan de verplichting aan om zich voor al hun klachten eerst tot de huisarts te wenden en zich dus niet direct tot een specialist te wenden. Dit is een indirecte poging om te komen tot een poortwachtersysteem om niet doelmatige zorg en overconsumptie van zorg tegen te gaan. Sinds mei 2002 maakt een verzekerde die instemt met het GMD aanspraak op een verlaging van 30% van de eigen bijdrage voor de huisarts (25).

In het laatste decennium zijn in *Frankrijk* de percentages aan wettelijke eigen bijdragen voor huisartsenzorg relatief sterk gestegen. Dit is het gevolg van een groot aantal hervormingen en beleidswijzigingen die zich in die tijd hebben voorgedaan (5). Vergoeding onder de publieke ziektekostenverzekering van het thuisbezoek aan de huisarts in Frankrijk is sinds 2002 aan nadere voorwaarden gebonden. Dit is het gevolg van het feit dat Frankrijk in Europa het hoogste huisartsbezoek aan huis heeft en daarnaast met toenemende capaciteitsproblemen te kampen heeft (14).

De invoering van een eigen bijdrage in het *Verenigd Koninkrijk* voor bepaalde vormen van huisartsenzorg (bijvoorbeeld thuisbezoek) wordt door sommige politici aangedragen als oplossing om onnodig huisartsbezoek tegen te gaan en zodoende overbelasting van de capaciteit en middelen tegen te gaan. Tot nu toe stuiten deze voorstellen op fel verzet van huisartsen en hun beroepsorganisaties die vrezen voor de toegankelijkheid van de zorg voor lagere inkomensgroepen. De discussie lijkt zich vooralsnog te beperken tot een academische kwestie (26) (27).

In *Duitsland* is de invoering van een eigen bijdrage voor een consult bij de huisarts recentelijk door een door de overheid ingestelde commissie (*Rürup Kommission*) aangedragen als een mogelijke maatregel ter verlichting van het collectieve ziektekostenbudget. Volgens berekeningen van deze commissie zou deze bijdrage €10 tot €15 kunnen bedragen. De Minister van volksgezondheid Schmidt heeft een eigen bijdrage bij de huisarts echter afgewezen. Invoering van een eigen bijdrage voor een directe raadpleging (zonder verwijzing van de huisarts) bij een specialist wordt wel door de minister gesteund (status april 2003) om het ‘zorgshoppen’ bij de specialist tegen te gaan (28).

5 Fysiotherapie

5.1 Fysiotherapie: aanspraken per land

Fysiotherapie: Nederland

Principe

Verzekerde heeft toegang tot een beperkt aantal en typen paramedische behandelingen op voorschrift van huisarts of behandelend specialist. Deze zorg wordt geleverd op basis van natura. De fysiotherapeut moet erkend zijn door het ziekenfonds.

Zorgaanspraken

De basisverzekering geeft (in beperkte mate) aanspraak op de volgende vormen van paramedische hulp: fysiotherapie, oefentherapie en ergotherapie.

Fysiotherapie:

De aanspraak op ambulante fysiotherapeutische behandeling is in beginsel beperkt tot maximaal 9 zittingen per aandoening per jaar. Vergoeding geldt alleen voor behandeling van de door de huisarts of behandelend arts genoemde indicatie in de verwijzing. Behandeling kan bestaan uit massage, oefentherapie, manuele therapie en fysische therapie (warmte/koude etc). Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor 9 extra zittingen oefentherapie aansluitend aan de fysiotherapie.

Voor een aantal aandoeningen geldt dat het noodzakelijk aantal zittingen wordt vergoed (bijvoorbeeld in het geval van multiple sclerose en chronische reuma). Bij deze aandoeningen geldt wel dat behandeling bijdraagt aan genezing, verbetering, vermindering van pijn dan wel behoud van functies.

Een fysiotherapeutische behandeling in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis of andere erkende instelling wordt in principe volledig vergoed.

Oefentherapie:

De aanspraak op oefentherapie als zelfstandige behandeling is eveneens beperkt tot maximaal 9 zittingen per aandoening per jaar plus eventueel een extra 9 tal zittingen.

Vergoedingsvoorwaarden

Om aanspraak te maken op genoemde zorg gelden de volgende voorwaarden:

de behandeling moet medisch noodzakelijk zijn

verwijzing door huisarts of behandelend arts

toestemmingsvereiste ziekenfonds (geldt niet voor eerste 9 behandelingen fysiotherapie of oefentherapie)

fysiotherapeut moet gecontracteerd zijn door ziekenfonds

Eigen betalingen en bijdragen

Voor behandeling buiten de hierboven beschreven aanspraken

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Trends/overig

Overige paramedische zorg zoals behandeling door een logopedist wordt alleen vergoed wanneer er sprake is van een medische indicatie. Behandelingen met een hoofdzakelijk pedagogisch of maatschappelijk karakter, evenals dyslexie, worden niet vergoed. Andere vormen van paramedische hulp zoals acupunctuur, podotherapie, chiropractie en diëttherapie worden niet vergoed onder de basisverzekering.

Fysiotherapie: België

Principe

Verzekerde heeft toegang tot een beperkt aanbod aan fysiotherapeutische zorg op voorschrift van huisarts of behandelend specialist. Deze zorg wordt onder voorwaarden geleverd op basis van gedeeltelijke restitutie van de kosten. De fysiotherapeut moet erkend zijn door het ziekenfonds.

Zorgaanspraken

De RIZIV specificeert aanspraken op zogenoemde *kinesitherapie* omvattende bewegingstherapie, massage en fysische therapie.

De vergoeding van een zitting bedraagt voor gewone verzekerden ongeveer 60% van het wettelijk tarief en voor verzekerden behorend tot de doelgroep ongeveer 80% van het tarief. Toekenning van het aantal vergoedbare zittingen is gebaseerd op een classificatie van de aandoening:

Courante aandoeningen

Voor eenvoudige aandoeningen (zoals een verstuipte enkel) geldt aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van maximaal 18 ambulante zittingen per aandoening. Per jaar kunnen nog maximaal twee reeksen van 18 zittingen worden vergoed voor eventuele nieuwe courante aandoeningen. De behandelend arts kan voor deze eenvoudige aandoeningen maximaal 9 zittingen per keer uitschrijven.

Aandoeningen met een functionele beperking

Deze aandoeningen die op de zogenoemde F-lijst staan vermeld vereisen doorgaans meer zittingen dan een eenvoudige aandoening. Voor een dergelijke aandoening worden maximaal 60 zittingen per jaar (gedeeltelijk) vergoed. Een arts kan per keer maximaal 30 zittingen voorschrijven.

Zware aandoeningen

Voor deze aandoeningen, voorkomend op de zogenoemde E-lijst, geldt geen beperking in het aantal zittingen dat voor vergoeding in aanmerking komt. Voor vergoeding van deze behandelingen geldt echter wel een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds. De behandelend arts kan per keer maximaal 30 zittingen per keer voorschrijven.

Behandeling tijdens ziekenhuisopname

Tijdens een opname in het ziekenhuis geldt in principe geen beperking aan het aantal vergoedbare zittingen.

Een zitting bedraagt 30 minuten waarvan 20 minuten persoonlijke behandeling door de therapeut. De tarieven van zittingen hangen ook af van de plaats van behandeling: in de praktijk, thuis of in een ziekenhuis (door een ambulante behandelaar).

Eigen betalingen en bijdragen

Gewone verzekerden en verzekerden uit de doelgroep betalen een eigen bijdrage van respectievelijk 40% en 20% van de behandelingskosten van het toegestane aantal zittingen;

Supplementbetalingen komen voor;

‘Passieve’ behandelingstechnieken zoals massage, elektrotherapie, lasertherapie, ultrasonen en warmerapplicatie worden sinds 2002 in principe niet meer vergoed.

Compensatiemechanismen

Hier zijn de algemene compensatiemechanismen van toepassing:

- a) verhoogde vergoeding voor doelgroep (WIGW)
- b) Maximumfaktuur (voor alle verzekerden)

Deze compensatiemechanismen gelden niet voor supplementbetalingen. Wettelijke eigen bijdragen worden in principe niet privaat herverzekerd.

Trends/overig

Overige paramedische zorg:

Revalidatie: bewegingstherapie, logopedie, ergotherapie kunnen deel uitmaken van een behandeling in een revalidatiecentrum. Deze behandeling wordt volledig bedoeld door het ziekenfonds met een kleine eigen bijdrage per zitting voor de verzekerde.

De vergoeding van ambulante logopedie is ongeveer 75% van het tarief voor de gewone verzekerde; vergoeding wordt alleen toegekend op medische indicatie en er geldt een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds. Ziekenfondsen bieden beperkte vergoeding aan in private aanvullende verzekeringen.

Andere vormen van paramedische hulp zoals acupunctuur en chiropractie worden niet vergoed onder de basisverzekering. Leden van ziekenfondsen krijgen vaak onder voorwaarden een beperkte vergoeding (< 100 euro per jaar) voor deze zorg. Veel ziekenfondsen bieden onder voorwaarden vergoeding aan van kosten voor verblijf in een revalidatiecentrum waar onder andere paramedische hulp wordt geboden. Deze verstrekking valt onder de (vrijwillige) aanvullende verzekering van het ziekenfonds.

Sinds mei 2002 is nadruk nog meer op onderscheid tussen courante, functionele en zware aandoeningen komen te liggen om voor de courante aandoeningen onnodige behandeling te voorkomen. “Comfortbehandelingen” zonder medische noodzakelijkheid of behandelingen waarbij van actieve deelname (oefeningen) door de patiënt geen sprake is worden in principe niet meer vergoed. België kent een overschot aan fysiotherapeuten, zeker na deze pakketwijziging (6) (25).

Fysiotherapie: Frankrijk

Principe (29)

Verzekerde heeft toegang tot medisch noodzakelijke fysiotherapeutische zorg op voorschrift van huisarts of behandelend specialist op basis van gedeeltelijke restitutie mits aan alle voorwaarden is voldaan. Verzekerde kan zich privaat herverzekeren voor wettelijke eigen bijdragen. De fysiotherapeut moet erkend zijn door het ziekenfonds.

Zorgaanspraken

De vergoeding van een zitting bedraagt voor gewone verzekerden ongeveer 60% van het wettelijk tarief, het restant is voor rekening van de verzekerde of voor de private aanvullende verzekering. Voor bepaalde aandoeningen is de vergoeding 100% van het tarief.

De fysiotherapeutisch behandeling omvat die methode die het meest geschikt wordt geacht en kan onder andere bewegingstherapie, warmtetherapie en watertherapie omvatten.

Er gelden in principe geen vooraf opgelegde beperkingen aan het aantal behandelingen dat in aanmerking komt voor vergoeding. De Franse zorgverleners worden echter geacht met ‘*tact and moderation*’ voor te schrijven en te behandelen. Vergoeding is alleen mogelijk op medische indicatie als voorgeschreven door behandelend arts. Fysiotherapeuten hebben een vastgesteld budget en zijn niet gebaat bij overbodige behandelingen omdat budget overschrijdingen terugbetaald moeten worden. Aandoeningen waarvan behandeling voor vergoeding in aanmerking komt staan beschreven in de Nomenclatuur. Voor diverse aandoeningen bestaan behandelingsrichtlijnen uitgegeven door een overheidsinstituut ter bevordering van doelmatigheid in de zorg (*Agence Nationale d’Accreditation et d’Evaluation en Santé* (ANAES)).

Wettelijke tarieven en vergoedingslimieten kunnen op basis van de ernst van de aandoening verschillen en staan per aandoening beschreven in de Nomenclatuur. De tarieven voor aandoeningen en gerelateerde behandelingen die niet in de Nomenclatuur staan zijn vrij.

Eigen betalingen en bijdragen

Eigen bijdrage van 40% van de kosten per zitting van voorgeschreven zorg of extra premiebetaling in het geval van private bijverzekering eigen bijdragen

Compensatiemechanismen

Couverture Maladie Universelle

Ontheffing van eigen bijdragen voor bepaalde ziekten

Trends/overig

Er bestaan grote demografische verschillen in het aanbod van fysiotherapeuten in Frankrijk. In sommige delen is de dichtheid 66 therapeuten per 100000 inwoners maar in andere delen is dit veel minder met capaciteitsproblemen als gevolg (29).

Fysiotherapie: Verenigd Koninkrijk

Principe

Verzekerde heeft toegang tot het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut mits deze behandeling medisch noodzakelijk is en voorgeschreven is door een huisarts of behandelend specialist. Deze zorg wordt geleverd op basis van natura. De fysiotherapeut moet erkend zijn door het ziekenfonds.

Zorgaanspraken

De NHS biedt in principe toegang tot fysiotherapeutische zorg via verwijzing door de huisarts. In principe is er toegang tot arbeidsgerelateerde therapie, revalidatietherapie en ambulante therapie.

De vorm of duur van de behandeling door de ambulante fysiotherapeut is niet door de NHS gedefinieerd. Zoals bij andere NHS zorg wordt de toegang tot zorg bepaald op individuele basis door de voorschrijver. De zorgverlener (in dit geval de fysiotherapeut) bepaalt vervolgens welke vorm van zorg het meest geschikt is voor de patiënt. De keuze en duur van behandeling is in principe aan de verlener maar is ook afhankelijk van behandelrichtlijnen die zijn opgesteld door de *Primary Care Trust*.

Verder is er aanspraak op zorg door een fysiotherapeut tijdens een ziekenhuisopname. Deze zorg is kosteloos maar de mate, vorm en duur van zorg is afhankelijk van middelen en richtlijnen van het betreffende ziekenhuis.

Hoewel er geen centrale regulering is ten aanzien van de vormen van therapie die ingezet kunnen worden, hangt aanbod van bepaalde therapieën (zoals watertherapie) sterk af van de aanwezige middelen. Hoewel de aanspraken dus regionaal niet verschillen, geldt dit wel voor het aanbod.

Eigen betalingen en bijdragen

Er zijn geen eigen bijdragen voor zorg die door de NHS verleend wordt.

Ambulante zorg voor aandoeningen waarvoor geen verwijzing wordt gegeven door de behandelend arts.

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Trends/overig

De NHS biedt in principe ook andere paramedische zorg zoals ergotherapie, logopedie en voedingstherapie. Het aanbod van deze zorg verloopt vaak via NHS groepspraktijken en wordt als zodanig gereguleerd {Consult *Department of Health* 18.03.03}.

Fysiotherapie: Duitsland

Principe

Verzekerde heeft toegang tot het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut mits deze behandeling medisch noodzakelijk en doelmatig is en voorgeschreven is door een huisarts of

behandelend specialist. Voor deze zorg geldt een eigen bijdrage van 15% van de kosten, onafhankelijk van de plaats van behandeling (in praktijk, ambulante behandeling in ziekenhuis of in revalidatiekliniek). Verzekerden tot 18 jaar hoeven geen eigen bijdrage te betalen. Ziekenfondsen bieden vaak een aanvullende dekking aan die deze eigen bijdrage dekken.

Zorgaanspraken

Aanspraken zijn beschreven in de regeling *Heilmittel* van het *Sozialgesetzbuch V* en omvatten fysiotherapie, ergotherapie, spraaktherapie en podologische therapie.

Aanspraak op deze zorg geldt uitsluitend na verwijzing van de arts. Een verwijzing is gerechtvaardigd indien behandeling een ziekte geneest dan wel verslechtering voorkomt, verstoring in de lichamelijke ontwikkeling van een kind voorkomt, of kan voorkomen dat een persoon zorgafhankelijk wordt. Sinds 2002 zijn voorschrijf- en behandelrichtlijnen van kracht waarin op basis van overwegingen van effectiviteit en doelmatigheid voor allerlei aandoeningen de behandelwijze en duur van de behandeling is aangewezen. In principe zijn de aanspraken afhankelijk van de aandoening en komen deze overeen met de specificaties in deze richtlijnen. Echter, het aantal behandelingsessies is in principe beperkt tot nog twee vervolgsessies en bij bepaalde aandoeningen eventueel een langdurige sessie.

Mits aan bovenstaand principe voldaan wordt, kan een fysiotherapeutische behandeling bestaan uit massagetherapie, bewegingstherapie, warmte/koude behandelingen, elektrotherapie etc. Indien ambulante therapie niet afdoende is kan de verzekerde tegen een eigen bijdrage van ongeveer €6 per dag aanspraak maken op een verblijf van maximaal 4 weken in een revalidatieoord {www.versicherungsnetz.de}.

Niet erkende *Heilmittel* zijn sauna, thermobaden, body building en fitness, muziek en danstherapie of andere uitgesloten verstrekkingen vermeld in §34 SGB V.

Eigen betalingen en bijdragen

Een verzekerde boven de 18 jaar betaalt een eigen bijdrage van 15% van de kosten van de voorgeschreven paramedische zorg of een extra premiebetaling voor een aanvullende verzekering die deze wettelijke eigen bijdragen dekt.

In hoeverre de in de *Gesundheitsreform* voorgenomen structurele eigen bijdrage van 10% van toepassing zal zijn op fysiotherapie is niet duidelijk worden in het veldonderzoek.

Compensatiemechanismen

Wettelijk eigen bijdrage plafond van 2% van bruto inkomen (plafond is lager bij laagste inkomens)

Wettelijk eigen bijdrage plafond van 1% van bruto inkomen bij chronisch ziekenfondsverzekering
Mogelijkheid tot private herverzekering van eigen bijdragen voor *Heilmittel*

Trends/overig

Ook voor paramedische behandeling in een revalidatiecentrum geldt een eigen bijdrage van 15% voor verzekerden boven de 18 jaar (30) (13).

5.2 Fysiotherapie: internationale overeenkomsten en verschillen

Land	Aanspraken
Nederland	In principe aanspraak op maximaal 9 zittingen per aandoening met een mogelijkheid tot uitbreiding met nogmaals 9 zittingen; Voor bepaalde aandoeningen geldt aanspraak op noodzakelijke fysiotherapeutische zorg
België	Gedeeltelijke vergoeding van 18 zittingen per eenvoudige aandoening; Gedeeltelijke vergoeding van maximaal 60 zittingen voor aandoeningen met een functionele beperking; Voor zware aandoeningen geldt aanspraak op noodzakelijke zorg
Frankrijk	Er gelden in principe geen specifieke beperkingen in het aantal zittingen; Aanspraken worden bepaald door de voorschrijver en in toenemende mate door behandelrichtlijnen die op het niveau van de aandoening zijn opgesteld
Verenigd Koninkrijk	De mate van aanspraken zijn niet gespecificeerd; Aanspraken worden door de voorschrijver en worden in principe bepaalde door het aanbod en de beschikbare middelen
Duitsland	Op verwijzing geldt aanspraak op behandeling die voor de betreffende aandoening in behandelrichtlijnen is aangewezen; Boven de 18 jaar geldt een eigen bijdrage van 15% van de behandelingskosten

In alle onderzochte landen met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk, is er sprake van recente of toekomstige wijzigingen ten aanzien van de vergoedingsaanspraken voor een fysiotherapeutische behandeling. In elk van deze landen is sprake van het ontwikkelen van meer doelmatige verwijs- en behandelrichtlijnen gekoppeld aan vergoedingsaanspraken.

In *België* is de wijziging in de aanspraken op vergoeding van kosten voor fysiotherapeutische behandeling in mei 2002 doorgevoerd om niet noodzakelijke behandelingen tegen te gaan en de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van medisch verantwoorde fysiotherapeutische behandelingen te waarborgen voor alle burgers. De wijzigingen zijn als volgt:

- a) beperking van het aantal vergoedbare zittingen voor eenvoudige aandoeningen en verdere regulering van aanspraken gebaseerd op een classificatie van aandoeningen met een functionele beperking of zware aandoeningen
- b) beperking van het aantal zittingen dat de behandelend arts kan voorschrijven
- c) het niet meer vergoeden van zogenoemde passieve behandelingen

De doelstelling van het voorkomen van onnodige behandelingen geldt in principe alleen voor de eenvoudige aandoeningen. Omdat in België een overschot aan fysiotherapeuten bestaat komt het voor dat fysiotherapeuten onnodige behandelingen uitvoeren om hun inkomen te garanderen. Om dit tegen te gaan vindt er enerzijds een ontmoedigingsbeleid plaats voor nieuwe fysiotherapeuten en anderzijds moet de doelmatigheid van de fysiotherapeutische zorg meer dan vroeger op wetenschappelijke basis inzichtelijk worden gemaakt {*Vandenbroucke* 02.05.02}.

In de *Franse* nationale Nomenklatuur zijn met betrekking tot de vergoeding van fysiotherapeutische behandeling in 2001 een aantal wijzigingen doorgevoerd op het vlak van effectiviteit en doelmatigheid zoals verwijsrichtlijnen en een koppeling van vergoedingsaanspraken aan de te behandelen aandoening. Toegang tot behandeling door een fysiotherapeut kan alleen nog plaats vinden op grond van een verwijzing door de behandelend arts op basis van een medische indicatie. De verwijzende arts bepaalt in eerste instantie het aantal zittingen en de duur van 1 zitting is wettelijk vastgesteld op 30 minuten. Voor bepaalde orthopedische en reumatische aandoeningen zijn bijzondere vergoedingsbepalingen opgesteld.

Het vergoedingsbeleid omtrent fysiotherapeutische behandelingen is in toenemende mate gericht op effectieve en meer doelmatige zorg op basis van wetenschappelijke gezondheidseconomische evaluaties door het Franse *health technology assessment* instituut ANAES. Deze evaluaties spelen een belangrijke rol bij het ontwikkelen van behandelrichtlijnen voor specifieke aandoeningen en kunnen als zodanig als een goede basis dienen voor het vergoedingsbeleid van deze aandoeningen.

In *Duitsland* zijn sinds 1 juli 2001 (nieuwe) wettelijke verwijs- en behandelrichtlijnen van kracht: *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung*. In 1996 heeft de overheid voorgesteld om *Heilmittel* (waaronder fysiotherapie) uit het basispakket van de publieke verzekering te halen en deze in een vrijwillige particuliere verzekering onder te brengen. Door protesten van de beroepsgroep en de verzekeraars is dit voornemen niet doorgevoerd maar werden artsen, verzekeraars en fysiotherapeuten wel verzocht om gezamenlijk tot een kader te komen dat voorzag in doelmatige fysiotherapeutische zorg, hetgeen resulteerde in bovengenoemde richtlijnen.

Een centraal gegeven in deze richtlijnen is dat verwijzing naar een behandeling middels fysiotherapie, ergotherapie of logopedie alleen gerechtvaardigd is indien het beoogde therapeutische doel door middel van de therapie daadwerkelijk behaald kan worden. Hiertoe is een catalogus opgesteld die voor iedere indicatie de meest doelmatige behandelvorm en duur aangeeft. De arts is nog wel vrij om af te wijken van deze richtlijn maar moet een dergelijke beslissing wel rechtvaardigen.

Een ander gegeven in deze richtlijnen is dat het aantal behandelingsessies in principe beperkt is tot nog twee vervolgsessies en bij bepaalde aandoeningen eventueel nog een langdurige sessie. De lengte van de sessies is afhankelijk van de aandoening en de daarvoor in de catalogus vastgestelde behandeling. Een vervolgbehandeling wordt in principe alleen toegekend indien de behandelend arts zich heeft vergewist van de toestand van de patiënt en op basis van zijn beoordeling met een vervolgbehandeling instemt {*Heilmittel Richtlinien* 01.07.01}.

6 Tandheelkundige zorg

6.1 Tandheelkundige zorg: aanspraken per land

Tandheelkundige zorg: Nederland

Principe

De verzekerde heeft laagdrempelige toegang tot een beperkt (bij volwassenen) of volledig (voor kinderen t/m 18 jaar) wettelijk vastgesteld pakket van tandheelkundige diensten verleend door een door het ziekenfonds erkende tandarts. De tarieven van tandheelkundige verstrekkingen worden door het CTG in samenspraak met de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en de zorgverzekeraars bepaald. Deze tarieven zijn bindend en mogen niet worden overschreden (31).

De verzekerde tandheelkundige zorg wordt verleend op basis van natura; er worden geen kosten in rekening gebracht bij de verzekerde. Volwassenen kunnen de niet publiek verzekerde zorg (gedeeltelijk) onderbrengen in een aanvullende verzekering van het betreffende ziekenfonds.

Ongeveer 90% van de ziekenfondsverzekerden maakt gebruik van de tandheelkundige zorg die wordt aangeboden in het basispakket. Ongeveer 75% van de ziekenfondsverzekerden heeft een private aanvullende verzekering voor niet publiek verzekerde tandheelkundige zorg {Consult NMT 01.11.03}.

Aanspraken {Tarievenlijst Tandartsen NMT; 1 januari 2002}

Voor kinderen t/m 18 jaar wordt integrale tandheelkundige zorg, inclusief orthodontie, volledig vergoed.

Voor volwassenen wordt de volgende zorg volledig vergoed door de publieke verzekering:

Preventie, diagnostiek (foto), consultatie (1 x per jaar), noodconsult, kaakchirurgie en beperkte orthodontie door de tandarts. De volledige gebitsprothese wordt voor 75% vergoed.

Verzekerden met een bijzondere tandheelkundige aandoening, een lichamelijke of geestelijke handicap, dan wel verzekerden met bijzondere gebitsproblemen als gevolg van een medische behandeling, hebben onder bijzondere omstandigheden aanspraak op integrale tandheelkunde (2).

Niet vergoed wordt:

Curatieve tandheelkundige zorg (zoals vullingen, kronen, bruggen)

Zorg verleend door orthodontist

Onregelmatigheidstoelagen

Volledige prothese

Deze verstrekking wordt voor 75% vergoed door het ziekenfonds gebaseerd op een wettelijk tarief.

Tarief bovenprothese €133; tarief onderprothese €177,50; tarief boven en onderprothese €288,50
{NMT Tarieven 01.05.02}

Eigen bijdragen

100% (op tariefbasis) voor curatieve tandheelkundige zorg (zoals vullingen, kronen, bruggen)

25% van het tarief van een volledige gebitsprothese:

Eigen bijdrage bovenprothese: €33,25; onderprothese: €44,38; boven- en onderprothese: €72,13

Eventueel kosten premiebetaling aanvullende herverzekering

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Overig

Niet van toepassing

Tandheelkundige zorg: België

Principe {Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen}

Verzekerde heeft laagdrempelige toegang tot een volledig wettelijk vastgesteld pakket van tandheelkundige diensten verleend door een door het ziekenfonds erkende tandarts.

De verzekerde tandheelkundige zorg wordt verleend op basis van restitutie; de verzekerde maakt aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding van de gemaakte kosten. Het deel van de kosten dat niet door de publieke verzekering wordt vergoed is voor rekening van de verzekerde in de vorm van een wettelijke procentuele eigen bijdrage. Deze bijdrage wordt gebaseerd op het wettelijk vastgesteld tarief van iedere afzonderlijke tandheelkundige verstrekking en bedraagt ongeveer 25%.

Aanspraken {Nomenklatuur 01.05.02}

De verzekerde maakt aanspraak op een procentuele tegemoetkoming berekend over de wettelijk vastgestelde tarieven voor consultatie en preventieve en eenvoudige curatieve zorg. Voor de volledige uitneembare prothese en beperkte orthodontie geldt een beperkte nominale vergoeding. In het algemeen geldt een terugbetaling van ongeveer 75% van het wettelijk tarief voor preventie, diagnostiek (foto), consultatie, eenvoudige curatieve zorg (vullingen en extracties) en noodhulp. Voor WIGW gerechtigden is deze terugbetaling 100% van het wettelijk tarief.

Voor beugels en orthodontie geldt een eigen risico voor de verzekerde:

Beugel €69,74 (€0 voor WIGW)
Volledige orthodontische behandeling €275 (€0 voor WIGW)

Volwassenen van 18 tot 50 jaar hebben aanspraak op een preventief onderzoek tegen een sterk gereduceerd tarief (zie bij *overig*). Preventief onderhoud en diagnostiek is bij kinderen tot en met 18 jaar beperkt tot 2x per jaar. De (gedeeltelijke) vergoeding van de volledig uitneembare prothese geldt alleen vanaf de leeftijd van 55 jaar {Socialistische Mutualiteit Antwerpen}.

Volledig uitneembare prothese

Het tarief van een boven- of onderprothese bedraagt €451,03. Dit wordt bij verzekerden ouder dan 65 jaar onder voorwaarden vergoed m.u.v een vaste eigen bijdrage van €113 (€23 voor WIGW).

Eigen bijdragen

25% (op tariefbasis) voor alle tandheelkundige zorg
€69 eigen bijdrage voor een beugel
€113 voor een volledig uitneembare prothese
€275 voor een volledige orthodontische behandeling
Eventueel kosten premiebetaling aanvullende herverzekering
Supplementbetalingen

Compensatiemechanismen

WIGW regeling; Maximumfactuur.

Overig

Sinds 1 januari 2003 heeft iedere volwassene tussen 18 en 50 jaar recht op een jaarlijks preventief onderzoek tegen een kostprijs van €3,09 (normale tarief is €15,86) dat bestaat uit opsporen van *cariës*, van mondinfecties en van tandvleesontsteking. Het beleid is gericht op preventie: naar schatting raadplegen 30% van Belgen tandarts alleen bij klachten en nog eens 30% zo goed als nooit. Het belang van goede mondhygiëne en preventief aanpakken van cariës en tandvleesontsteking is wetenschappelijk bewezen. Tot nu toe hadden kinderen jonger dan 18 jaar al recht op 2 preventieve onderzoeken per jaar voor €2,50 per onderzoek {Persbericht Vandenbroucke 30.11.02}.

Tandheelkundige zorg: Frankrijk

Principe (32) (3) {Consult CNAMTS 05.12.02}

Verzekerde heeft laagdrempelige toegang tot een volledig wettelijk vastgesteld pakket van tandheelkundige diensten verleend door een door het ziekenfonds erkende tandarts.

De verzekerde tandheelkundige zorg wordt verleend op basis van restitutie; de verzekerde maakt aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding van de gemaakte kosten. Het deel van de kosten dat niet door de publieke verzekering wordt vergoed is voor rekening van de verzekerde in de vorm van een wettelijke procentuele eigen bijdrage. Deze bijdrage wordt gebaseerd op het wettelijk vastgesteld tarief van iedere afzonderlijke tandheelkundige verstrekking en bedraagt ongeveer 30%.

Aanspraken {Consult CNAMTS 05.12.02}

De verzekerde maakt aanspraak op een procentuele tegemoetkoming berekend over de wettelijk vastgestelde tarieven voor consultatie, preventieve curatieve zorg en beperkte orthodontie (toestemming ZF vereist). Deze tegemoetkoming bedraagt ongeveer 70% van de gemaakte kosten mits de behandeling medisch geïndiceerd is. De tarieven voor uitgebreide curatieve tandheelkundige ingrepen (zoals bruggen en kronen) en voor prothesen zijn vrij. De vergoeding van deze verstrekkingen is beperkt tot een wettelijke maximale limiet.

Voor volwassenen geldt in het algemeen een terugbetaling van ongeveer 70% van het wettelijk tarief voor preventie, diagnostiek (foto), consultatie (1 x per jaar), eenvoudige curatieve zorg (vullingen en extracties) en beperkte orthodontie. Voor de laatste twee verstrekkingen geldt vaak een toestemmingsvereiste door het ziekenfonds. Voor uitgebreide curatieve zorg (kronen en bruggen) geldt aanspraak op ongeveer 10% van het wettelijk tarief.

Voor kinderen geldt dezelfde regeling als voor volwassenen met de volgende uitzonderingen:

- integrale vergoeding voor jaarlijkse controle en behandeling bij 13 tot 18 jarigen
- vergoeding van vullingen bij 14 jarigen en jonger
- (binnenkort) vergoeding van jaarlijkse controle bij 6 tot 12 jarigen

Volledige prothese

De publieke ziektekostenverzekering heeft in overleg met het Ministerie ervoor gekozen om voor dure specialistische verstrekkingen, zoals de volledige gebitsprothese, te voorzien in een beperkte vergoeding maar de tarieven aan de discretie van de beroepsgroep over te laten. Echter, de tarieven voor een prothese voor de CMU gerechtigden zijn wel wettelijk vastgelegd en worden voor gerechtigden volledig vergoed. Voor gewone verzekerden bedraagt de vergoeding ongeveer 70% van het hiervoor genoemde tarief {Consult CNAMTS 05.12.02}.

Eigen bijdragen

30% (op tariefbasis) voor alle tandheelkundige zorg

90% (op tariefbasis) voor uitgebreide curatieve zorg (bruggen en kronen)

Eventueel kosten premiebetaling aanvullende herverzekering

Compensatiemechanismen

Verzekerden gerechtigd onder de *Couverture Maladie Universelle* zijn ontheven van wettelijke eigen bijdragen voor tandheelkundige zorg inclusief prothesen.

Tandheelkundige zorg in relatie met een aandoening voorkomend op de lijst met chronische ziekten (ALD) is kosteloos.

Overig

Niet van toepassing

Tandheelkundige zorg: Verenigd Koninkrijk

Principe (32) (5) (33)

De volwassen verzekerde heeft laagdrempelige toegang tot een beperkt wettelijk vastgesteld pakket van tandheelkundige diensten verleend door een door het ziekenfonds erkende tandarts. De NHS voorziet in gratis tandheelkundige hulp voor kinderen en jongeren tot 18 jaar.

De aanspraken van volwassenen zijn beperkt tot een procentuele tegemoetkoming van ongeveer 20% voor integrale tandheelkundige zorg. Echter, tandheelkundige behandeling in NHS centra is gratis m.u.v. bruggen en kronen. Ook een in een NHS ziekenhuis opgenomen verzekerde heeft aanspraak op gratis tandheelkundige zorg met uitzondering van kronen en bruggen; het gaat hier meestal om specialistische tandheelkundige hulp.

Aanspraken

De door NHS aangeboden tandheelkundige zorg vormt een geheel van verstrekkingen variërend van onderzoek en diagnose tot prothetische hulp. Voor de kosten voor tandheelkundige hulp (behalve voor composiet vullingen) ontvangen volwassen verzekerden een kleine tegemoetkoming in de kosten (rond de 20%).

Kinderen maken aanspraak op kosteloze integrale zorg. Echter, voor orthodontie geldt slechts een vergoeding van 20%.

Volledige prothese

Voor deze verstrekking geldt een nominale tegemoetkoming van het wettelijk tarief. Het tarief voor een boven- of onderprothese van de NHS bedraagt GBP 101,44 (per prothese). De eigen bijdrage per prothese bedraagt GBP 81,15 (80% van tarief zoals bij andere tandheelkundige verstrekkingen). De

rationale voor de beperkte vergoeding komt voort uit het algemeen beleid ten aanzien van tandheelkundige hulp dat in principe de prioriteit legt bij preventieve en curatieve hulp bij kinderen en jeugdigen {NHS Charges april 2003}.

Eigen bijdragen

Volwassenen: 80% van kosten voor consultatie, onderhoud, preventieve zorg en een boven of onderprothese tot een maximum plafond van €561

Kinderen: 80% van kosten voor orthodontie

Compensatiemechanismen

Er geldt een verlaagde eigen bijdrage voor bepaalde doelgroepen (*help with help* program; geldt niet voor bruggen/kronen).

Daarnaast geldt er een maximale eigen bijdrage voor medisch noodzakelijke tandheelkundige hulp van €561 op jaarbasis (33)

Overig

Niet van toepassing

Tandheelkundige zorg: Duitsland

Principe

De verzekerde heeft aanspraak op tandheelkundige zorg die voor preventie, opsporing en behandeling van aandoeningen door de beroepsgroep als gebruikelijk en doelmatig erkend is. Deze zorg wordt op basis van natura verleend. Er gelden beperkte vergoedingsaanspraken voor uitgebreide curatieve zorg zoals bruggen en kronen (*Zahnersatz*). Voor kinderen en jongeren bestaan zogenoemde preventieprogramma's.

Aanspraken (20;34)

Voor verzekerden tot 12 jaar bestaan zogenoemde groepspreventie programma's die voorzien in tandheelkundige zorg die gericht is op het herkennen en voorkomen van tand- en gebitsaandoeningen.

Verzekerden tussen 12 en 18 jaar hebben aanspraak op een halfjaarlijkse controle ter voorkoming van tand- en gebitsaandoeningen.

Verzekerden hebben aanspraak op medisch noodzakelijke eenvoudige curatieve zorg zoals (amalgam)vullingen.

Verzekerden hebben aanspraak op een vergoeding van 50% van een medisch noodzakelijke uitgebreide curatieve tandheelkundige behandeling met *Zahnersatz* (kronen en bruggen). Deze

noodzakelijke zorg en de gerelateerde kosten worden in een zogenoemd Heil- und Kostenplan beschreven en eerst ter goedkeuring aan het betreffende ziekenfonds overlegd.

De aanspraak op procentuele vergoeding van de uitgebreide curatieve tandheelkundige zorg loopt op tot 60% indien de verzekerde in de voorafgaande vijf jaren minstens 1 keer per jaar de tandarts heeft bezocht. Indien de verzekerde gedurende de laatste 10 jaar een jaarlijkse controle heeft laten uitvoeren bedraagt de procentuele vergoeding 65%.

Indien een orthodontische behandeling geïndiceerd is bij een kind onder 18 jaar geldt aanspraak op een vergoeding van 80% van de kosten. Bij een tweede of volgend kind dat gelijktijdig orthodontie ondergaat geldt aanspraak op 90% van de kosten. Orthodontie bij personen boven 18 worden alleen vergoed (tot 80%) indien de toestand zo ernstig is dat een combinatie van kaakchirurgie en orthodontie geïndiceerd is. Indien de behandeling succesvol wordt afgesloten krijgt de verzekerde de betaalde 20% terug (34).

Volledige prothese

Aanspraken op gecombineerde gefixeerde- uitneembare tandprotheses zijn wettelijk beperkt tot maximaal twee verbindingselementen. Aanspraken op een volledig uitneembare gebitsprothese (boven en/of onder) is beperkt tot een vergoeding van 50% tot 65% van de kosten.

Eigen bijdragen

In de *Gesundheitsreform* is een eigen bijdrage opgenomen van € 10 per consult en maximaal € 10 per kwartaal, kinderen uitgezonderd (21).

35% - 50% van de kosten voor curatieve zorg (vullingen, kronen en bruggen)

100% van de kosten voor bruggen ter vervanging van meer dan 4 voortanden per kaak of meer dan 3 zijtanden per kaakhelft (bijvoorbeeld: boven links) (34).

Compensatiemechanismen

Een tegemoetkoming in de kosten is mogelijk voor lagere inkomensgroepen (34)

Overig

Er is sprake van een toekomstige overheveling van de dekking van uitgebreide curatieve zorg van de publieke naar de private ziektekostenverzekering {www.krankenkassen-online.info 06.02.03}.

6.2 Volledig uitneembare gebitsprothese: internationale overeenkomsten en verschillen

Land	Aanspraken
Nederland	Vergoeding van 75% van tariefkosten; Geen nadere wettelijke voorwaarden; Eigen bijdrage bovenprothese: €33,25; onderprothese: €44,38; boven- en onderprothese: €72,13;
België	Vergoeding van wettelijk tarief uitsluitend voor verzekerden ouder dan 55 jaar; €113 eigen bijdrage per onder- of boven prothese
Frankrijk	Vergoeding van 70% van wettelijk tarief; Geen nadere wettelijke voorwaarden; Volledige vergoeding voor doelgroep
Verenigd Koninkrijk	Vergoeding van 20% van wettelijk tarief (tarief is GBP101,44 voor een onder- of bovenprothese van de NHS); Verhoogde tot volledige vergoeding voor doelgroep
Duitsland	Vergoeding van 50 tot 65%; Voor lage inkomensgroepen is een verhoogde of volledige vergoeding mogelijk

Uit dit overzicht blijkt dat er relatief grote verschillen zijn met betrekking tot de vergoeding van een volledig uitneembare onder- of boven gebitsprothese. De eigen bijdrage is relatief hoog in het Verenigd Koninkrijk en België, en relatief laag in Nederland en Frankrijk. België en het Verenigd Koninkrijk kennen wel compensatie middelen om de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen te waarborgen. Daarnaast kent het Verenigd Koninkrijk een maximale eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg van GBP 372 en vallen de kosten voor tandheelkundige zorg in België onder de Maximumfactuur regeling. De absolute hoogte van de eigen bijdrage in Frankrijk is uiteindelijk afhankelijk van de tegemoetkoming van de private aanvullende verzekering.

Volgens een Nationaal akkoord tussen *Belgische* tandheelkundigen en ziekenfondsen van 23 december 2002 zal de Nomenclatuur zo vlug mogelijk worden aangepast op basis van de voorstellen van de Technische Tandheelkundige Raad (TTR): aanpassing van de minimale leeftijdsgrens voor aanspraak op de totale prothese naar 55 jaar in 2003 en 50 jaar in 2004. Dit is een versoepeling van het beleid. Sinds 1 juli 2001 is de vergoeding voor prothesen voor een deel van de tanden mogelijk vanaf 50 jaar (voorheen: 60 jaar). Voor mensen die door een handicap niet in staat zijn hun tanden goed te verzorgen, is terugbetaling al vanaf 35 jaar mogelijk (25) {Consult RIZIV 28.04.02}.

In *Frankrijk* is er voor gekozen om voor de volledige gebitsprothese een beperkte vergoeding van 70% vast te stellen en de tarieven aan de discretie van de beroepsgroep over te laten. Echter, de tarieven voor een prothese voor CMU gerechtigden zijn wel wettelijk vastgelegd {Consult CNAMTS

05.12.02}. De CMU biedt ook een vaste vergoeding voor de gebitsprothese om de toegankelijkheid te waarborgen voor CMU gerechtigden (12).

De *ten year* NHS plan bevat ook een component over tandheelkundige hulp. De veranderingen hebben vooral betrekking op verbetering van de algemene toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg en verbetering van de kwaliteit van de bestaande zorg, verbetering van informatievoorziening naar de patiënt, verhoogde doelmatigheid van orthodontische hulp, en meer nadruk op medische noodzakelijkheid dan op cosmetische argumenten. In dit plan wordt geen melding gemaakt van een wijziging ten aanzien van aanspraken op een volledige prothese (35).

In *Duitsland* worden de kosten van medisch noodzakelijke tandheelkundige zorg van personen boven de 18 jaar in principe voor 50% vergoed door de sociale ziektekostenverzekering. Indien verzekerden zich regelmatig en aantoonbaar hebben laten controleren, kan dit vergoedingpercentage oplopen tot 60 of 65%. Ook de vergoedingsaanspraken ten aanzien van een volledige gebitsprothese vallen onder dit principe. In Duitsland zijn de vergoedingsaanspraken dus tot op zekere hoogte gerelateerd aan de *eigen verantwoordelijkheid* van de verzekerde. Daarnaast ligt de nadruk bij het vaststellen van de wettelijke vergoedingsaanspraken op *preventie* en indirect dus op *doeltreffendheid* van de geboden zorg vanuit het collectieve perspectief {Consult Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 26.06.03}.

7 Farmaceutische zorg

7.1 Farmaceutische zorg: aanspraken per land

Farmaceutische zorg: Nederland

Principe

Extramurale geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en de intramurale geneesmiddelen die binnen een ziekenhuis worden verstrekt worden vergoed. Aanspraak geldt alleen op voorschrift van een behandelend arts. Voor sommige geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS geldt een bijbetaling. Ook worden sommige extramurale geneesmiddelen alleen vergoed indien aan vooraf vastgestelde nadere voorwaarden is voldaan.

Aanspraken

Extramuraal

Het GVS bestaat uit drie bijlagen. Bijlage 1A omvat alle geneesmiddelen die geclusterd kunnen worden op basis van onderlinge therapeutische vervangbaarheid. Voor dergelijke clusters geldt een vergoedingslimiet. Deze is vastgesteld op basis van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen die in het betreffende cluster zitten. Voor alle geneesmiddelen uit hetzelfde cluster geldt dezelfde vergoedingslimiet per standaarddosering. In principe is in elk cluster dus een volledig vergoed product beschikbaar voor de verzekerde. Indien de voorschrijver kiest voor een duurder product uit het cluster, dan wordt dat deel van de prijs dat de vergoedingslimiet overschrijdt, als bijbetaling in rekening gebracht bij de verzekerde. Bijlage 1B omvat alle geneesmiddelen die niet zijn geclusterd maar die wel worden vergoed. Voor deze geneesmiddelen geldt geen vergoedingslimiet. 1B geneesmiddelen worden dus volledig vergoed. Aan de vergoeding van zowel bijlage 1A als bijlage 1B geneesmiddelen kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Diverse nadere voorwaarden worden gehanteerd, variërend van eisen die aan de voorschrijver worden gesteld, tot vooraf verleende toestemming van het ziekenfonds.

Intramuraal

Geneesmiddelen die intramuraal worden verstrekt worden volledig vergoed. Deze geneesmiddelen worden gefinancierd uit het ziekenhuisbudget. Bij intramurale geneesmiddelen komen geen bijbetalingen voor.

OTC

Zonder voorschrift heeft de verzekerde geen aanspraak op OTC middelen. Met voorschrift heeft de verzekerde alleen recht op vergoeding van die OTC geneesmiddelen die ook in het GVS zijn

opgenomen en waarvoor als nadere voorwaarde is gesteld dat deze geneesmiddelen alleen worden vergoed voor chronisch gebruik. Homeopathische middelen en alternatieve geneesmiddelen vallen niet onder de basisverzekering.

Eigen bijdragen

In principe kent het systeem geen wettelijke eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Bij extramurale geneesmiddelen is sprake van eigen betalingen in de vorm van genoemde bijbetalingen. Deze bijbetalingen zijn te voorkomen door de voorschrijver omdat per cluster altijd een volledig vergoed geneesmiddel beschikbaar is.

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Trends/overig

Niet van toepassing

Farmaceutische zorg: België {Consult RIZIV 11.02}} (36) (11)

Principe

Verzekerde heeft aanspraak op een wettelijk vastgestelde procentuele tegemoetkoming voor kosten van receptgeneesmiddelen opgenomen in de nationale Nomenclatuur (een positieve lijst). Aanspraak geldt alleen op voorschrift door behandelend arts of specialist. Voor sommige geneesmiddelen geldt alleen aanspraak indien aan bepaalde voorwaarde en/of een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds is voldaan.

Aanspraken

In principe geldt aanspraak op alle farmaceutische zorg die is opgenomen in de *Nomenclatuur* of wordt geleverd door het ziekenhuis en door de voorschrijver als medisch noodzakelijk en doelmatig wordt geacht. Voor aanspraak op sommige middelen gelden bepaalde voorwaarden en/of een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds.

De verzekerde heeft aanspraak op een wettelijk vastgestelde procentuele tegemoetkoming voor kosten van receptgeneesmiddelen. De hoogte van deze procentuele vergoeding wordt vastgesteld door de overheid en vastgelegd in de Nomenclatuur. Het vergoedingspercentage is gebaseerd op sociaal-maatschappelijke, farmacotherapeutische en doelmatigheidscriteria.

Deze regeling heeft geen betrekking op ziekenhuisproducten.

Eigen bijdragen

Wettelijke eigen bijdragen voor kosten van geneesmiddelen komen structureel voor. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage hangt samen met de vastgestelde vergoedingsclassificatie van het middel:

Categorie A (0%): levensnoodzakelijke middelen voor sommige zware en langdurige ziekten

Categorie B (25%): nuttige middelen op sociaal en geneeskundig vlak

Categorie C (50%): minder nuttige middelen op sociaal en geneeskundig vlak

Categorie Cs (60%): minder nuttige middelen op sociaal en geneeskundig vlak

Categorie Cx (80%): overgangscategorie; wachtlijst

Categorie D (100%): niet noodzakelijke en niet terugbetaalbare geneesmiddelen

Voor ziekenhuisrecepten geldt geen procentuele bijdrage maar wel een vaste eigen bijdrage van €0.62 per dag per recept. Voor preparaten bereid door de ziekenhuisapothek geldt een eigen bijdrage van max. €1.98 per preparaat.

Compensatiemechanismen

Voor gewone verzekerden:

Er geldt een maximale eigen bijdrage per recept van €9,30 en €15,49 voor middelen uit respectievelijk categorie B en C (geldt niet voor categorieën Cs en Cx)

Voor doelgroep:

De procentuele eigen bijdrage voor categorie B is 15%; er geldt een maximale eigen bijdrage per recept van €6.20 en €9.30 voor middelen uit respectievelijk categorie B en C (geldt niet voor Cs en Cx)

Eigen bijdragen voor geneesmiddelen uit categorie B en C vallen onder de Maximumfactuur regeling (zie sectie 3.2). Wettelijke eigen bijdragen voor geneesmiddelen worden in principe niet privaat herverzekerd.

Trends/overig

Niet van toepassing

Farmaceutische zorg: Frankrijk

Principe

De verzekerde heeft aanspraak op een wettelijk vastgestelde procentuele tegemoetkoming voor kosten van receptgeneesmiddelen opgenomen in de nationale Nomenclatuur (een positieve lijst). Aanspraak

geldt alleen op voorschrift door behandelend arts of specialist. Voor sommige geneesmiddelen geldt alleen aanspraak indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan en/of een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds is voldaan.

Toegang tot geneesmiddelen wordt gereguleerd middels twee wettelijke vastgestelde positieve lijsten:

Liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux:

Dit is een algemene vergoedingslijst en omvat alle middelen die op extramurale basis onder de ziektekostenverzekering kunnen worden verstrekt

Liste des produits agréés à l'usage des collectivités et divers

Deze lijst omvat vergoedbare middelen die op intramurale basis (in een publiek ziekenhuis, verzorgingsinstituut of revalidatiecentrum) verstrekt worden. Deze middelen zijn eventueel in de transmurale zorg ook in de apotheek verkrijgbaar. Het kan voorkomen dat middelen op deze lijst ook voorkomen op een aparte lijst de zogenoemde *Liste réservée à l'usage hospitalier*. De middelen op deze lijst worden uitsluitend in het ziekenhuis voorgeschreven en uitgegeven. De prijs van deze producten wordt door het ziekenhuis en fabrikant overeengekomen. Dit zijn vaak zeer dure middelen voor zeer ernstige aandoeningen.

Aan sommige producten wordt voor bepaalde tijd een marktautorisatie toegekend (*Autorisation temporaires d'utilisation* (ATU)); door middel van deze uitzonderingsregel kunnen bepaalde innovatieve middelen (bedoeld voor tot zo ver niet behandelbare ernstige ziekten), hangende de vergoedingsbeoordeling, onder voorwaarden door ziekenhuizen aan patiënten verstrekt worden.

Aanspraken

In principe geldt aanspraak op alle farmaceutische zorg die is opgenomen in de nationale Nomenklatuur of wordt geleverd door het ziekenhuis en door de behandelend arts is voorgeschreven. Voor aanspraak op sommige middelen gelden bepaalde voorwaarden en/of een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds.

De verzekerde heeft aanspraak op een wettelijk vastgestelde procentuele tegemoetkoming voor kosten van extramurale receptgeneesmiddelen. De hoogte van deze procentuele vergoeding wordt voor ieder geneesmiddel vastgesteld op basis van een evaluatie van de ernst van de aandoening, relatie tussen werkzaamheid en bijwerkingen, aanwezigheid alternatieve therapieën en het belang voor de volksgezondheid.

In principe is het zo dat de publieke ziektekostenverzekering 35% of 65% van de kosten (op basis van een wettelijke prijs) van een receptgeneesmiddel vergoedt. Net als bij andere zorgverstrekkingen wordt de wettelijke eigen bijdrage in principe overgenomen door de aanvullende private verzekering.

Voor bepaalde chronische ziekten geldt dat aan die ziekten gelieerde receptgeneesmiddelen volledig vergoed worden. Op deze lijst (*Liste des Affections longue durée exonérantes*) staan 31 ziekten vermeld.

Voor vergoeding van receptgeneesmiddelen worden in principe geen voorwaarden gesteld. Uitzondering hierop vormen de *medicaments d'exception* die alleen vergoed worden als voldaan is aan specifieke voorwaarden met betrekking tot de diagnosestelling, patiënt en voorschrijver. De arts dient het voorschrijven van deze middelen schriftelijk te motiveren en kan achteraf door het ziekenfonds hierop gecontroleerd worden. In 2002 kwamen 19 middelen op deze lijst voor, waaronder 7 groeihormonen, 4 anti-emetica in samenhang met bepaalde middelen tegen kanker, 3 middelen tegen multiple sclerose, 1 middel tegen erectiele disfunctie bij bepaalde patiënten, 1 middel tegen narcolepsie, 1 middel tegen maculaire degeneratie, 1 middel tegen aangezichts pijn en 1 middel tegen littekenvorming bij huidzweren {Documentatie Comité Economique des Produits Santé mei 2002} {Website CPAM Ardeche 14.04.2003}.

Geneesmiddelen die tijdens een ziekenhuisopname worden voorgeschreven worden zonder eigen bijdragen verstrekt.

Eigen bijdragen

Wettelijke eigen bijdragen voor kosten van geneesmiddelen komen structureel voor. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage hangt samen met de classificatie naar noodzakelijkheid van de verstrekking en kan variëren van 0% (voor noodzakelijke middelen), 35% - 65% voor minder ernstige aandoeningen tot 100% voor gemakproducten.

Voor ziekenhuisrecepten geldt geen wettelijke procentuele eigen bijdrage.

Compensatiemechanismen (18) (37)

Ontheffing van eigen bijdragen in het kader van *Liste des Affections longue durée exonérantes* (zie sectie3.3);

Ontheffing van eigen bijdragen voor doelgroepen in het kader van *Couverture Maladie Universelle*(zie sectie3.3)

Farmaceutische zorg: Verenigd Koninkrijk

Principe

De verzekerde heeft in principe kosteloos toegang tot alle noodzakelijke intramurale en extramurale receptgeneesmiddelen mits deze is voorgeschreven door een arts of specialist verbonden aan de NHS. In principe kunnen alle geregistreerde geneesmiddelen door de arts worden voorgeschreven en als zodanig worden verstrekt door de NHS. Sommige producten (OTC producten of producten waarvan de effectiviteit niet is aangetoond) worden echter niet verstrekt door de NHS. Deze middelen staan op de zogenoemde *zwarte* (negatieve) lijst (Schedule 10). Sommige middelen, vermeld op de *grijze* lijst (Schedule 11), mogen alleen onder specifieke voorwaarden worden voorgeschreven via de NHS.

Hoewel aanspraak en toegang tot geneesmiddelen in principe is gebaseerd op een door de voorschrijver gereguleerd systeem, worden aanspraken en toegang in toenemende mate centraal gereguleerd via nationale voorschrijfrichtlijnen gebaseerd op therapeutische, medische, sociale en doelmatigheidscriteria. Deze richtlijnen worden opgesteld door het NHS orgaan *National Institute of Clinical Excellence* en hebben in toenemende mate een bindend karakter.

Alle voorgeschreven intramurale en extramurale geneesmiddelen worden op basis van natura aan de verzekerde verstrekt. Voor extramurale geneesmiddelen geldt echter een eigen bijdrage van GBP 6.30 per afgeleverd receptgeneesmiddel.

Aanspraken

De zorg bestaat uit geneesmiddelen, voedingsmiddelen met een medische toepassing en verbandmiddelen zoals voorgeschreven door een NHS arts mits deze niet voorkomen op de negatieve zwarte lijst (Schedule 10).

Toegang tot NHS receptgeneesmiddelen verloopt primair via de arts als voorschrijver. In de praktijk wordt toegang tot specifieke geneesmiddelen gereguleerd door behandelrichtlijnen die zijn opgesteld door de lokale gezondheidsautoriteiten, de *Primary Care Trusts*. Deze PCTs hebben de verantwoordelijkheid in hun regio alle noodzakelijke zorg aan te bieden binnen een centraal vastgesteld budget. Het kan voorkomen dat door regionale verschillen in beleid en voorschrijfrichtlijnen de (mate van) toegang voor bepaalde geneesmiddelen kan variëren tussen regio's. Dit verschijnsel noemt men *postcode prescribing*. De richtlijnen van NICE zijn een reactie op deze vermeende regionale ongelijkheid in de zorgaanspraken. De regio's zijn in toenemende mate verplicht om middelen aan te wenden om het aanbod van die verstrekkingen die door NICE zijn aanbevolen, te garanderen.

De verzekerde heeft geen aanspraak op OTC middelen, homeopathische middelen of alternatieve geneesmiddelen.

Eigen bijdragen

Er geldt een nominale eigen bijdrage van GBP 6.30 per afgeleverd receptgeneesmiddel die bij het afhalen door de verzekerde voldaan moet worden {www.doh.gov.uk/nhscharges; mei 2003}. Deze eigen bijdrage geldt niet voor geneesmiddelen die tijdens een ziekenhuisopname worden voorgeschreven.

Compensatiemechanismen (33)

Ontheffing van de eigen bijdrage voor een receptgeneesmiddel voor bepaalde groepen:

kinderen, studerenden onder 19 (Engeland), alle jongeren onder 25 jaar (Wales), alle personen boven 60 jaar, zwangere vrouwen of vrouwen die bevallen zijn van een kind in het voorafgaande jaar, personen die aan huis gebonden zijn, personen met een bepaalde chronische medische conditie en NHS patiënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis.

Niet vrijgestelde personen die (tijdelijk) veelvuldig gebruik maken van receptgeneesmiddelen, kunnen een NHS certificaat kopen dat tegen een lager tarief de receptvergoeding vervangt.

Farmaceutische zorg: Duitsland {SGB V}

Principe

De verzekerde heeft in principe kosteloos toegang tot noodzakelijke intramurale en extramurale receptgeneesmiddelen mits deze zijn voorgeschreven door een erkend arts.

Sinds 1999 komen nieuwe geneesmiddelen niet meer in aanmerking voor vergoeding onder de publieke ziektekostenverzekering indien:

- a) ze niet als noodzakelijke behandeling worden opgevat
- b) andere middelen effectiever of kosten-effectiever zijn
- c) niet-farmaceutische middelen effectiever of kosteneffectiever zijn
- d) het om combinatietherapie gaat en monotherapie effectiever of kosten-effectiever zijn
- e) de effectiviteit niet aangetoond is

De zorg bestaat uit geneesmiddelen, voedingsmiddelen met een medische toepassing en verbandmiddelen. In principe geldt aanspraak op alle geregistreerde en gelicenseerde middelen met uitzondering van middelen tegen verkoudheid en griep, mond en keelaandoeningen, laxeermiddelen en middelen tegen reisziekte. Deze middelen worden echter wel vergoed voor kinderen tot 18 jaar. Daarnaast is in de Sozialgesetzbuch bepaald dat middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn in

apotheek, drogist of supermarkt niet vergoedbaar zijn onder de publieke ziektekostenverzekering (§31 SGB V; 01.01.02).

Volgens de *Gesundheitsreform* die door het Duitse kabinet is voorgesteld, geldt een beperking van het aantal vergoedbare geneesmiddelen middels invoering van een positieve geneesmiddelenlijst en de uitsluiting van diverse OTC middelen, ‘lifestyle middelen’ en middelen waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is aangetoond. Hiervan uitgezonderd zijn kinderen tot 12 jaar en jeugdigen met ontwikkelingsstoornissen. Daarnaast zullen bovenstaande middelen eventueel wel vergoedbaar worden gesteld voor een aantal (10-12) indicatiegebieden (21).

In de huidige situatie geldt dat voor sommige producten een vergoedingslimiet vastgesteld kan worden indien er een goedkoper alternatief is. Voor deze middelen moet de verzekerde het verschil (supplement of Festbetrag) bijbetalen. Echter, 93% van alle middelen met een vergoedingslimiet zijn voor een prijs gelijk aan deze limiet verkrijgbaar (38). Het nationale overlegorgaan van artsen en ziekenfondsen (*Bundesausschuss*) stelt vast voor welke middelen een vergoedingslimiet wordt vastgelegd; de overlegorganen van ziekenfondsen (*Spitzenverbände*) stellen de hoogte van deze limieten vast.

Voor sommige geneesmiddelen worden door de nationale artsenorganisatie (*Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KAV)) centrale behandelrichtlijnen (*Arzneimittel Richtlinien*) vastgesteld die bindend zijn voor artsen. Daarnaast gelden voor sommige middelen beroepsgroep (indicatie) gebonden budgettaire kaders (*Richt Grosse*) die niet overschreden mogen worden; er vindt monitoring plaats van het voorschrijfgedrag van artsen.

Eigen bijdragen

Huidige situatie:

Er geldt een vaste eigen bijdrage van €4, €4,50 of €5 per verpakking (niet per recept) afhankelijk van pakgrootte;

Eventueel supplementbetalingen (*Festbetrag*) voor producten die geprijsd zijn boven de vergoedingslimiet (13);

Beoogde situatie:

In de door het Duitse kabinet voorgestelde *Gesundheitsreform* is een grondwettelijke eigen bijdrage opgenomen van 10% (minimaal €5 en maximaal €10) voor alle extramurale verstrekkingen, waaronder geneesmiddelen. Het is niet duidelijk welke gevolgen deze eigen bijdrage heeft voor de genoemde eigen bijdrage per verpakking (21).

Compensatiemechanismen

- a) Volledige ontheffing van de vaste eigen betaling per receptverpakking voor kinderen jonger dan 18 jaar (20);
- b) Volledige ontheffing van lage inkomensgroepen conform de algemene compensatieregeling (zie sectie 3.5);
- c) Verzekerden die voor behandeling van een aandoening gedurende 1 kalenderjaar meer dan 1% van het bruto jaarinkomen aan eigen bijdragen hebben betaald worden voor de verdere duur van deze aandoening van eigen bijdragen ontheven, mits het om een 'chronische aandoening' gaat {www.uni-apotheke.de; augustus 2003};
- d) Bepaalde zorgafhankelijke groepen (zoals oorlogsinvaliden, slachtoffers van geweld, en personen met schade als gevolg van vaccinatie) ontheven van deze eigen bijdrage voor die geneesmiddelen die betrekking hebben op de gerelateerde aandoening {SGB V; 01.01.02}.

7.2 Casuïstiek farmaceutische zorg

Farmaceutische Zorg Nederland		
Product & Indicatie	Vergoeding	Vergoedingsvoorwaarden/Behandelrichtlijnen
Enbrel (Etanercept) Reumatoïde artritis of juvenile chronische arthritis	100%	Vergoedingsvoorwaarden: uitsluitend voor verzekerde die lijdt aan: a) actieve RA met onvoldoende response op of intolerantie voor behandeling met verschillende DMADs waaronder ten minste methotrexaat; tenzij er sprake is van een contra indicatie voor methotrexaat b) actieve polyarticulaire juvenile chronische arthritis (4-17 jaar) die onvoldoende reageert op methotrexaat; op voorschrift door deskundig specialist; toestemmingsvereiste ziekenfonds
Viramune (Nevirapine) HIV-1 infectie	100%	Vergoedingsvoorwaarden: uitsluitend voor verzekerde op medische indicatie: HIV-1 infectie met immunodeficientie; alleen op voorschrift door internist of kinderarts verbonden aan een daartoe gemachtigd ziekenhuis (geldt ook voor herhaalrecepten); Voorschrift in combinatie met andere anti-retrovirale middelen
Exelon (Rivastigmine) Ziekte van Alzheimer	100%	Vergoedingsvoorwaarden: uitsluitend op voorschrift door specialist overeenkomstig behandelprotocol Alzheimer. Andere vormen van dementie moeten worden uitgesloten d.m.v. uitgebreide diagnostiek; Mini Mental State Examination tussen 10 -26; Toestemmingsvereiste ziekenfonds
Xenical (Orlistat) Obesitas	Geen	Indicatie: obesitas in combinatie met dieet met BMI>30 of met BMI>28 met risicofactoren
Zyban (Bupropion)	Geen	Indicatie: hulpmiddel bij stoppen met roken in combinatie met ondersteuning van de motivatie tot stoppen met roken
Viagra (Sildenafil)	Geen	Indicatie: erectiele disfunctie
Vioxx (Rofecoxib) Verlichting artrose of RA	100%	Geen nadere vergoedingsvoorwaarden. Behandelrichtlijn (CFH advies): goedkopere conventionele prostaglandinesynthetaseremmers hebben de voorkeur; voor rofecoxib kan gekozen worden indien er verhoogd risico voor de maag bestaat en gebruik van een prostaglandinesynthetaseremmer geïndiceerd is als alternatief voor conventionele co-medicatie (zoals een protonpompremmer)
Lipitor (Atorvastatine) Hypercholesterolemie	100%	Vergoedingsvoorwaarden: uitsluitend voor verzekerde die: a) lijdt aan een vorm van erfelijke hypercholesterolemie of b) die een sterk verhoogde kans heeft op kransslagaderlijden als gevolg van een cholesterolgehalte > 8,0 mmol/l met tenminste één dan wel een cholesterolgehalte > 6,5 mmol/l met ten minste twee risicofactoren ((1) coronair atherosclerotische hartziekten in de anamnese (2) familie-anamnese van CAHZ voor het 60 ^e jaar (3) diabetes mellitus (4) hypertensie; en bij wie een dieet van 6 maanden onvoldoende effectief was.
Losec (Omeprazole) Ulcus duodeni (o.a.)	100%	Geen nadere vergoedingsvoorwaarden Behandelrichtlijn (CFH advies): als eerstelijns en tweedelijns therapie voor respectievelijk ernstige en lichte/milde slokdarmoprispingen;
Relenza (Zanamivir)	Geen	Indicatie: influenza bij personen met verschijnselen ten tijde dat ziekte heerst
Microgynon (de Pil)	100%	Anticonceptiepil. Geen nadere vergoedingsvoorwaarden
Cerezyme (Imiglucurase) Ziekte van Gaucher	100%	Vergoedingsvoorwaarden: uitsluitend voor behandeling van Ziekte van Gaucher volgens de door de beroepsbeoefenaren aanvaardde richtlijnen en mits (de eerste keer) voorgeschreven door een internist-hematoloog of een kinderarts-hematoloog in een academisch ziekenhuis
Taxol (Paclitaxel) Mammacarcinoom	100%	Geen nadere vergoedingsvoorwaarden. Behandelrichtlijn: voor behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom na het falen of niet in aanmerking komen van standaard anthracyclinebevattende therapie {CBO Behandelrichtlijnen Mammacarcinoom}
Otrivin (Xylometazoline)	Geen	Indicatie: rhinitis; OTC product
Strepsils	Geen	OTC product
Paracetamol 500mg Koortsverlaging	100%	OTC product; uitsluitend vergoed bij voorschrift voor chronisch gebruik ter behandeling van een chronische aandoening m.u.v. eerste recept (14 dagen)
Augmentin Luchtweginfectie	100%	CFH advies: indien behandeling met amoxicilline niet afdoende is
Lamisil (Terbinafine) Kalknagels	100%	Geen nadere wettelijke vergoedingsvoorwaarden CFH advies: behandeling is in principe cosmetisch van aard; indien behandeling is aangewezen dan alleen na mycologische bevestiging

Tabel 4. {Farmacotherapeutisch Kompas 10/2002} {CVZ 2002}

Farmaceutische Zorg België		
Product & Indicatie	Vergoeding	Vergoedingsvoorwaarden/Behandelrichtlijnen
Enbrel (Etanercept) Reumatoïde artritis of juvenile chronische artritis	75%; e.b. € 9,30 p.v. (4 x 1 ml)*	Uitsluitend voor verzekerden die lijden aan: a) actieve reumatoïde artritis (voor volwassenen) b) juvenile chronische artritis met een leeftijd tussen 4 en 18 jaar die gelijktijdig aan volgende voorwaarden voldoen: a) aangetoonde intolerantie of onvoldoende reactie op behandeling met methotrexaat en/of andere alternatieven b) aanwezigheid van actieve synovitis ter hoogte van minstens vijf gewrichten c) afwezigheid van evolutieve tuberculose; Alleen op voorschrift door deskundig specialist; Iedere 12 maanden monitoring en toestemmingsvereiste ziekenfonds
Viramune (Nevirapine) HIV-1 infectie	100%	Vergoeding uitsluitend voor HIV-geïnfecteerden met ziekteverschijnselen, dan wel met een aantal CD4-cellen dat gelijk is aan of lager dan 500/mm ³ of een virale last gelijk aan of hoger dan 5.000 kopieën RNA/ml; Iedere 12 maanden monitoring en toestemmingsvereiste ziekenfonds
Exelon (Rivastigmine) Ziekte van Alzheimer	75%; e.b. max € 9,30 p.v. (3 mg x 28)*	Vergoeding uitsluitend voor symptomatische behandeling van lichte tot matig ernstige vormen van ziekte van Alzheimer; bevestigde diagnose door specialist op basis van protocol; MMSE score > 12 (indien > 24 bevestiging door cognitieve test); uitsluiting herseninfarct door hoogwaardige diagnostiek; alleen na multidisciplinaire assessment van geschiktheid patient op basis van functionele, gedragsmatige en sociale criteria; iedere 6 maanden monitoring en toestemmingsvereiste ziekenfonds vereist
Xenical (Orlistat) Obesitas	Geen	Indicatie: obesitas in combinatie met een dieet
Zyban (Bupropion)	Geen	Indicatie: hulpmiddel bij stoppen met roken in combinatie met ondersteuning van de motivatie tot stoppen met roken
Viagra (Sildenafil)	Geen	Indicatie: erectiele disfunctie
Vioxx (Rofecoxib) Verlichting artrose of RA	75%; e.b. max € 9,30 p.v. (12,5 mg x 28)*	Vergoeding uitsluitend voor behandeling van: a) artrose (bij verzekerden > 64 jaar) voor pijnbehandeling waarvoor paracetamol niet afdoende is; b) RA (voorschrift door huisarts vereist aanbeveling door reumatoloog; terugbetaalbare maximale dosering van 25 mg per dag)
Lipitor (Atorvastatine) Hypercholesterolemie	100% / 75%; e.b. max € 9,30 p.v. (10 mg x 28)*	Categorie A: familiale hypercholesterolemie; diagnose door hypercholesterolemie (> 300 mg/dl) en voelbare peesxanthomen en coronaropathie bij verzekerde of familie; Categorie B: behandeling hyperlipidemie na falen van behandeling met dieet; Beide categorieën: jaarlijkse monitoring effectiviteit en toestemmingsvereiste ziekenfonds vereist (de monitoringvereiste wordt in 2003 afgeschaft)
Losec (Omeprazole) Ulcus duodeni (o.a.)	75% e.b. max € 9,30 p.v. (20 mg x 28)*	Vergoeding uitsluitend voor: Gelimiteerde behandeling van duodenumulcus (max 2 – 4 weken), maagulcus (maximaal 8 weken; maximum van 2 verpakkingen), peptische refluxoesofagitis (max 4 weken); ter preventie van recidiven van duodenumulcers (6 maanden); behandeling van ernstige hemorrhagische gastritis; behandeling van gastro-oesofagale reflux indien andere maatregelen niet afdoende zijn; toestemmingsvereiste ziekenfonds (komt te vervallen in 2003)
Relenza (Zanamivir)	Geen	Indicatie: influenza bij personen met verschijnselen ten tijde dat ziekte heerst
Microgynon (de Pil)	20%; e.b. €7.66 p.v. (3 x 21)	Uitsluitend voor indicatie in bijsluiter (orale anticonceptie)
Cerezyme (Imiglucurase) Ziekte van Gaucher	100%	Uitsluitend vergoed bij behandeling van een lange termijn enzymsuppletie bij een rechthebbende met een bevestigende diagnose van Type I ziekte van Gaucher met ernstige ziekteverschijnselen
Taxol (Paclitaxel) Mammacarcinoom	100%	Vergoeding uitsluitend voor behandeling van: lokaal gevorderd of gemetastaseerd borstcarcinoom indien behandeling met anthracyclinen niet afdoende is gebleken of aantoonbaar contra-geïndiceerd is; Iedere 6 maanden monitoring en toestemmingsvereiste ziekenfonds
Otrivin	Geen	Indicatie: rhinitis; OTC product
Strepsils	Geen	OTC product
Paracetamol 500mg	Geen	Indicatie: koortsverlaging
Augmentin Luchtweginfectie	75%; e.b. max € 9,30 p.v.	Vergoeding beperkt tot indicaties opgenomen in de bijsluiter (kortdurende behandeling van bacteriële infecties)
Lamisil (Terbinafine) Kalknagels	75%; e.b. max € 9,30 p.v. (250 mg x 14)	Vergoedbaarheid beperkt tot indicaties uit de bijsluiter: Schimmelinfecties van de huid, haren en nagels

Tabel 5. {Consult RIZIV 11/02}; * op basis van gewone verzekerde; doelgroep WIGW kent verhoogde vergoeding (e.b. eigen bijdrage; p.v. : per verpakking)

Farmaceutische Zorg Frankrijk		
Product & Indicatie	Vergoeding/ Prijs	Vergoedingsvoorwaarden/ Behandelrichtlijnen
Enbrel (Etanercept) Reumatoïde artritis of juvenile chronische artritis	65%; 35% herverzekerd	Behandeling reumatoïde polyarthritis bij volwassenen met onvoldoende respons op of contra-indicatie voor klassieke behandeling (waaronder methotrexaat); behandeling van ernstige, actieve en progressieve reumatoïde polyarthritis bij volwassenen; behandeling van chronische juvenile chronische artritis bij kinderen van 4 tot 17 jaar met onvoldoende respons op of contra-indicatie voor methotrexaat; Eerste voorschrift door een specialist met ervaring in diagnose en behandeling van reumatoïde polyarthritis {Vidal 11.2002}
Viramune (Nevirapine) HIV-1 infectie	100%	Behandeling van progressieve of gevorderde HIV-1 infectie Eerste voorschrift (voor 3 maanden) door ziekenhuisspecialist; daarna (voor maximaal 3 x 3 maanden) vernieuwing mogelijk via huisarts; na 1 jaar herhaling van cyclus {Vidal 11/2002}
Exelon (Rivastigmine) Ziekte van Alzheimer	65%; 35% herverzekerd 3 mg x 28: €50,80 3 mg x 56: €97,54 {Vidal 11/2002}	Symptomatische behandeling van lichte en middelzware vormen van Alzheimer; MMSE score tussen 10 en 26; compliance garantie door omgeving; voortdurende monitoring van effectiviteit; initiatie en jaarlijkse voortzetting van behandeling op voorschrift van een deskundig specialist ^{1,2} {TC advies 18/4/2001}
Xenical (Orlistat) Obesitas	Geen; 120 mg x 84: €89,94	Vergoedingsaanvraag in 2000 ingetrokken door sponsor {Vidal 11.2002}
Zyban (Bupropion)	Geen; 150 mg x 60: € 84,90	Geen vergoeding aangevraagd {Vidal 11.2002}
Viagra (Sildenafil)	Geen; 4 x 25 mg: €37,96 4 x 50 mg: €44,21	Geen vergoeding aangevraagd {Vidal 11.2002}
Vioxx (Rofecoxib) Verlichting artrose of RA	65%; 35% herverzekerd 12,5mg x 28: €32,72 25 mg x 28: €39,79 {Vidal 11/2002}	Voorschrift in eerste instantie door specialist ² Geen nadere voorwaarden {TC advies 3.4.02}
Lipitor (Atorvastatine) Hypercholesterolemie	65%; 35% herverzekerd 10mg x 28: €25,44 {Vidal 11/2002}	Behandeling hypercholesterolemie type IIa of gemengd (IIb en III) Behandeling van homozygote familiäre hypercholesterolemie ter aanvulling van andere behandelingen of bij afwezigheid aanvullende behandelingen; geen nadere voorwaarden {TC advies 21.3.01}
Losec (Omeprazole) Ulcus duodeni (o.a.)	65%; 35% herverzekerd 10 mg x 28: €13,55 {Vidal 11/2002}	Behandeling van progressieve zweren van maag of duodenum; Co-therapie eradicatie van Helicobacter Pylori; Maag-slokdam oprispingen; Preventie van maagzweer bij chronisch NSAID gebruik bij risicogroepen Geen nadere voorwaarden {TC advies 29.05.02}
Relenza (Zanamivir)	Geen; retail prijs onbekend	Verlichting Influenza A & B voor volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar met griepsymptomen tijdens circulatie van het virus; Geen vergoeding aangevraagd {Vidal 11.2002}
Microgynon (de Pil)	65%; 35% herverzekerd 21 tabletten: €3,00	Uitsluitend voor indicatie volgens bijsluiter (orale anticonceptie) {Vidal 11.2002}
Cerezyme (Imiglucurase) Ziekte van Gaucher	Ziekenhuisproduct; prijs overeenkomst fabrikant en ziekenhuis	Tijdelijke marktlicentie (<i>Autorisation temporaires d'utilisation</i>)
Taxol (Paclitaxel) Mammacarcinoom	Ziekenhuisproduct; prijs overeenkomst fabrikant en ziekenhuis	Tweedelijnsbehandeling van mammacarcinoom; uitsluitend op voorschrift van oncoloog, klinische radioloog of pneumoloog met ervaring in behandeling met chemotherapie; uitsluitend beschikbaar op intramurale basis (in een publiek ziekenhuis of instelling) ³
Otrivin (Xylometazoline)	Geen	OTC product voor rhinitis
Strepsils	Geen; 24 pastilles: €5,64 {Vidal 11/2002}	OTC product
Paracetamol 500mg	0-65%	Indicatie: koortsverlaging; vergoeding afhankelijk van formulering en brand
Augmentin Luchtweginfectie	65% 35% herverzekerd	Augmentin 500/125 niet op Franse markt; andere Augmentin formuleringen worden 65% vergoed
Lamisil (Terbinafine) Kalknagels	65% 35% herverzekerd 250mg x 14 tabl: €32,11 {Vidal 11/2002}	Geen nadere voorwaarden

Tabel 6. ¹Liste des médicaments remboursables aux assurances sociales; ²Liste des produits agréés à l'usage des collectivités et divers; ³Liste réservée à l'usage hospitalier; {Consult Public Health expert Hôpital Henri Mondor 17.04.03} {Vidal 11.2002} {Adviezen Commission de la Transparence (TC); AFSSAPS}

Farmaceutische Zorg Verenigd Koninkrijk		
Product & Indicatie	Vergoeding	Vergoedingsvoorwaarden/ Behandelrichtlijnen
Enbrel (Etanercept) Reumatoïde artritis of juvenile chronische artritis	100%	Aanspraak en behandeling overeenkomstig advies NICE maart 2002; Uitsluitend voor verzekerde met actieve reumatoïde artritis of met juvenile chronische artritis die niet succesvol is behandeld met tenminste twee alternatieve klassieke behandelingen (waaronder methotrexaat)
Viramune (Nevirapine) HIV-1 infectie	100%	Behandeling van progressieve of gevorderde HIV infectie; Voorschrift in combinatie met andere anti-retrovirale middelen; Mogelijke toestemmingsvereiste of voorschrijfrichtlijnen door betreffende PCT
Exelon (Rivastigmine) Ziekte van Alzheimer	100%	Aanspraak en behandeling overeenkomstig advies NICE januari 2001; Behandeling van milde tot matig ernstige vormen van de Ziekte van Alzheimer gediagnosticeerd in een speciale kliniek; consultatie van omgeving m.b.t. toestand van de patient en compliance; Mini Mental State Examination > 12; continuering behandeling afhankelijk van monitoring MMSE score; geen continuering indien score < 12
Xenical (Orlistat) Obesitas	100%	Voorwaardelijk vergoedbaar volgens NICE advies maart 2001: Deelbehandeling voor volwassenen die in de maand voorafgaand aan behandeling 2,5 kg gewicht verloren met een BMI \geq 30 kg/m ² ; patient lijdt aan co-morbiditeit die voortduurt ondanks routine behandeling als voor DMII, hypertensie of hoog cholesterol; duur van behandeling is afhankelijk van het en varieert van 3, 6, 12 en nooit langer dan 24 maanden
Zyban (Bupropion)	100%	Aanspraak en behandeling overeenkomstig advies NICE april 2002 Ter ondersteuning van gemotiveerde poging te stoppen met roken in combinatie met professionele hulp; behandeling in principe gelimiteerd tot 2-4 weken na beoogde stopdatum; tweede kuur alleen mogelijk onder strenge voorwaarden en in principe niet binnen 6 na eerste kuur; mogelijke toestemmingsvereiste bij betreffende PCT
Viagra (Sildenafil)	100%	Aanspraak en behandeling overeenkomstig voorwaarden <i>Schedule 11</i> {Drug Tariff 11/2002}; (39); Behandeling van personen die op 14/9/98 een soortgelijke NHS behandeling ontvingen; Behandeling van personen lijdend aan diabetes, MS, Parkinson's, dwarslaesie, prostaatkanker, ernstige heupschade, spina bifida; Behandeling van personen die een dialyse behandeling krijgen voor nierfalen; Behandeling van personen die hebben ondergaan een prostatectomie, radicale heupchirurgie of een niertransplantatie bij nierfalen hebben ondergaan; Mogelijk toestemmingsvereiste bij betreffende PCT
Vioxx (Rofecoxib) Verlichting artrose of RA	100%	Voorwaardelijk vergoedbaar volgens NICE advies juli 2001: Niet bedoeld als routine behandeling; behandeling als alternatief voor standaard NSAIDs van RA of OA bij personen met een verhoogd risico op maagaandoeningen; mogelijk toestemmingsvereiste bij betreffende PCT
Lipitor (Atorvastatine) Hypercholesterolemie	100%	Behandeling van primaire hypercholesterolemie; heterozygote en homozygote familiale hypercholesterolemie of gecombineerde hyperlipidemie in patienten met onvoldoende respons op dieet en andere gepaste maatregelen {BNF 09.2002}; mogelijk voorschrijfrichtlijnen van PCT; NICE evaluatie gepland voor 2003
Losec (Omeprazole) Ulcus duodeni (o.a.)	100%	Uitsluitend voor behandeling van gastro-duodenale ulcer indien er sprake is van ernstige symptomen {NICE advies}; Eerstelijnsbehandeling (korte behandeling) bij gastro-oesophagale reflux met ernstige symptomen en bij complicaties; Preventie van een NSAID geassocieerde maagzweer bij patienten met langdurig NSAID gebruik {BNF 09.2002}
Relenza (Zanamivir)	100%	Aanspraak en behandeling overeenkomstig NICE advies maart 2003; behandeling van griepachtige symptomen bij risicogroepen (65+, longpatienten, hartpatienten (exclusief hypertensiepatienten), mensen met verminderde afweer en DM patienten) maar uitsluitend in het geval van een griep epidemie binnen 48 uur na begin griepsymptomen
Microgynon (de Pil)	100%	Op voorschrift van behandelend arts
Cerezyme (Imiglucurase) Ziekte van Gaucher	100%	Mogelijk toestemmingsvereiste van PCT Op voorschrift van een specialist
Taxol (Paclitaxel) Mammacarcinoom	100%	Voor behandeling van gemetastaseerd mammacarcinoom na het falen of niet in aanmerking komen van standaard anthracycline bevattende therapie.
Otrivin	0%	Zonder recept verkrijgbaar
Strepsils	0%	Zonder recept verkrijgbaar
Paracetamol 500mg	0%	Zonder recept verkrijgbaar
Augmentin Luchtweginfectie	100%	Behandeling van ontsteking aan amandelen of luchtwegen indien behandeling met amoxicilline niet afdoende is
Lamisil (Terbinafine)	100%	Op voorschrift van behandelend arts tegen kalknagels

Tabel 7. {BNF 40} {Drug Tariff 11.02} {www.nice.org.uk}; PCT: Primary Care Trust

Farmaceutische Zorg Duitsland		
Product & Indicatie	Vergoeding/ EB	Vergoedingsvoorwaarden
Enbrel (Etanercept) Reumatoïde artritis of juvenile chronische artritis	100% EB €4,50	Vergoedingsvoorwaarden in <i>Arzneimittel Richtlinien</i> (oktober 2002): Behandeling van RA indien intolerantie of onvoldoende reactie op behandeling met methotrexaat en/of andere alternatieven. Alleen op voorschrift en na instemming door een deskundig specialist (bijvoorbeeld bij het ziekenfonds) De <i>Richtlinien</i> vermelden (nog) geen voorwaarden voor de indicatie juvenile chronische artritis
Viramune (Nevirapine) HIV-1 infectie	100% EB €4,00	Geen vergoedingsvoorwaarden gesteld in <i>Arzneimittel richtlinien</i> (oktober 2002)
Exelon (Rivastigmine) Ziekte van Alzheimer	100% EB €4,00	Geen nadere vergoedingsvoorwaarden gesteld in <i>Arzneimittel richtlinien</i> (oktober 2002) Klinische richtlijn: voor behandeling van milde tot matig ernstige vormen van de ziekte van Alzheimer { <i>Rote Liste</i> }
Xenical (Orlistat) Obesitas	Geen	Afvalmiddelen worden niet vergoed door de sociale ziektekostenverzekering {SGB-V}
Zyban (Bupropion)	Geen	Hulpmiddelen bij stoppen met roken worden niet vergoed door de sociale ziektekostenverzekering {SGB-V}
Viagra (Sildenafil)	Geen	Middelen tegen erectiele dysfunctie en potentieverhogende middelen worden niet vergoed door de sociale ziektekostenverzekering
Vioxx (Rofecoxib) Verlichting artrose of RA	100%	Vergoedingsvoorwaarden in <i>Arzneimittel Richtlinien</i> (oktober 2002): Uitsluitend voor behandeling van artrose en reumatoïde artritis indien de conventionele behandeling gecontra-indiceerd is
Lipitor (Atorvastatine) Hypercholesterolemie	100% EB €4,00	Geen vergoedingsvoorwaarden gesteld in <i>Arzneimittel Richtlinien</i> (oktober 2002) Klinische richtlijn: voor behandeling van verhoogde cholesterolgehalte bij familiäre hypercholesterolemie, primaire hypercholesterolemie en gekombineerde hyperlipidemie indien dieet en andere maatregelen niet afdoende zijn { <i>Rote Liste</i> }
Losec (Omeprazole) Ulcus duodeni (o.a.)	100%	Geen vergoedingsvoorwaarden gesteld in <i>Arzneimittel Richtlinien</i> (oktober 2002) Klinische richtlijn: Behandeling van progressieve zweren van maag of duodenum; als co-therapie eradication van <i>Helicobacter Pylori</i> en maag-slokdarm oprispingen { <i>Rote Liste</i> }
Relenza (Zanamivir)	100% EB €4,00	Vergoedingsvoorwaarden in <i>Arzneimittel Richtlinien</i> (oktober 2002): Alleen indien een griepvaccinatie contra-geïndiceerd is bij de verzekerde;
Microgynon (de Pil)	100% t/m 20 jaar { <i>Rote Liste</i> }	Alleen voor verzekerden tot en met het 20 ^e levensjaar {Sozialgesetzbuch V, § 24a, Abs. 2}
Cerezyme (Imiglucurase) Ziekte van Gaucher	100%	Geen nadere informatie
Taxol (Paclitaxel) Mammacarcinoom		Geen vergoedingsvoorwaarden gesteld in <i>Arzneimittel richtlinien</i> (oktober 2002); Klinische richtlijn: tweedelijnsbehandeling van mammacarcinoom { <i>Rote Liste</i> }; Paclitaxel is opgenomen in de Richtgrosse; er geldt een budgettaire beperking voor voorschrijvers per beroepsgroep
Otrivin (Xylometazoline)	Geen	Alleen vergoed voor verzekerden tot en met 18 jaar {Sozialgesetzbuch V, § 34, Abs. 1}
Strepsils	Geen	Alleen vergoed voor verzekerden tot en met 18 jaar {Sozialgesetzbuch V, § 34, Abs. 1}
Paracetamol 500mg Koortsverlaging	Geen	In principe niet vergoedbaar volgens §31 SGB V; vergoedbaarheid in individuele gevallen middels een verklaring van de arts is niet uitgesloten
Augmentin Luchtweginfectie	100% EB €4,00	Behandeling van een infectie met gram negatieve/positieve Amoxicilline resistente indringers die terug te voeren is op β -Lactamasen maar op de combinatie amoxicilline en clavulaanzuur goed reageren.
Lamisil (Terbinafine) Kalknagels	100% EB €4,00	Klinische richtlijn: voor therapieresistente schimmelinfecties van de huid, haren en nagels; bevestiging diagnose d.m.v. laboratoriumonderzoek aanbevolen { <i>Rote Liste</i> }

Tabel 8. {Consult BKK 19.03.03} {SGB-V}(40){*Rote Liste* 12.02.03}(40)

7.3 Casuïstiek farmaceutische zorg: internationale overeenkomsten en verschillen

De mate waarin een verzekerde via de publieke verzekering aanspraak kan maken op een bepaald geneesmiddel wordt in eerste instantie bepaald door de wijze waarop de toegang tot geneesmiddelen gereguleerd in de diverse landen is. Deze regulering komt uiteindelijk tot uitdrukking in:

- a) de vergoedingsstatus van het geneesmiddel in het verzekeringsstelsel van het betreffende land
- b) eventuele nadere vergoedingsvoorwaarden gesteld aan het geneesmiddel zoals indicatiestelling, behandelrichtlijnen en eventueel een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds

In dit kader kan men vervolgens twee zaken onderscheiden die van belang zijn voor de verzekerde als het gaat om zijn/haar aanspraken op het geneesmiddel:

- a) toegang tot het geneesmiddel
- b) mate van vergoeding van de kosten van het geneesmiddel

Alle onderzochte landen hanteren een verschillende systematiek voor het vaststellen van de vergoedingsstatus en eventuele nadere voorwaarden voor het geneesmiddel die uiteindelijk toegang tot het middel en de vergoeding daarvan beïnvloedt. Deze systematiek, beschreven in sectie 7.1, wordt hieronder kort toegelicht:

In Nederland bestaat volgens de ziekenfondswet alleen aanspraak op extramurale geneesmiddelen die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en de intramurale geneesmiddelen die binnen een ziekenhuis worden verstrekt. Aanspraak geldt alleen op voorschrift van een behandelend arts. Voor sommige geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS geldt een bijbetaling. In principe moet er echter in het GVS altijd een alternatief middel beschikbaar zijn waarvoor geen bijbetaling verschuldigd is. Sommige extramurale geneesmiddelen worden alleen vergoed indien aan vooraf vastgestelde nadere voorwaarden is voldaan.

Opname van een geneesmiddel in het basispakket

In België en Frankrijk wordt ook gewerkt met een dergelijke (positieve) geneesmiddelenlijst en de toepassing van specifieke voorwaarden aan sommige geneesmiddelen. In Duitsland en Engeland echter is geen sprake van een positieve lijst maar van een negatieve lijst. In deze landen komt in principe elk geregistreerd geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking mits het door een arts is voorgeschreven en niet vermeld staat op de negatieve lijst. Ook deze landen werken met nadere vergoedingsvoorwaarden voor sommige geneesmiddelen. Duitsland heeft onlangs besloten tot invoering van een positieve lijst (zie sectie 10.2).

Naast een integrale afweging van therapeutische waarde en noodzakelijkheid in de besluitvorming omtrent de opname van geneesmiddelen in het basispakket, of het vaststellen van nadere vergoedingsvoorwaarden, neemt in alle landen het belang van de criteria effectiviteit (doeltreffendheid) en kosten-effectiviteit (doelmatigheid) in deze besluitvorming toe. In het Verenigd Koninkrijk wordt het doelmatigheidscriterium gebruikt bij het vaststellen van (in de toekomst verplichte) behandelrichtlijnen door het nationale toetsingsorgaan NICE. In Frankrijk speelt het criterium een belangrijke rol bij het bepalen van het wettelijke vergoedingspercentage en de prijs van het betreffende geneesmiddel. In Duitsland wordt het criterium effectiviteit impliciet gebruikt in behandelrichtlijnen en zal het, naast het criterium doeltreffendheid, naar alle waarschijnlijkheid een belangrijke rol gaan spelen bij het beheren van de toekomstige positieve geneesmiddelenlijst.

Eigen bijdragen

In Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk geldt in het algemeen dat indien de verzekerde aanspraak maakt op een geneesmiddel, hij/zij daar geen wettelijke procentuele eigen bijdrage voor verschuldigd is. In Frankrijk en België wordt voor veel geneesmiddelen een eigen bijdrage verlangd die in hoogte afhankelijk is van de ernst van de te behandelen aandoening. In Frankrijk worden in het algemeen deze eigen bijdragen in een private aanvullende verzekering herverzekerd.

Vergoedingscasussen

In fase I van het onderzoek is, voor elk van de landen, van 18 geneesmiddelen de vergoedingsstatus en eventueel nadere vergoedingsvoorwaarden onderzocht. Bij een aantal van deze geneesmiddelen zijn, in meer of minder mate en bij één of meer landen, verschillen waargenomen ten aanzien van de Nederlandse situatie. Deze bevindingen worden hierna voor de betreffende geneesmiddelen toegelicht.

Etanercept (Enbrel)

Etanercept (Enbrel) – voor actieve reumatoïde artritis (RA) of juveniele chronische artritis (JCA)		
	Vergoedingsstatus	Voorwaarden
NL	100% vergoed	RA: in tweedelij n na verschillende DMADs* waaronder methothrexaat JCA: in tweedelij n na methothrexaat; op voorschrift specialist; vooraf toestemmingsvereiste ziekenfonds
B	75% vergoed Maximum eigen bijdrage: €9,30 per verpakking	RA en JCA in tweedelij n na verschillende DMADs* waaronder methothrexaat; op voorschrift specialist; vooraf en iedere 12 maanden toestemmingsvereiste ziekenfonds
FR	65% vergoed (35% herverzekerd)	RA: in tweedelij n na verschillende DMADs* waaronder methothrexaat JCA: in tweedelij n na methothrexaat; op voorschrift specialist; vooraf toestemmingsvereiste ziekenfonds
VK	100% vergoed	RA en JCA in tweedelij n na tenminste twee DMADs* waaronder methothrexaat; op voorschrift specialist; toestemmingsvereiste PCT
DU	100% vergoed Eigen bijdrage €4,50 per verpakking	RA: in tweedelij n na ten minste methothrexaat; op voorschrift van een specialist (eventueel na een second opinion); <i>Richtlijnen</i> vermelden (nog) geen voorwaarden voor juveniele chronische artritis

Tabel 9.

*Disease Modifying Antirheumatic Drugs

Etanercept is een nieuw en duur geneesmiddel voor de behandeling van reumatoïde artritis of juveniele chronische artritis. Aanspraak op behandeling met Enbrel is in alle landen aan nadere voorwaarden verbonden die in essentie onderling niet verschillen.

In België en Frankrijk wordt het middel niet volledig vergoed door de publieke verzekering. In die landen geldt een beperkte vergoeding van respectievelijk 75 en 65% van de kosten. Voor beide landen is dit na de volledige vergoedingsbasis van 100% de hoogst mogelijke procentuele vergoedingsbasis. In Frankrijk wordt het niet vergoede deel gedekt door de aanvullende particuliere verzekering terwijl in België voor deze vergoedingsbasis een maximale eigen bijdrage geldt van €9,30 per middel. Indien de kosten van de procentuele eigen bijdrage deze limiet overschrijden, wordt dit merendeel dus alsnog gedekt door de publieke verzekering.

Het gegeven dat Enbrel in Nederland, Duitsland en het VK volledig vergoed wordt, maar in België en Frankrijk slechts gedeeltelijk, moet worden geplaatst in het perspectief van het vergoedingssysteem en dient op zich zelf niet als een andere beoordeling van de waarde van het middel opgevat worden. Het vergoedingssysteem van de eerste drie landen laat namelijk geen gedeeltelijke vergoeding toe.

In 2002 heeft het *Engelse* NICE een gezondheidseconomische evaluatie uitgevoerd van Enbrel en nationale voorschrijfrichtlijnen voor het middel opgesteld (zie tabel).

De aanleiding voor deze evaluatie was dat de aanspraak op Enbrel per regio verschilde als gevolg van een niet consistent regionaal voorschrijfbeleid. De *NICE guidance* was bedoeld om deze zogenoemde

postcode prescribing een halt toe te roepen en om het middel beschikbaar te maken voor elke patiënt in de target populatie. De richtlijn werd door NICE als noodzakelijk gezien omdat voor patiënten uit de doelgroep symptomatische behandeling met Enbrel de enige overgebleven behandelingsoptie is. Daarnaast heeft deze groep volgens NICE de grootste niet beantwoorde medische behoefte en is de groep bovendien verantwoordelijk voor verhoudingsgewijs het grootste aandeel directe kosten geassocieerd met deze aandoening {NICE guidance 36; maart 2002}. De door NICE geformaliseerde aanspraken op Enbrel zijn klaarblijkelijk gestoeid op de principes *doelmatigheid* (subgroep met relatief groot aandeel directe kosten) en *noodzakelijkheid* (niet beantwoorde medische behoefte en enige overgebleven behandelingsoptie). Daarnaast zou men kunnen stellen dat bij het laatste gegeven (enige overgebleven behandelingsoptie) ook *rechtvaardigheid*, een rol heeft gespeeld in het tot stand komen van deze vergoedingsrichtlijn.

In 2003 was de beoordeling van Enbrel door het Franse nationale beoordelingskader voor geneesmiddelenvergoeding (AFSSAPS) nog gaande. Het product heeft een tijdelijke autorisatie en is onder de genoemde voorwaarden uitsluitend verkrijgbaar via een ziekenhuisspecialist.

In België werd vergoeding van nieuwe middelen tegen reumatoïde artritis (zoals Enbrel) en de ziekte van Alzheimer (zoals Exelon) per juli 2002 toegestaan en mogelijk gemaakt nadat financiële middelen vrijkwamen als gevolg van invoering van het kostenbesparende Belgische referentietariefbetalingssysteem. Voorheen werd in België dit middel niet vergoed vanwege onzekerheid over de doelmatigheid van het middel en de hoge kosten. Het ontbeerde aan data waaruit bleek dat de toestand van de patiënt verbeterde, de druk op de familie verminderde of de zorgbehoefte afnam. Daarnaast waren er geen studies waarin effectiviteit en doelmatigheid van de verschillende middelen in de groep onderling vergeleken werd {Persbericht Vandenbroucke 08.11.00}. Omdat het geneesmiddel Remicade werd vergoed waren er geen grote budgettaire implicaties aan het alsnog vergoeden van Enbrel {Persbericht Vandenbroucke 01.02.03}. Over het argument van de onzekere doelmatigheid van Enbrel uit november 2000 werd verder niet meer gerept {Persbericht Vandenbroucke 18.06.02}. Uit het voorgaande blijkt dat de (financiële) omstandigheden van invloed kunnen zijn op vergoedingsbeslissingen die daardoor over een langere periode niet altijd even consistent lijken te zijn.

Uit bovenstaande blijkt dat er twee aspecten een rol speelden bij het Belgische vergoedingsbesluit over Enbrel, namelijk *budget impact* en *doelmatigheid*. Het is onduidelijk hoe het mogelijk was dat het doelmatigheid argument later van minder belang leek te zijn maar het is waarschijnlijk dat voortschrijdend internationaal inzicht met betrekking tot de doelmatigheid van Enbrel in de

aangewezen subpopulatie een rol heeft gespeeld. Dit gegeven, in combinatie met vrijkomende financiële middelen heeft waarschijnlijk bijgedragen aan het uiteindelijke vergoedingsbesluit.

Bupropion (Zyban)

Bupropion (Zyban) – ter ondersteuning van het stoppen met roken		
	Vergoedingsstatus	Voorwaarden
NL	Niet vergoed	Nvt
B	Niet vergoed	Nvt
FR	Niet vergoed	Nvt
VK	100% vergoed	Vergoedingsvoorwaarden overeenkomstig advies NICE april 2002; Ter ondersteuning van gemotiveerde poging te stoppen met roken in combinatie met professionele hulp; behandeling in principe gelimiteerd tot 2-4 weken na beoogde stopdatum; tweede kuur alleen mogelijk onder strenge voorwaarden en in principe niet binnen 6 maanden na eerste kuur.
DU	Niet vergoed	Nvt

Tabel 10.

Van de onderzochte landen, vergoedt (sinds 2002) alleen het Verenigd Koninkrijk nicotinebevattende middelen en bupropion.

Voor middelen tegen roken en bij bijvoorbeeld vermageringsmiddelen bestaat bij overheden een negatieve houding ten aanzien van het vergoeden van deze producten onder de publieke ziektekostenverzekering. Over het algemeen is de gedachtegang dat de aandoeningen waar deze middelen voor bedoeld zijn een gevolg zijn van een bepaalde levenswijze. Daaruit volgt dat de gevolgen van een dergelijke levenswijze (rookverslaving, obesitas) en het daarmee omgaan, de eigen verantwoordelijkheid is van de persoon in kwestie en dat daarom middelen tegen deze aandoeningen niet uit collectieve middelen betaald zou moeten worden. Daarnaast kunnen twijfels over de doelmatigheid en financiële redenen een rol hebben gespeeld bij het totstandkomen van de huidige vergoedingsstatus van deze middelen in deze landen. Ook komt het voor dat, vanwege de kleine kans op succes, er door de fabrikant zelfs geen vergoeding aangevraagd wordt voor deze middelen, zoals in Frankrijk het geval is.

Bovenstaande redenering is in het algemeen onder beleidsmakers het standpunt geweest ten aanzien van de vergoeding van deze zogenoemde *lifestyle* middelen. Deze middelen werden regelmatig aangehaald als voorbeeld van verstrekkingen die, vanuit het eigen verantwoordelijkheid argument, niet door de collectieve verzekering vergoed diende te worden. Echter, onlangs heeft het College van Zorgverzekeringen (CVZ) de Minister geadviseerd om effectieve stoppen-met-roken methoden in de toekomst te vergoeden. Het CVZ stelt dat de beste resultaten worden geboekt met methoden die bestaan uit een professioneel begeleidingstraject (bijvoorbeeld via de huisarts) in combinatie met het

gebruik van het ontwenningmiddel bupropion of een nicotinevervanger {*Farmaceutisch Weekblad* 08.11.02}. Het is daarom interessant om te zien dat het Engelse NICE onlangs de aanspraken op bupropion onder voorwaarden heeft geformaliseerd als een rechtmatige NHS verstrekking.

Bupropion wordt samen met *nicotine replacement therapy* aanbevolen door NICE voor de target populatie/indicatie (zie tabel 10). Het argument luidt dat bupropion een klinisch en kosteneffectief geneesmiddel is. De effectiviteit van het middel wordt verhoogd door het alleen beschikbaar te stellen aan mensen die gemotiveerd zijn om te stoppen en daar ook steun bij hebben. Daarnaast wordt gesteld dat de helft van alle rokers vroegtijdig overlijden en dat roken toeneemt naarmate de socio-economische status afneemt. Bovendien is roken gerelateerd aan longkanker, hart- en vaatziekten, vaatlijden, longziekten zoals bronchitis en emfyseem. Deze aandoeningen kosten de NHS 1,5 miljard pond per jaar. Indien voor het 35e levensjaar gestopt wordt zijn de nadelige effecten van roken nog minimaal. Echter, stoppen met roken geeft op elke leeftijd zowel korte als lange termijn gezondheidseffecten {NICE guidance 39; maart 2002}.

In deze argumentatie van NICE komen de toetsingscriteria *doelmatigheid* en *noodzakelijkheid* naar voren waarvan eerstgenoemde de belangrijkste lijkt. Daarnaast komt naar voren dat roken veel voorkomt in lage socio-economische klassen en het niet vergoeden van het middel juist bij deze groep de *toegankelijkheid* kan belemmeren.

Sildenafil (Viagra)

Sildenafil (Viagra) – voor de behandeling van erectiele dysfunctie		
	Vergoedingsstatus	Voorwaarden
NL	Niet vergoed	Nvt
B	Niet vergoed	Nvt
FR	Niet vergoed	Nvt
VK	100% vergoed	Uitsluitend voor specifieke populaties
DU	Niet vergoed	Nvt

Tabel 11.

In de meeste landen is Viagra niet opgenomen in het basispakket van de publieke ziektekostenverzekering, zoals tabel 11 laat zien. Alleen in het Verenigd Koninkrijk kan men –onder voorwaarden- aanspraak maken op het middel.

Hoewel in Nederland wel een vergoedingsaanvraag ten aanzien van Viagra is behandeld is deze afgewezen omdat de impact op het collectieve ziektekostenbudget in combinatie met de ernst van de aandoening niet acceptabel werd geacht.

Over het algemeen mist er draagvlak om dit middel uit de collectieve middelen te betalen. In het veld zijn twijfels over de noodzakelijkheid om behandeling van deze aandoening (zonder nadere voorwaarden) te financieren uit collectieve middelen. Net als bij Zyban heeft dit ertoe geleid dat in een

aantal landen (waaronder Frankrijk) geen vergoeding voor het product is aangevraagd. Daarnaast heeft Viagra evenals Zyban ook zonder vergoeding een aanzienlijke omzet.

Wederom is de vergoedingsstatus in het Verenigd Koninkrijk in essentie anders dan in de andere onderzochte landen. In dit land is het middel geplaatst op de zogenoemde *grey list* (schedule 11) en aanspraak onder de NHS is daarmee voorbehouden aan medische doelgroepen en alleen via een voorschrift van een specialist. Dit beleid geldt sinds 1999 en is gebaseerd op een gebalanceerde keuze om enerzijds erectiele dysfunctie patiënten te helpen en anderzijds het collectieve NHS budget niet te zwaar te belasten teneinde financiering van behandeling van andere aandoeningen veilig te stellen. Ondanks bezwaren van fabrikanten, medische professionals en patiënten is het beleid onveranderd gebleven 'omdat de kosten voor de NHS van deze producten structureel stijgen en hoger liggen dan verwacht en omdat daarmee de financiering van andere NHS prioriteiten gevaar loopt. Viagra blijft via de NHS beschikbaar voor patiënten met ernstige 'distress' en voor mannen die er voor willen betalen is het op recept verkrijgbaar' (41).

Rivastigmine (Exelon)

Rivastigmine (Exelon) – symptomatische behandeling van lichte tot matig ernstige vormen van Ziekte van Alzheimer		
	Vergoedingsstatus	Voorwaarden
NL	100% vergoed	Voorschrift door specialist overeenkomstig behandelprotocol Alzheimer; Andere vormen van dementie moeten worden uitgesloten d.m.v. uitgebreide diagnostiek; Mini Mental State Examination tussen 10 -26; Toestemmingsvereiste ziekenfonds
B	75% vergoed Maximum eigen bijdrage: €9,30 per verpakking	Voorschrift door specialist overeenkomstig behandelprotocol Alzheimer; een herseninfarct moet worden uitgesloten d.m.v. uitgebreide diagnostiek; Mini Mental State Examination groter dan 12; Iedere 6 maanden monitoring en toestemmingsvereiste ziekenfonds
FR	65% vergoed (35% herverzekerd)	Symptomatische behandeling van lichte en middelzware vormen van Alzheimer; MMSE score tussen 10 en 26; Garantie therapietrouw door omgeving; voortdurende monitoring van effectiviteit; Initiatie en jaarlijkse voortzetting van behandeling op voorschrift van een deskundig specialist
VK	100% vergoed	Aanspraak en behandeling overeenkomstig advies NICE januari 2001; Diagnose door specialist; Consultatie van omgeving m.b.t. toestand van de patiënt en compliance; Mini Mental State Examination > 12 Continuering behandeling afhankelijk van monitoring MMSE score; geen continuering indien score < 12; Mogelijke toestemmingsvereiste
DU	100% vergoed Eigen bijdrage €4,00 per verpakking	<u>Geen</u> nadere vergoedingsvoorwaarden in <i>Arzneimittel richtlinien</i> (oktober 2002) Klinische richtlijn: voor behandeling van milde tot matig ernstige vormen van de ziekte van Alzheimer (42)

Tabel 12.

De aanspraken op behandeling met rivastigmine en de geldende voorwaarden zijn vergelijkbaar in de onderzochte landen. In *Nederland* lijken de voorwaarden die moeten leiden tot een goede effectiviteit (voorwaarden ten aanzien van personen in de omgeving in het kader van compliance garantie; voortzetten van behandeling na 6 of 12 maanden afhankelijk maken van monitoring effect) minder expliciet te zijn.

In *Frankrijk* is de vergoedingsbasis van 65% vastgesteld omdat de absolute therapeutische waarde door het nationale vergoedingsorgaan (AFSSAPS) als 'belangrijk' is gekwalificeerd. In het advies werd aangegeven dat de ziekte van Alzheimer een degeneratieve ziekte is leidend tot ernstige sociale en familiale gevolgen. Daarnaast werd de kosten/baten analyse (bijwerkingen/werkzaamheid) als acceptabel beschouwd. Deze uitgangspunten samen met het gegeven dat het is een symptomatische behandeling betreft, en er een vergelijkbaar alternatief bestaat (Aricept), heeft geleid tot de uiteindelijke vergoedingsbasis en voorwaarden {Advies AFSSAPS 18.04.01}.

Ook het *Engelse* NICE heeft aanbevelingen gedaan ten aanzien van het gebruik van Rivastigmine voor de behandeling van de Ziekte van Alzheimer en daarmee dit middel als een rechtmatige NHS verstrekking geformaliseerd voor de doelgroep. De volgende overwegingen lagen ten grondslag voor deze aanbevelingen:

‘De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie en is een chronische progressieve aandoening. De hoge ziektelast wordt gekenmerkt door verlies van mentale en cognitieve capaciteit. Dit gaat gepaard met een sterke zorgafhankelijkheid en daarmee een hoge verzorglast voor personen in de omgeving. Dit zijn vaak ook ouderen wiens gezondheid en kwaliteit van leven ook waarschijnlijk wordt aangetast. Daarnaast kan de patiënt agressief gedrag vertonen en daarmee een gevaar vormen voor de omgeving. Omdat effectiviteit van het product niet is aangetoond bij patiënten met een MMSE score < 10 is het gebruik alleen kosteneffectief voor behandeling van lichte tot matig ernstige vormen van de ziekte van Alzheimer met een MMSE score van meer dan 10. De cognitieve vaardigheden van de gemiddelde patiënt zullen direct na aanvang van de behandeling significant toenemen; later zullen deze vaardigheden weer afnemen door een afname van de gevoeligheid van de patiënt voor het middel. Het middel is dan ook bedoeld om ernstige vormen van de aandoening zo lang mogelijk uit te stellen’ {NICE advies 19.01.01}.

Bij de beslissing om de aanspraken op dit middel te formaliseren heeft doelmatigheid een duidelijk rol gespeeld; daarnaast is het opvallend dat ook gekeken is naar de eventuele (medische) gevolgen voor de personen in de omgeving van een Alzheimer patiënt.

Rofecoxib (Vioxx)

Rofecoxib (Vioxx) – Symptomatische behandeling van artrose (A) of reumatoïde artritis (RA) bij volwassenen		
	Vergoedingsstatus	Voorwaarden
NL	100% vergoed	Geen bindende nadere voorwaarden. Het CFH advies luidt dat de goedkopere conventionele prostaglandinesynthetaseremmers de voorkeur hebben; voor rofecoxib kan gekozen worden indien er verhoogd risico voor de maag bestaat
B	75% vergoed Maximum eigen bijdrage: €9,30 per verpakking	Behandeling van artrose (bij verzekerden > 64 jaar) voor pijnbehandeling bij verzekerden van 64 jaar en ouder die niet gebaat zijn bij conventionele behandeling (paracetamol); Behandeling van RA mits voorschrift door huisarts en aanbeveling door reumatoloog; maximaal vergoedbare dosis 400 mg Voor zowel A als RA is de vergoeding beperkt tot 180 dagen (verlenging 12 maanden na toestemming ZF)
FR	65% vergoed (35% herverzekerd)	Voorschrift in eerste instantie door specialist Geen nadere voorwaarden {TC advies 3.4.02}
VK	100% vergoed	Voorwaardelijk vergoedbaar volgens NICE advies juli 2001: Niet bedoeld als routine behandeling maar als alternatief voor standaard behandeling van RA of A bij personen met een verhoogd risico op maagaandoeningen
DU	100% vergoed Eigen bijdrage €4,00 per verpakking	<i>Richtlijnen</i> vergoedingsvoorwaarden: uitsluitend voor behandeling van artrose en reumatoïde artritis indien de conventionele behandeling contrageïndiceerd is.

Tabel 13.

De vergoedingsvoorwaarden ten aanzien van aanspraken op behandeling met rofecoxib in Nederland, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk zijn onderling vergelijkbaar. Echter, in België lijken de voorwaarden voor beide indicaties strikter dan in de andere landen. Het gebruik van rofecoxib voor de behandeling van artrose is beperkt tot de minimale leeftijdsgrens van 64 jaar en voor de behandeling van reumatoïde artritis is een aanbeveling door de reumatoloog verplicht en zijn er beperkingen ten aanzien van de dosis en de duur van het gebruik van het middel.

Sinds september 2002 wordt rofecoxib in *België* ook vergoed voor de behandeling van reumatoïde artritis. Voorheen gold alleen vergoeding voor de behandeling van artrose. De reden is dat rofecoxib werd gelijkgesteld aan celecoxib dat voor het eerst vergoed werd sinds december 2001. De beperkingen die zijn gesteld komen voort uit budgettaire overwegingen en de prijs van het middel. Het is de bedoeling om binnen het budgettaire kader het middel in ieder geval voor een deel van de patiënten beschikbaar te kunnen stellen {*Vandenbroucke* 30.08.02}.

Deze Belgische vergoedingsvoorwaarden zijn in zoverre uniek dat er een *leeftijdscriterium* wordt gesteld omwille van *financiële* in plaats van klinische redenen.

In *Frankrijk* was rofecoxib al vergoed voor de behandeling van artrose. Sinds april 2002 wordt het middel ook vergoed voor de behandeling van reumatoïde artritis. De vastgestelde vergoedingsbasis

van 65% komt voort uit de beoordeling van de absolute therapeutische waarde van het product (SMR) die, ten aanzien van de behandeling van reumatoïde artritis, als 'belangrijk' werd gekwalificeerd. Men argumenteerde dat 'reumatoïde polyarthritis een chronische ziekte is leidend tot invaliditeit. Daarnaast is het middel bewezen effectief in patiënten met reumatoïde artritis en de bijwerkingen zijn vergelijkbaar als vastgesteld voor gebruik in artrose. Het middel is bedoeld voor symptomatische behandeling en er zijn talrijke alternatieven, namelijk NSAIDS. Het product heeft een belangrijke plaats in de behandeling van RA en de relatieve therapeutische waarde is vergelijkbaar met celecoxib' {Advies AFSSAPS 03.04.02}.

Voor celecoxib en rofecoxib zijn in 2001 tussen de Franse overheid en fabrikanten prijsafspraken gemaakt waarin werd gesteld dat na 3 jaar de prijs met een bepaald percentage zal dalen (37).

In Frankrijk erkent men dus de aanspraken op het middel voor de gehele potentiële patientenpopulatie en wordt het middel niet voor een deel van die populatie onthouden. Vanwege de hoge budget impact maakt men wel gebruik van prijs/volume afspraken om de publieke toegankelijkheid van het middel te kunnen garanderen. Daarnaast wordt toegang tot het middel gereguleerd door het eerste voorschrift door een specialist verplicht te stellen.

In het *Verenigd Koninkrijk* heeft men de aanspraken op rofecoxib geformaliseerd middels een advies van NICE van 27 juli 2001. In dit advies komt men tot de aanbeveling dat het middel niet onthouden moet worden van de doelgroep voor de behandeling van reumatoïde artritis en artrose mits aan de voorwaarden is voldaan.

De onderliggende overwegingen van NICE luiden als volgt:

'Reumatoïde artritis is een progressieve degeneratieve ziekte die bij een of meer gewrichten gepaard gaat met pijn, zwelling, stijfheid, verminderde beweegbaarheid en roodheid van huis boven het aangedane gewricht. Therapie is gericht op het beheersen van de ontsteking, pijn en andere symptomen en daarmee het verhogen van de kwaliteit van leven. Het gebruik van Cox II remmers is vaak langdurig en in combinatie met andere ziekteremmende middelen. Artrose is een degeneratieve ziekte waarbij Cox II remmers periodiek gebruikt worden als pijnbestrijding bij acute aanvallen. In zowel reumatoïde artritis en artrose draagt pijnbestrijding bij aan een verbetering van de compliance met andere behandelwijzen, zoals gewichtsverlies en fysiotherapie, en beïnvloedt daarmee progressie van de ziekte op een positieve wijze. Reumatoïde artritis en artrose zijn een belangrijke oorzaak van morbiditeit en invaliditeit in Engeland en Wales en hebben een grote financiële impact voor zowel de patiënt als voor de NHS. Jaarlijkse artritis gerelateerde kosten (directe kosten niet meegerekend) worden geschat op 560 - 920 miljoen GBP' {NICE appraisal 27; juli 2001}.

Ook bij deze beoordeling en het gerelateerde vergoedingsadvies wordt het doelmatigheidscriterium gebruikt. Opvallend is dat daarbij het positieve effect op niet farmaceutische behandelvormen wordt meegenomen en het begrip doelmatigheid als zodanig in een breder zorgperspectief wordt geplaatst. Met deze opstelling wordt doelmatigheid dus getoetst vanuit het brede zorgperspectief waarbij het farmaceutische budgettaire kader van ondergeschikt belang lijkt te zijn. Een nieuwe NICE review van cox-II remmers voor behandeling van artrose en reumatoïde artritis is gepland en de publicatie wordt in november 2004 verwacht.

Atorvastatine (Lipitor)

Atorvastatine (Lipitor) – behandeling van hypercholesterolemie		
	Vergoedingsstatus	Voorwaarden
NL	100% vergoed	Vergoedingsvoorwaarden: Uitsluitend voor verzekerde die: a) lijdt aan een vorm van erfelijke hypercholesterolemie of b) die een sterk verhoogde kans heeft op kransslagaderlijden als gevolg van een cholesterolgehalte > 8,0 mmol/l met tenminste één dan wel een cholesterolgehalte > 6,5 mmol/l met ten minste twee risicofactoren ((1) coronair atherosclerotische hartziekten in de anamnese (2) familie-anamnese van CAHZ voor het 60 ^e jaar (3) diabetes mellitus (4) hypertensie; en bij wie een dieet van 6 maanden onvoldoende effectief was.
B	100% vergoed voor categorie A 75% vergoed voor categorie B Maximum eigen bijdrage: €9,30 per verpakking	Categorie A: Behandeling familiäre hypercholesterolemie Categorie B: Behandeling hyperlipidemie na falen van behandeling met dieet gedurende 3 maanden Voor beide categorieën geldt monitoring effectiviteit en toestemmingsvereiste ziekenfonds
FR	65% vergoed (35% herverzekerd)	Behandeling hypercholesterolemie of Behandeling van homozygote familiäre hypercholesterolemie ter aanvulling van andere behandelingen of bij afwezigheid aanvullende behandelingen
VK	100% vergoed	Behandeling van primaire hypercholesterolemie; Heterozygote en homozygote familiäre hypercholesterolemie of gecombineerde hyperlipidemie in patiënten met onvoldoende respons op dieet en andere gepaste maatregelen
DU	100% vergoed Eigen bijdrage €4,00 per verpakking	Geen vergoedingsvoorwaarden gesteld in <i>Arzneimittel Richtlinien</i> (oktober 2002) Klinische richtlijn: voor behandeling van verhoogde cholesterolgehalte bij familiäre hypercholesterolemie, primaire hypercholesterolemie en gecombineerde hyperlipidemie indien dieet en andere maatregelen niet afdoende zijn (42)

Tabel 14.

In alle landen geldt aanspraak op atorvastatine voor de behandeling van familiäre hypercholesterolemie en, onder voorwaarden, voor de behandeling van een verhoogd cholesterolgehalte gecombineerd met een of meer risicofactoren. In België wordt atorvastatine voor de behandeling van hypercholesterolemie volledig vergoed maar wordt het middel voor de behandeling van een niet erfelijk bepaald verhoogd cholesterolgehalte voor 75% vergoed. Bovendien geldt alleen

in België een toestemmingsvereiste in combinatie met de verplichting om jaarlijks de effectiviteit te volgen voordat de therapie vervolgd wordt. Deze laatste vereisten worden echter in 2003 afgeschaft zoals in april 2003 besloten door minister Vandenbroucke. Aanleiding tot deze wijziging is de voorgenomen wijziging van de vergoedingsvoorwaarden voor statines en de wens om de administratieve overbelasting van artsen te verminderen. De voorgenomen wijziging houdt in dat statines in toenemende mate beschikbaar komen voor personen met een verhoogd cholesterolgehalte waarbij tevens sprake is van een of meer risicofactoren waarvan een aanwezige hartaandoening de voornaamste zal zijn. Aanspraken voor personen met een verhoogd cholesterolgehalte maar zonder verdere risicofactoren zullen naar verwachting komen te vervallen {Vandenbroucke 12.03.05}.

In Frankrijk geldt een vergoedingsbasis van 65%. Dit is een maximale toekenning voor geneesmiddelen die als *belangrijk* zijn geclassificeerd (daarnaast onderscheidt men *noodzakelijke* middelen en *gemaksproducten*).

Deze beoordeling is gebaseerd op de overweging dat behandeling van de betreffende indicatie van levensbelang kan zijn voor de patiënt terwijl de kosten/batenratio (werkzaamheid versus bijwerkingen) acceptabel is. Het product wordt gezien als aanvullende therapie (naast dieet) naast vergelijkbare alternatieven {Advies AFSSAPS 21.03.01}.

In het Verenigd Koninkrijk heeft NICE een evaluatie aangekondigd voor behandeling met statines ter preventie van coronair vaatlijden. Recentelijk zijn zogenaamde ‘superstatins’ geïntroduceerd die mogelijk nog effectiever zijn dan de ‘gewone’ statines. Echter, deze nieuwe statines zijn ook duurder en kunnen daarnaast de voor dit jaar beoogde kostenbesparingen door generieke substitutie belemmeren hetgeen de noodzaak tot een doelmatigheidsevaluatie nog eens heeft verstrekt.

Aanspraken op behandeling met statines ter preventie van hart- en vaatziekten staat in veel landen ter discussie. Enerzijds is de mening dat het middel zeer effectief is in het voorkomen van deze aandoeningen, anderzijds zijn er zorgen over de zeer hoge impact op het collectieve ziektekostenbudget en zijn er twijfels over de vermeende doelmatigheid omdat de therapie compliance over langere termijn niet optimaal is. De evaluatie van NICE zal mogelijk van grote invloed kunnen zijn op de huidige aanspraken op behandeling met statines (43). De publicatie van de evaluatie van statines ter preventie van coronair vaatlijden wordt in april 2005 verwacht {www.nice.org.uk; augustus 2003}.

Recentelijk is in het *Verenigd Koninkrijk* een discussie gestart om de voorschrijfstatus van statines maar ook maagzuurremmers (Losec) te verschuiven van *Prescription Only Medicine* to *Pharmacy*

Medicine. Deze middelen zijn hier potentieel voor geschikt vanwege hun hoge doeltreffendheid, veiligheid en het gegeven dat het patent voor deze middelen afgelopen is of binnenkort afloopt. Deze plannen worden gesteund door de Royal Pharmaceutical Society en ook het *Department of Health* heeft aangegeven hier niet direct afwijzend tegenover te staan. In het medische veld zijn de meningen verdeeld en worden zorgen geuit vanwege de moeilijkheid om in dergelijke omstandigheden gebruikers van statines te volgen en de vrees voor niet geïndiceerd en wellicht contrageïndiceerd gebruik {Pharmafile.com 22.05.03}.

Anticonceptiepil (Mycrogynon)

Anticonceptiepil (Mycrogynon)		
	Vergoedingsstatus	Voorwaarden
NL	100% vergoed	Geen nadere voorwaarden.
B	20% vergoed Eigen bijdrage €7,66 (recept voor 3 maanden)	Uitsluitend voor indicatie in bijsluiter (orale anti-conceptie)
FR	65% vergoed (35% herverzekerd)	Uitsluitend voor indicatie in bijsluiter (orale anti-conceptie)
VK	100% vergoed	Op voorschrift van behandelend arts
DU	100% vergoed	Alleen voor verzekerden <u>tot en met het 20^e levensjaar</u>

Tabel 15.

Ten aanzien van de aanspraken op de anticonceptiepil bestaan tussen de onderzochte landen aanzienlijke verschillen. Opvallend is dat aanspraak op het middel in Duitsland aan een leeftijdsgrens is verbonden. In België kent het middel ook een lage vergoedingsstatus van 20% resulterend in een eigen bijdrage van €7,66 per recept voor 3 maanden. Het middel is in België geclassificeerd als een Cx product hetgeen inhoudt dat de eigen bijdrage voor het middel niet wordt meegeteld bij het wettelijke algemene eigen risico (Maximumfaktuur) voor individuele zorgkosten.

In Nederland wordt dit product, zonder nadere voorwaarden, volledig vergoed. Het is wel mogelijk dat men in Nederland voor bepaalde andere anticonceptiepillen moet bijbetalen omdat deze middelen boven de vergoedingslimiet zijn geprijsd. Dit supplement kan afhankelijk van het product variëren van €8 tot €24 per recept voor 6 maanden.

Ook in Frankrijk is slechts een gedeeltelijke vergoeding (65%) toegekend aan dit middel. Het niet publiekelijk vergoedbare deel wordt echter wel vergoed door de private aanvullende verzekeringen.

Er is geen nadere informatie ten aanzien van vergoedingsadviezen van de betreffende beoordelingsorganen in de diverse landen. In het algemeen kan worden aangenomen dat anticonceptie als zodanig niet wordt erkend als een behandeling die vergoed dient te worden uit de collectieve lasten. Een argument om de toegankelijkheid van het middel te waarborgen is de wens om ongewenste en

zogenoemde tienerzwangerschappen te voorkomen. Het beleid in Duitsland houdt klaarblijkelijk in zoverre rekening met deze overweging door het middel volledig te vergoeden voor jongeren.

8 Medisch-specialistische zorg

8.1 Medisch-specialistische zorg: aanspraken per land

Medisch-specialistische zorg: Nederland

Principe

Er geldt toegang tot (intramurale) medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis mits op voorschrift van een huisarts of specialist. Daarnaast kan de verzekerde aanspraak maken op extramurale medisch-specialistische zorg door een medisch-specialist gecontracteerd door de betreffende zorgverzekeraar. Indien betreffende intramurale of extramurale is voorgeschreven door een huisarts wordt deze zorg op basis van natura (kosteloos) verleend.

Aanspraken

Er geldt aanspraak op medisch-specialistische of kaakchirurgische zorg zoals wordt bedoeld in de Ziekenfondswet omvattende genees-, heel- en verloskundige zorg naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is. De genoemde omvang van de zorg kan bij ministeriële regeling worden beperkt en de verstrekking ervan kan afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.

Aanspraken:

- a) Medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, al dan niet gepaard gaande met verblijf in de laagste klasse van het ziekenhuis gedurende het etmaal, verpleging, verzorging paramedische hulp of farmaceutische zorg
- b) Medisch-specialistische zorg, verleend zonder enig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten.

Er bestaat slechts aanspraak op verblijf in een ziekenhuis gedurende 365 dagen. Na 365 dagen komen de kosten van verblijf ten laste van de AWBZ.

Het staat de verzekerde in principe vrij te kiezen voor het ziekenhuis of specialist van voorkeur.

Eigen bijdragen

Er gelden geen wettelijke eigen bijdragen voor medisch-specialistische zorg. Voor een hoger service niveau in het ziekenhuis (eigen kamer etc.) zijn de kosten voor verzekerde zelf.

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Trends/overig

Wachtlijsten voor dotteren, oogheelkunde, orthopedie, algemene chirurgie en plastische chirurgie.
(13)

Medisch-specialistische zorg: België (4) (6) (11)

Principe

Vrije toegang tot medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis of op extramurale basis. Een verwijzing van huisarts of specialist is niet noodzakelijk voor toegang tot deze zorg.

De zorg wordt verleend op basis van restitutie.

Intramurale medisch-specialistische zorg wordt in principe volledig vergoed middels het derdebetalerssysteem met uitzondering van enkele wettelijk vastgestelde eigen bijdragen.

Extramurale medisch-specialistische verstrekkingen worden gedeeltelijk vergoed door de publieke ziektekostenverzekering terwijl een deel van deze kosten voor rekening komt voor de verzekerde.

Eigen bijdragen voor ziekenhuiszorg worden vaak (privaat) herverzekerd zogenoemde hospitalisatieverzekeringen zoals aangeboden door de werkgever. Eigen bijdragen voor extramurale medisch-specialistische zorg worden in principe niet herverzekerd.

Aanspraken

Aanspraak geldt op medisch-specialistische of kaakchirurgische zorg bestaande uit verstrekkingen die zijn opgenomen in de nationale Nomenclatuur.

Intramurale medisch-specialistische zorg:

Aanspraak op alle medisch noodzakelijke zorg zoals beschreven in de nationale Nomenclatuur en geboden door het ziekenhuis tegen betaling van een kleine eigen bijdrage voor opname en ligdaggelden en een kleine dagelijkse nominale eigen bijdrage per geneesmiddelrecept.

Extramurale medisch-specialistische zorg:

Vergoeding van ongeveer 60 tot 70% van het wettelijk tarief voor raadpleging, diagnostiek en behandeling door medisch-specialist mits de specialist is erkend door het ziekenfonds en de betreffende verstrekkingen opgenomen zijn in de Nomenclatuur.

Eigen Bijdragen

Intramurale medisch-specialistische zorg:

Opname (€38,78 voor dag 1) en ligdaggelden (€11,60) tot dag 365

Nominale eigen bijdrage van €0,62 per geneesmiddelrecept per dag

Extramurale medisch-specialistische zorg:

40% van wettelijk tarief (15% voor WIGW groep)

Daarnaast eventueel supplementbetalingen bij niet geconventioneerde artsen.

Compensatiemechanismen

Verhoogde terugbetaling per verstrekking voor WIGW groep;

Inkomensafhankelijke eigen bijdrage limiet (Maximumfaktuur) voor iedere verzekerde.

Medisch-specialistische zorg: Frankrijk

Principe (13) (3;44) (14;16)

Vrije toegang tot medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis of op extramurale basis. Een verwijzing van huisarts of specialist is niet noodzakelijk voor toegang tot deze zorg. De zorg wordt verleend op basis van restitutie.

Intramurale medisch-specialistische zorg wordt in principe volledig vergoed middels het derdebetalersysteem met uitzondering van enkele wettelijk vastgestelde eigen bijdragen.

Extramurale medisch-specialistische verstrekkingen worden gedeeltelijk vergoed door de publieke ziektekostenverzekering terwijl een deel van deze kosten voor rekening komt voor de verzekerde.

Eigen bijdragen voor intramurale en extramurale medisch-specialistische worden doorgaans (privaat) herverzekerd middels private aanvullende verzekeringen aangeboden door de ziekenfondsen.

Aanspraken

Aanspraak geldt op medisch-specialistische of kaakchirurgische zorg bestaande uit verstrekkingen die zijn opgenomen in de nationale Nomenclatuur.

Intramurale medisch-specialistische zorg:

Aanspraak op alle medisch noodzakelijke zorg zoals beschreven in de nationale Nomenclatuur en geboden door het ziekenhuis. In principe geldt aanspraak op vergoeding ongeveer 80% van de getarifeerde kosten van intramurale behandeling. Deze vergoeding loopt op tot 100% voor ziekten met een ziektelast die een bepaalde limiet overschrijdt (zg. 50k grens; bijv. blinde darm verwijdering), voor behandeling vanaf de 31^e ligdag of voor bepaalde groepen.

Extramurale medisch-specialistische zorg:

Vergoeding ongeveer 60% voor diagnostiek en 70% voor raadpleging en behandeling door medisch-specialist gebaseerd op de wettelijke tarieven. Voorwaarde is dat de specialist is erkend door het ziekenfonds en de betreffende verstrekkingen opgenomen zijn in de Nomenklatuur.

Eigen bijdragen

Intramurale medisch-specialistische zorg:

20% van wettelijke behandelingstarieven voor ziekten met lage ziektelast

Ligdaggelden (€10,67) tot dag 31

Extramurale medisch-specialistische zorg:

40% en 30% van wettelijk tarieven voor respectievelijk diagnostiek en behandeling

Voor zowel intramurale als extramurale zorg gelden eventueel supplementbetalingen bij niet geconventioneerde artsen.

Compensatie-mechanismen

Ontheffing van wettelijke eigen bijdragen voor:

- a) verzekerden met een arbeidsongeschiktheiduitkering of met arbeidsgerelateerde invaliditeit (> 66,66%) en familie
- b) verzekerden met aandoening boven bepaalde ziektelastgrens (50k) (3) of met een aandoening voorkomend op een lijst met chronische aandoeningen (*Liste des Affections longue durée exonérantes*);

Gratis aanvullende verzekering voor CMU gerechtigden;

Private herverzekering van wettelijke eigen bijdragen.

Medisch-specialistische zorg: Verenigd Koninkrijk

Principe

Toegang tot alle medisch noodzakelijke (intramurale) medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis of op extramurale basis mits op verwijzing door een huisarts of specialist. Deze zorg wordt op basis van natura verleend.

Aanspraken

Toegang tot NHS medisch-specialistische zorg verloopt primair via de arts als voorschrijver. De breedte van deze NHS zorg is op nationaal niveau alleen in algemene bewoordingen beschreven. Op lokaal niveau is het zorgaanbod afhankelijk van beleid van lokale gezondheidsautoriteiten, de Primary Care Trusts (PCTs). Deze PCTs hebben de verantwoordelijkheid in hun regio alle noodzakelijke medisch-specialistische zorg aan te bieden binnen een centraal vastgesteld budget.

Eigen bijdragen

Er gelden geen wettelijke eigen bijdragen voor medisch-specialistische zorg. Voor een hoger service niveau in het ziekenhuis (eigen kamer etc.) zijn de kosten voor verzekerde zelf.

Compensatiemechanismen

Niet van toepassing

Medisch-specialistische zorg: Duitsland {§39 SGB V} (34)

Principe

Na verwijzing door huisarts of specialist geldt er aanspraak op extramurale behandeling of ziekenhuisopname voor alle zorg die gezien de aard en ernst van de aandoening als noodzakelijk wordt geacht. Dit omvat medische behandeling, behandeling met genees-, heil en hulpmiddelen, onderdak en verzorging. In principe wordt alle voorgeschreven zorg door het ziekenhuis of extramurale specialist op basis van natura verleend.

Aanspraken {§39 SGB V}

De aanspraken op medisch-specialistische zorg (in het ziekenhuis of op extramurale basis) zijn in algemene bewoordingen beschreven in het *Sozialgesetzbuch V* (SGB V) en omvat in principe alle noodzakelijke zorg voor het vaststellen, verbeteren, voorkomen van verslechtering (of verlichting van de ziektelast) van een aandoening en door de beroepsgroep algemeen erkend is. Mits voldaan aan bovenstaand principe, voorgeschreven door de behandelend arts en verleend in een erkende instelling wordt de zorg kosteloos verstrekt of volledig vergoed met uitzondering van een nominale eigen bijdrage in de vorm van ligdaggeldten bij opname in het ziekenhuis.

Er geldt in principe geen aanspraak op behandeling van een aandoening van puur cosmetische aard.

Eigen bijdragen

Huidige situatie:

Ligdagvergoeding bij ziekenhuisopname van €9 per dag met een maximum van 14 dagen {www.bkk.de; februari 2003}.

Beoogde situatie:

Bij ziekenhuisopname zal, volgens de voorgestelde *Gesundheitsreform*, een nominale eigen bijdrage gaan gelden in de vorm van €10 per ligdag voor een maximum van 28 dagen per kalenderjaar voor volwassenen (21).

Indien op ambulante basis een consult plaatsvindt bij een medisch-specialist zonder een verwijzing van een andere specialist of huisarts geldt een eigen bijdrage van €10 per consult met een maximum van €10 per kwartaal (21).

Compensatiemechanismen

Huidig: standaard compensatiemechanismen (zie sectie 3.5)

Beoogd: voorgestelde algemene compensatiemechanismen (zie sectie 3.5)

8.2 Casuïstiek medisch-specialistische zorg

8.2.1 In vitro fertilisatie

***In vitro* fertilisatie: Nederland**

Principe

Een vruchtbaarheidsbehandeling via *in vitro* fertilisatie (IVF) wordt in beperkte mate, en onder voorwaarden, vergoed in Nederland. Het aanbod van IVF behandelingen wordt gereguleerd door daartoe door de overheid aangewezen centra zoals geregeld onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Aanspraak op een IVF behandeling is afhankelijk van wettelijke algemene richtlijnen, toelatingsrichtlijnen van het betreffende behandelcentrum en toestemming van het ziekenfonds. De vergoeding van IVF valt, met uitzondering van de hormonale behandeling, niet onder de Ziekenfondswet, maar onder een subsidieregeling (45).

Aanspraken

Afhankelijk van de status van de IVF kliniek en eventueel van betreffende ziekenfondsverzekeraar geldt aanspraak op: diagnostiek en toelatingsonderzoek door gespecialiseerd centrum; hormonale behandeling ter bevordering eicelrijping; afname van eicellen; IVF; kweken van embryo's en implantatie van 1 of meer embryo's.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

a) maximaal 3 behandelingen per te realiseren zwangerschap waarbij een afgebroken behandeling en een cryo-poging als volledige behandeling geldt b) behandeling moet plaatsvinden in een geautoriseerd centrum (WBMV) c) behandeling dient op medische indicatie te geschieden op basis van richtlijnen van het betreffende centrum

De hormonale behandeling wordt vergoed volgens het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) (soms met supplementbetaling) onafhankelijk van aantal IVF pogingen. Het aantal vergoedde behandelingen geldt in principe per doorgaande zwangerschap (> 12 weken); daarna worden weer 3 pogingen vergoed.

Overige voorwaarden:

a) autorisatie door WBMV centrum b) toestemmingsvereiste ziekenfonds

Over het algemeen wordt een leeftijdsgrens van 40-45 jaar aangehouden maar dit is afhankelijk van het betreffende centrum en eventueel van de ziekenfondsverzekeraar (46).

Er geldt geen wettelijke vergoedingsbasis voor een IVF behandeling met *Intra* Cytoplasmatische Sperma Injectie (ICSI); een (gedeeltelijke) vergoeding van ICSI is volledig afhankelijk van het beleid van het betreffende ziekenfonds.

Eigen bijdragen

Volledige kosten IVF behandeling vanaf 4^e poging per te realiseren zwangerschap

Eventueel supplementbetalingen voor hormonale behandeling

Officieel geldt een volledige eigen bijdrage voor IVF via ICSI (afhankelijk van centrum en ziekenhuis). De kosten voor een ICSI behandeling in Nederland bedragen ongeveer €550 (47).

In vitro fertilisatie: België

Principe

Een vruchtbaarheidsbehandeling via *in vitro* fertilisatie is niet als zelfstandige verstrekking opgenomen in de Nomenclatuur en er is als zodanig geen wettelijke basis voor vergoeding van een dergelijke behandeling op zich zelf. Een aantal deelaspecten van een vruchtbaarheidsbehandeling door middel van IVF staan echter wel vermeld in de Nomenclatuur en worden als zodanig wel vergoed. Toegang en financiering van vruchtbaarheidsbehandelingen via IVF wordt dus niet gereguleerd via bijvoorbeeld toelating door gespecialiseerde centra.

Inmiddels heeft de Belgische sociale ziektekostenverzekering besloten tot het opstellen van een wettelijke regeling met betrekking tot een integrale vergoeding van een IVF behandeling; inwerkingtreding is niet voorzien voor 1 juli 2003 {Consult RIZIV december 2002}.

Aanspraken

Vergoeding volgens huidige situatie:

Hospitalisatie, consultatie, laboratoriumonderzoeken en beeldvorming worden vergoed volgens algemene richtlijnen voor medische hulp; follikelaspiratie door punctie onder echografische controle of door laparoscopie; plaatsen van een embryo na *in vitro* fertilisatie.

De kosten van een hormonale behandeling (met recombinante gonadotrofines) worden alleen vanaf de 3^e IVF behandeling terugbetaald.

De laboratoriumkosten van de feitelijke IVF (al dan niet via ICSI) en het kweken van het embryo worden niet vergoed {Consult RIZIV november 2002}.

Situatie na wetswijziging (beoogd voor 1 juli 2003):

De nieuwe regeling voorziet in een volledige vergoeding van een vruchtbaarheidsbehandeling middels IVF (en ICSI) in acht genomen de volgende wettelijke voorwaarden/beperkingen: beperking m.b.t. aantal in te planten embryo's gerelateerd aan leeftijd; terugbetaling gonadotrofines beperkt tot 6 pogingen; leeftijdsgrens 43 jaar {Persbericht Vandenbroucke 30.11.02}.

Eigen bijdrage

Huidige situatie:

Volledige eigen bijdrage voor hormoonbehandeling bij eerste twee IVF behandelingen {Koninklijk Besluit 2.9.1980}; eigen bijdragen voor consultaties en geneesmiddelen bedragen tussen €300 en €500 per poging; eigen bijdrage voor IVF (laboratoriumtechniek) bedraagt ongeveer €1250 per poging {Toespraak Vandenbroucke 30.11.02}; eventueel supplementbetalingen bij consult en behandeling niet-geconventioneerde arts.

Beoogde situatie na wetswijziging:

Binnen de beperkingen/voorwaarden gelden geen eigen bijdragen m.u.v. reguliere eigen bijdragen in verband met het eerste consult bij de huisarts en/of specialist

In vitro fertilisatie: Frankrijk (48) {Consult CNAMTS 04.03} {Nomenclature 12.02}

Principe

Een vruchtbaarheidsbehandeling via *in vitro* fertilisatie (ook via ICSI) is als wettelijke verstrekking opgenomen in de nationale Nomenklatuur. Aanspraak op vergoeding van deze verstrekking is gereguleerd door algemene wettelijke richtlijnen, gecontroleerde toelating via daartoe geautoriseerde centra en een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds

Aanspraken

Mits voldaan is aan wettelijke voorwaarden, richtlijnen van het betreffende centrum en de toestemmingsvereiste van het ziekenfonds geldt aanspraak op volledige vergoeding van een vruchtbaarheidsbehandeling middels IVF (en ICSI) bestaande uit: raadpleging, embryotransfer, geneesmiddelen, hormoonbehandeling, echografieën, ziekenhuisopname voor follikelpunctie en laboratorium behandeling en cryopreservatie van embryo's.

Wettelijke voorwaarden

Aanspraak op vergoeding uitsluitend voor heteroparen die in de vruchtbare leeftijd die getrouwd zijn of aantoonbaar meer dan 2 jaar samenleven;

Maximaal 4 IVF cycli per doorgaande zwangerschap (of meer op voorschrift van de gynaecoloog)
Leeftijdsgrens voor vergoedingsaanspraken: 43 jaar

Eigen bijdragen

Alleen vanaf de 5e IVF poging of in indien niet wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden.

***In vitro* fertilisatie: Verenigd Koninkrijk**

Principe

Een vruchtbaarheidsbehandeling via *in vitro* fertilisatie is geen standaard NHS verstrekking en er is als zodanig geen wettelijke basis om aanspraak te maken op deze behandeling. Een eventuele (gedeeltelijke) vergoeding van een IVF behandeling is afhankelijk van richtlijnen van lokale gezondheidsautoriteiten die per regio kunnen variëren. Sommige autoriteiten (*Primary Care Trusts*) vergoeden onder bepaalde voorwaarden (waaronder soms burgerlijke status, leeftijd of kinderloosheid), andere autoriteiten vergoeden niets. Minder dan 20% van de IVF behandelingen wordt gefinancierd door de NHS (49), alle overige behandelingen worden privaat gefinancierd.

In Noord-Ierland bestaat sinds 2001 wel aanspraak op NHS IVF behandeling.

Aanspraken

Er zijn geen algemene NHS behandelrichtlijnen en vergoedingsvoorwaarden betreffende IVF behandeling. Aanspraak op deze behandeling is afhankelijk van toelatingseisen en behandelrichtlijnen van lokale gezondheidsautoriteiten. Deze kunnen per regio verschillen maar zijn gebaseerd op medische gronden (zoals oorzaak van onvruchtbaarheid en kansen op succes) en vaak ook op sociale (burgerlijke status en kinderloosheid) en leeftijdsgronden. In het algemeen worden de meeste vruchtbaarheidstesten en onderzoeken uitgevoerd door de NHS en als zodanig vergoed. Vervolgens zal een verzekerde soms behandeld worden in een lokaal ziekenhuis terwijl anderen naar een gespecialiseerde kliniek verwezen worden. Maximaal 20% van het totaal in het VK uitgevoerde IVF behandelingen wordt uitgevoerd en vergoed door de NHS (49;50).

Eigen Bijdrage

De eigen bijdrage is afhankelijk van het beleid van de lokale autoriteiten; sommige zullen in bepaalde gevallen de behandeling (gedeeltelijk) vergoeden terwijl anderen nooit de behandeling zullen vergoeden.

Proxy kosten per IVF behandeling (1 cyclus) minus kosten hormonale behandeling: £600 (51). Proxy kosten ICSI: £ 665 (51) (51)

Het beschikbaar stellen van NHS IVF behandeling in Noord Ierland kwam voort uit de gedachte dat kinderloze echtparen waren toegewezen op zorg in de private sector en dat de toegankelijkheid van deze zorg bij lagere inkomensgroepen ernstig werd belemmerd, wat als onrechtvaardig werd beschouwd {Persbericht 25.04.01}.

***In vitro* fertilisatie: Duitsland**

Principe

Een vruchtbaarheidsbehandeling via *in vitro* fertilisatie (ook via ICSI) is als wettelijke verstrekking opgenomen in de nationale Nomenclatuur. Aanspraak op vergoeding van deze verstrekking is gereguleerd door algemene wettelijke richtlijnen, gecontroleerde toelating via daartoe geautoriseerde centra en een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds

Aanspraken

Mits voldaan aan wettelijke voorwaarden, richtlijnen van het betreffende centrum en de toestemmingsvereiste van het ziekenfonds geldt aanspraak op volledige vergoeding van een vruchtbaarheidsbehandeling middels IVF (en ICSI) bestaande uit: raadpleging, embryotransfer, geneesmiddelen, hormoonbehandeling, echografieën, ziekenhuisopname voor follikelpunctie en laboratorium behandeling en cryopreservatie van embryo's.

Wettelijke voorwaarden

Aanspraak op vergoeding uitsluitend voor heteroparen die in de vruchtbare leeftijd die getrouwd zijn of aantoonbaar meer dan 2 jaar samenleven;

Maximaal 4 IVF cycli per doorgaande zwangerschap (of meer op voorschrift van de gynaecoloog)

Leeftijdsgrens voor vergoedingsaanspraken: 43 jaar

Volgens de *Gesundheitsreform* worden naar verwachting deze aanspraken beperkt tot maximaal 3 vergoedbare pogingen en worden leeftijdsgrenzen ingesteld tussen 25 en 40 jaar. Daarnaast wordt een eigen bijdrage ingesteld van 50% van de behandelingskosten (21).

Eigen bijdragen

Alleen vanaf de 5e IVF poging of in indien niet wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden.

8.2.2 Gender disforie

Geslachtsaanpassing bij transseksualiteit (gender disforie): Nederland {VUmc; UMCU en AZG; 13.12.01} (52) {Consult Stichting Humanitas 06.05.05}

Principe

Er is sprake van gender disforie indien het lichamelijke geslacht niet in overeenstemming is met de psychologische geslachtsbeleving. Transseksualiteit wordt gezien als de meest extreme vorm van

gender disforie waarbij er een wens is om permanent en zo volledig mogelijk te leven als een persoon van het andere geslacht. Klinisch gezien kan een behandeling van transseksualiteit het volgende omvatten: uitgebreide differentiaaldiagnose (op basis van anatomische, endocrinologische en psycho-neurologische anamnese); hormoonbehandeling; real-life test; chirurgische aanpassing (primaire en secundaire) geslachtskenmerken; psychotherapeutische behandeling; levenslange hormoonbehandeling en eventueel andere lichamelijke aanpassingen zoals gelaatscorrectie, ontharing en dergelijke.

In Nederland is toegang tot (een deel van) deze behandeling in principe gereguleerd via een daartoe aangewezen kenniscentrum. De plastisch-chirurgische behandeling van gender disforie in het geval van een vastgestelde transseksualiteit is in principe een ziekenfondsverstrekking beschreven in de regeling medisch-specialistische zorg. De toegang tot een dergelijke behandeling wordt op geprotocolleerde wijze gereguleerd door een aangewezen kenniscentrum. Het kenniscentrum hanteert toelatings-en behandelingsrichtlijnen gebaseerd op de internationale *Harry Benjamin Standards of Care*.

Op verwijzing van de behandelend arts en toestemming van de betreffende ziekenfondsaanbieder kan de verzekerde in principe aanspraak maken op het diagnostische traject en de vervolgbehandeling zoals die door het gender team wordt voorzien.

Aanspraken

Mits een behandeling van een vastgestelde transseksualiteit medisch is geïndiceerd, bestaat over het algemeen aanspraak op: uitgebreide differentiaaldiagnose; hormoonbehandeling; real-life test; chirurgische aanpassing (primaire en secundaire) geslachtskenmerken; psychotherapeutische behandeling; levenslange hormoonbehandeling, stembandoperatie en begeleiding door een androloog. Voor de genitale plastisch-chirurgische deelbehandeling gelden wachtlijsten van 10 tot 12 maanden.

In bepaalde gevallen geldt ook aanspraak op neus, adamsappel- en kaakcorrecties.

Het CVZ heeft richtlijnen uitgevaardigd met betrekking tot behandeling en vergoeding van gender disforie.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

Indicatie op basis van uitgebreide intake en een assessment (waaronder real-life test) van een gender team.

Toestemmingsvereiste ziekenfonds.

Eigen bijdragen

Kosten voor elektrische epilatie boven de €6806 zijn voor eigen rekening van de verzekerde. De kosten van een laserepilatiebehandeling worden nog niet door alle ziekenfondsen vergoed.

Overig

Nederland loopt international vooruit ten aanzien van de vergoeding vanuit de publieke ziektekostenverzekering van de behandeling van gender disforie. Daarnaast is Nederland voorloper in de behandeling en begeleiding van gender disforie bij kinderen. In Nederland is ook discussie gaande ten aanzien van de vergoeding van bepaalde ingrepen (borstimplantaties) bij transgenders.

Geslachtsaanpassing bij transseksualiteit (gender disforie): België

Principe

Klinisch gezien kan een behandeling van deze aandoening omvatten: uitgebreide differentiaaldiagnose (op basis van anatomische, endocrinologische en psycho-neurologische anamnese); hormoonbehandeling; real-life test; chirurgische aanpassing (primaire en secundaire) geslachtskenmerken; psychotherapeutische behandeling; levenslange hormoonbehandeling en eventueel andere lichamelijke aanpassingen zoals gelaatscorrectie, ontharing en dergelijke.

Voor behandeling van gender disforie bestaan geen specifieke vergoedingsrichtlijnen of protocollering. Indien van toepassing, worden aan gender disforie gerelateerde verstrekkingen vergoed op basis van standaard terugbetalingen van een aantal deelaspecten van de behandeling zoals opgenomen in de Nomenklatuur, mits medisch geïndiceerd. Aanspraak op behandeling wordt regelmatig door verzekerden voor de rechter bevochten.

Aanspraken

Wettelijke aanspraken {Consult RIZIV 25.11.02} {Consult RIZIV 11.12.03} {Consult RIZIV 28.04.03}

De wettelijke aanspraken volgens de publieke verzekering (mits medisch geïndiceerd) zijn beperkt tot die verstrekkingen die als zelfstandige behandeling voorkomen in de Nomenklatuur zoals begeleiding door een psychiater en psychotherapeut, hormoonbehandeling en een aantal heelkundige ingrepen. Voor deze verstrekkingen gelden de reguliere bepalingen met betrekking tot (gedeeltelijke) terugbetaling en de Maximumfaktuur.

De heelkundige ingrepen die als zodanig worden vergoed zijn a) (bij vrouw-man aanpassingen) bilaterale mastectomie; hysterectomie; (bilaterale) implantatie van testiculaire prothese en aanpassing van ureter en schaamlippen en b) (bij man-vrouw aanpassingen) geïmplanteerde borstprothesen;

bilaterale orchidectomie; amputatie van geslachtsorgaan en chirurgische constructie van een neo-vagina; elektrische epilatie; psychotherapeutische behandeling door een erkende psychiater of neuropsychiater.

In het kader van transseksualiteit worden de volgende zaken expliciet niet vergoed door de publieke verzekering:

behandeling door een logopedist;

begeleiding door een psychotherapeut tijdens het transformatietraject;

elektrische epilatie;

gelaatscorrecties (zoals een neuscorrectie)

Er kan gesteld worden dat op ingrepen die niet als zelfstandige verstrekking in de Nomenclatuur staan vermeld, door de afwezigheid van specifieke regelgeving geen wettelijke aanspraak kan worden gemaakt.

Overige aanspraken

Voor vergoeding van overige deelbehandelingen waar in principe geen wettelijke aanspraak op bestaat geldt een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds. In hoeverre de ziekenfondsen deze behandelingen zullen vergoeden is moeilijk aan te geven. In de laatste jaren zijn echter een toenemend aantal ingrepen met betrekking tot de behandeling van gender disforie als vergoedbaar erkend door het ziekenfonds (53).

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

Verstrekking dient op medische indicatie te zijn voorgeschreven en vermeld zijn in de Nomenclatuur. Additionele (niet-wettelijke) vergoedingen door ziekenfondsen zullen over het algemeen afhankelijk zijn van het advies van gespecialiseerde erkende centra die werken volgens internationale behandelrichtlijnen voor gender disforie.

Eigen bijdragen

Wettelijke procentuele eigen bijdragen (indien van toepassing) voor verstrekkingen die gedekt worden door de publieke ziektekostenverzekering (met inachtneming van algemene compensatie regelingen zoals WIGW en Maximumfaktuur).

Diverse eigen bijdragen voor overige verstrekkingen afhankelijk van toestemming ziekenfonds. Voor vaginaconstructie geldt op het ogenblik een gemiddeld eigen bijdrage van €2500 (53).

Geslachtsaanpassing bij transseksualiteit (gender disforie): Frankrijk (54) {Consult CNAMTS 05.12.02}

Principe

Klinisch gezien kan een behandeling van deze aandoening omvatten: uitgebreide differentiaaldiagnose (op basis van anatomische, endocrinologische en psycho-neurologische anamnese); hormoonbehandeling; real-life test; chirurgische aanpassing (primaire en secundaire) geslachtskenmerken; psychotherapeutische behandeling; levenslange hormoonbehandeling en eventueel andere lichamelijke aanpassingen zoals gelaatscorrectie, ontharing en dergelijke.

De (chirurgische) behandeling van gender disforie is niet als zelfstandige en als zodanig door de publieke verzekering vergoedbare behandeling opgenomen in de nationale Nomenclatuur. Echter, gender disforie wordt erkend als ‘ernstige persoonlijkheidsstoornis’ en valt daarmee onder de lijst *Liste des Affections longue durée exonérantes*. Daarom wordt, met uitzondering van enkele specifieke ingrepen, behandeling van gender disforie volledig vergoed.

Aanspraken

Mits aan de voorwaarden is voldaan geldt onder de publieke verzekering aanspraak op uitgebreide diagnosestelling, real-life test, hormoonbehandeling, chirurgische behandeling, begeleiding door endocrinoloog, chirurg en psychiater en twee jaar lange nazorg na transformatie. De chirurgische behandeling kan, indien gewenst, in het buitenland plaatsvinden.

Implanteerbare borstprothesen en gelaatscorrecties worden niet vergoed door de publieke verzekering.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

Verstrekking dient op medische indicatie te zijn voorgeschreven door een psychiater deskundig op dit vlak;

Diagnostiek en behandeling dient te geschieden op basis van een algemeen erkend protocol (*Protocole d'évaluation d'une demande de transformation hormono-chirurgicale* (THC) dat voorziet in een twee jaar durend traject omvattende een differentiaaldiagnose, hormoonbehandeling en een real-life test;

Toestemmingsvereiste van het ziekenfonds

Eigen bijdragen

Volledige eigen bijdrage voor (chirurgische) behandeling van gelaatscorrecties en implanteerbare borstprothesen.

Geslachtsaanpassing bij transseksualiteit (gender disforie): Verenigd Koninkrijk (55) (56)

Principe

Klinisch gezien kan een behandeling van deze aandoening omvatten: uitgebreide differentiaaldiagnose (op basis van anatomische, endocrinologische en psycho-neurologische anamnese); hormoonbehandeling; real-life test; chirurgische aanpassing (primaire en secundaire) geslachtskenmerken; psychotherapeutische behandeling; levenslange hormoonbehandeling en eventueel andere lichamelijke aanpassingen zoals gelaatscorrectie, ontharing en dergelijke.

Er is geen centrale wettelijke regulering ten aanzien van behandeling en vergoeding van gender disforie; het vergoedingsbeleid ten aanzien van deze behandeling wordt overgelaten aan de lokale autoriteiten. Sommige autoriteiten hebben een positief en geprotocolleerd vergoedingsbeleid, anderen beschouwen gender disforie niet als een aandoening die behandeling en vergoeding rechtvaardigt. Dit laatste is in 2002 als onrechtmatig beoordeeld door de High Court. Deze heeft besloten dat een formeel algemeen negatief standpunt t.a.v. vergoeding van behandeling van gender disforie onwettig is. De huidige *status quo* is dat elke lokale autoriteit iedere vergoedingsaanvraag individueel dient te overwegen maar vrij is in haar uiteindelijke oordeel.

In de praktijk worden vergoedingskwesties ten aanzien van behandeling van gender disforie regelmatig door verzekeren en lokale autoriteiten voor de rechter uitgevochten.

Aanspraken

De aanspraken kunnen per regio verschillen afhankelijk van het beleid van de lokale Primary Care Trust.

De *NW Lancashire Health Authority* (NWLHA) hanteert met betrekking tot aanspraken het volgende beleid:

- (1) verwijzing naar lokaal gespecialiseerd centrum door lokale NHS psychiater
- (2) verwijzing heeft betrekking op assessment, begeleiding, psychotherapie, spraaktherapie, hormonale behandeling en nazorg maar geen chirurgische behandeling
- (3) vergoeding van hormonale behandeling wordt doorgaans op individuele basis geautoriseerd door de NWLHA, mits de patiënt een assessment op basis van de Harry Benjamin criteria heeft doorstaan
- (4) indien vergoeding in fase 2 is geautoriseerd kan de patiënt in principe in aanmerking komen voor vergoeding van chirurgische behandeling maar altijd op basis van individuele toetsing door de NWLHA en er bestaat geen formele vergoedingsverplichting
- (5) de chirurgische behandeling is niet nader gespecificeerd en er is dus geen informatie over aanspraken ten aanzien van epilatie, borstvergroting etc. Bepalend is de vorm van behandeling die

door de arts noodzakelijk wordt geacht en de *case by case* toetsing door de NWLHA ten aanzien van de vergoeding van die behandeling.

Eigen bijdragen

Het voorkomen en mate van eigen bijdragen voor deze behandeling varieert per geval en per regio.

Geslachtsaanpassing bij transseksualiteit (gender disforie): Duitsland(55) (56) (57)

Principe

In Duitsland gelden in principe geen wettelijke bepalingen of richtlijnen ten aanzien van diagnostiek of behandeling van gender disforie. In de medische praktijk is het uitgangspunt dat als de met de aandoening gerelateerde psychische ziektelast niet verholpen kan worden met psychiatrische of psychotherapeutische hulp, een medische behandeling geïndiceerd is en daarmee in principe van rechtswege vergoed moet worden. Er geldt wel een individuele toetsing en een toestemmingsvereiste voor diverse ingrepen gerelateerd aan de geslachtsaanpassing. Verschillen in aanspraken tussen ziekenfondsen kunnen voorkomen.

Aanspraken

Mits medisch geïndiceerd worden de volgende ingrepen over het algemeen vergoed:

Man-vrouw aanpassing: elektrische baardhaar epilatie (laser epilatie geeft geen langdurend effect); borstvergroting (zelden geïndiceerd omdat hormoontherapie afdoende resultaat geeft); aanpassing van genitaliën (penisamputatie; neovulva, neovagina en neoclitoris); adamsappelaanpassing en stemband operatie zijn geen standaardbehandeling en worden in principe niet vergoed;

Vrouw-man aanpassing: borstamputatie, verwijdering baarmoeder en eierstokken, penisopbouw {Verklaring Medizinschen Dienst der Krankenkassen Nordrhein; april 2002}

Voorwaarden

Voor de diverse ingrepen geldt over het algemeen een toestemmingsvereiste in combinatie met een op individuele basis uitgevoerde differentiaaldiagnose

De differentiaaldiagnose wordt over het algemeen gesteld middels anatomisch, hormonaal en (bij uitzondering) chromosomaal onderzoek; alle gerelateerde kosten worden vergoed door het betreffende ziekenfonds. Voor vergoeding van meer geavanceerde onderzoeksmethoden (kernspintopografie) geldt een toestemmingsvereiste. Indien de neurologische-psychiatrische diagnose (tevens vergoed) dit indiceert wordt de hormoonbehandeling (en controle onderzoeken) vergoed als een normale ziekenfondsverstrekking. Bij de therapeutische behandeling worden per definitie 5 sessies vergoed, voor vergoeding van meer sessies geldt een toestemmingsvereiste.

Eigen bijdragen

Kosten voor laser epilatie; ingrepen waarvoor ziekenfonds geen toestemming heeft verleend

8.2.3 Perifere stamcel re-infusie bij mammacarcinoom

Perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie bij behandeling mammacarcinoom: Nederland

Principe

De in 2002 gepubliceerde richtlijn behandeling mammacarcinoom van het Kwaliteitsinstituut van de Gezondheidszorg (CBO) maakt geen melding van de toepassing van perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie in de behandeling van borstkanker.

Beenmergtransplantatie is in de ziekenfondsverzekering als een vergoedbare verstrekking opgenomen zonder nadere specificatie van de indicatie met dien verstande dat deze toepassing algemeen voor de betreffende indicatie aanvaard is. Dit laatste is voor toepassing bij borstkanker nog niet het geval. De behandeling is tot nu toe nog experimenteel en wordt voornamelijk alleen toegepast in het kader van klinische trials in vergelijking met de bestaande therapie {Consult Borstkanker Vereniging Nederland 05.05.03}.

Aanspraken

Geen aanspraken als ziekenfondsvergoeding.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

Niet van toepassing

Eigen bijdragen

Niet van toepassing

Perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie bij behandeling mammacarcinoom: België

Principe

Het betreft hier een perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie bij het behandelen van solide mammacarcinoom. Volgens het nationale ziektekostenverzekeringsorgaan RIZIV gelden er geen beperkingen ten aanzien van de vergoeding van een beenmergtransplantatie. Er bestaan in dit kader ook geen nadere richtlijnen/voorwaarden voor de toepassing van autologe beenmergtransplantatie in combinatie met hoge dosis chemotherapie in de behandeling van borstkanker {Consult RIZIV 28.04.03}.

Er zijn in de literatuur en op het internet geen aanwijzingen gevonden dat deze behandeling in België op grote schaal wordt toegepast bij borstkanker. De toepassing van deze behandeling is zeer waarschijnlijk eerder een medische kwestie dan een vergoedingskwestie.

Aanspraken

Een beenmergtransplantatie is als zelfstandige verstrekking en zonder beperkende indicatiestelling opgenomen in de Nomenclatuur en kan als zodanig als een door de publieke verzekering bekostigde ziekenhuisverstrekking beschouwd worden {K.B. 22.7.98} {Consult RIZIV 04.03}. Het is echter waarschijnlijk dat er geen nadere vergoedingsvoorwaarden zijn omdat de behandeling als zodanig niet als algemeen erkend is.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

Niet van toepassing.

Eigen bijdragen

Niet van toepassing.

Perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie bij behandeling mammacarcinoom: Frankrijk

Principe

Het betreft hier een perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie bij het behandelen van solide mammacarcinoom.

Een beenmergtransplantatie is als zelfstandige verstrekking en zonder beperkende indicatiestelling opgenomen in de Nomenclatuur. Er is geen sprake van enige beperkende regulering ten aanzien van de het verstrekken van deze behandeling onder bekostiging van de sociale ziektekostenverzekering. Het al dan niet uitvoeren van deze behandeling wordt daarmee overgelaten aan het medische veld en het betreffende ziekenhuis.

Aanspraken

Er gelden volgens de publieke ziektekostenverzekering geen nadere wettelijke bepalingen ten aanzien van het al dan niet verstrekken van deze behandeling.

In Franse nationale behandelrichtlijnen voor borstkanker {*Standards, Options et Recommendations Cancers du sein infiltrants non métastatiques* (januari 2001)} wordt toepassing van deze behandeling beperkt tot vormen van borstkanker met een slechte prognose en waarbij alle of het merendeel van de lymfeklieren in het betreffende drainage gebied aangedaan zijn.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

Niet van toepassing

Eigen bijdragen

Niet van toepassing.

**Perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie bij behandeling
mammacarcinoom: Verenigd Koninkrijk**

Principe

Perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie voor de behandeling van borstkanker is geen standaard NHS verstrekking. Dit geldt ook voor ernstige gemetastaseerde vormen van borstkanker. De zogenoemde ‘autograft stemcell support’ wordt wel toegepast in de behandeling van bepaalde vormen van leukemie. De reden is dat tot op heden uitgevoerde prospectieve trials geen consensus hebben gebracht ten aanzien van de effectiviteit (gemeten in totale overleving) van deze behandeling in vergelijking met conventionele behandeling van borstkanker. Daarnaast zijn er medisch-ethische bezwaren tegen deze behandeling omwille van veiligheidsredenen die verband houden met bijwerkingen van hoge dosis chemotherapie en verminderde afweer. Er zijn op korte termijn geen wijzigingen te verwachten omtrent de behandelrichtlijnen of NHS status van deze behandeling {Consult National Cancer Research; 02.06.03}.

Aanspraken

Niet van toepassing

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

Niet van toepassing

Eigen bijdragen

Niet van toepassing

**Perifere stamcel re-infusie in combinatie met hoge dosis chemotherapie bij behandeling
mammacarcinoom: Duitsland**

Principe

Ook in Duitsland bestaat in het medische veld nog geen consensus ten aanzien van de toepassing van perifere beenmergtransplantatie in combinatie met hoge dosis chemotherapie in de behandeling van borstkanker. Dit geldt ook voor de behandeling met hoge dosis chemotherapie als zelfstandige therapie.

De toepassing wordt alleen uitgevoerd in het kader van klinische trials en uitsluitend in gespecialiseerde centra (58).

Aanspraken

Niet van toepassing

Voorwaarden

Niet van toepassing

8.2.4 Cochleair implantaat

Cochleair implantaat: Nederland

Principe

Er is in Nederland aan de ziektekostenverzekeraars een zeker budget beschikbaar gesteld voor de bekostiging van cochleaire implantaten. Op basis van een wettelijk tarief (vastgesteld door het CTG) dienen de behandelcentra te voorzien in behandeling en jaarlijkse nazorg. Toegang tot deze behandeling wordt gereguleerd door een geprotocolleerde samenwerking tussen een zevental gespecialiseerde behandelcentrum (waarvan 4 specifiek voor kinderen) en de ziektekostenverzekeraars.

Aanspraken

Aanspraak op een cochleair implantaat is afhankelijk van de door het centrum bevonden geschiktheid op basis van de criteria die door het betreffende centrum gehanteerd worden. Over het algemeen geldt het volgende:

Bij volwassenen geldt aanspraak voor personen met zeer ernstig gehoorverlies tot doofheid toe samen met het ontbreken van enig spraakverstaan en een bevonden mate van waarschijnlijkheid van succes zoals vastgesteld door een multidisciplinair geschiktheidsonderzoek door het betreffende implantaten team.

Kinderen kunnen aanspraak maken op een geschiktheidsonderzoek uitgevoerd door een CI centrum indien er sprake is van zeer ernstig gehoorverlies of totale doofheid en waarbij is vastgesteld dat betrokkenen geen baat hebben van de klassieke hoorapparatuur. Kinderen worden in principe onderzocht en eventueel geïmplantieerd in de volgorde van aanmelding.

Het Leids Universitair Medisch centrum (LUMC) is recentelijk begonnen met het implanteren van kinderen die òf ernstig slechthorend geboren zijn, òf dat op zo jonge leeftijd zijn geworden, dat normaal leren horen en spreken niet mogelijk was. Bij deze groep is het van belang dat implantatie zo snel mogelijk na het ontstaan van de slechthorendheid plaatsvindt en in ieder geval voor de achtste

verjaardag. Het is namelijk gebleken dat implantatie bij oudere, doof geboren kinderen en volwassenen tot een teleurstellend resultaat leidt (59).

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

Succesvol geschiktheidsonderzoek door een van de 7 erkende CI behandelcentra
Toestemmingsvereiste van het ziekenfonds

Eigen bijdragen

Indien het betreffende CI team positief heeft geoordeeld ten aanzien van een CI behandeling gelden er verder geen eigen bijdragen voor een ziekenfondsverzekerde met uitzondering van de batterijen of accu's die nodig zijn om de prothese in werking te stellen.

Overig

In het CI centrum in het UMC St Radboud geldt een wachtlijst van gemiddeld 1,5 tot 2 jaar terwijl gestreefd wordt naar een afronding van alle selectieonderzoeken. In het AZG kan het selectieproces ook tot 6 maanden duren, er geldt hier echter geen wachtlijst voor de operatie. Ook in het AZR Dijkzigt is geen sprake van wachtlijsten ten aanzien van de operatie (59).

Een *bilaterale* behandeling wordt in Nederland nog niet toegepast omdat er nog onvoldoende duidelijkheid is over de effectiviteit van een dergelijke behandeling in aanmerking genomen de aard van het werkingsmechanisme van cochleaire implantaten. Het gegeven dat een bilaterale aanpak van klassieke hoorapparaten bij kinderen een eventuele leerachterstand kan voorkomen is daarom secundair aan de vraag of het werkingsmechanisme een dergelijke benadering toelaat. Daarnaast spelen financiële redenen een rol {Consult CI UMC Utrecht en AZR Dijkzigt 06.05.03} {Consult CI Revalidatie Centrum Leiden – Effatha 08.07.03}.

Cochleair implantaat: België (60)

Principe

Aanspraak op behandeling met een cochleair implantaat en gerelateerde diagnostiek en revalidatie is niet als een zelfstandige verstrekking opgenomen in de nationale Nomenklatuur. Volgens de Nomenklatuur geldt slechts wettelijke aanspraak op vergoeding van de kosten van implantatie van een CI en voorwaardelijke vergoeding van eventuele reparatie-of vervangingskosten. De kosten van diagnostiek, begeleiding en revalidatie door medisch-specialisten worden op de reguliere wijze vergoed, in acht nemend de wettelijke eigen bijdragen en compensatieregelingen als de WIGW en de Maximumfactuur. Toegang geschiedt op medische indicatie van een gespecialiseerd KNO centrum en een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds.

Aanspraken

Er geldt aanspraak op een cochleair implantaat bij bevonden geschiktheid door een gespecialiseerd KNO centrum en toestemming van het ziekenfonds.

De Nomenklatuur specificeert de volgende toetsingspunten die bij een geschiktheidsonderzoek uitgevoerd dienen te worden

- totaal bilateraal gehoorverlies
- audiometrische testen die gebruik van externe prothese uitsluiten
- elektrische simulatieproef van de gehoorzenuw (niet verplicht voor kinderen)
- multidisciplinaire evaluatie met logopedische en psychologische balans

Bij kinderen bestaat sinds 2002 in beginsel ook aanspraak op een tweede CI voor een bilaterale behandeling.

Aanspraak op een geschiktheidsonderzoek geldt over het algemeen voor de volgende personen:

- Personen met beiderzijdse doofheid die voor spraakverstaan niet gebaat zijn met conventioneel hoortoestel.
- Volwassenen: gehoor slechter dan 90 dB en spraakverstaan < 30%;
- Kinderen: spraakverstaan bereikt geen minimaal niveau

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

Succesvol geschiktheidsonderzoek door een gespecialiseerd KNO centrum

Indiening vergoedingsaanvraag door het behandelend centrum aan College van Geneesheren-Directeurs

Eigen bijdragen

Wettelijke procentuele eigen bijdragen voor diagnostiek, begeleiding en revalidatie door medisch-specialisten in achtnemend de wettelijke eigen bijdragen en compensatieregelingen als de WIGW en de Maximumfaktuur.

Kosten voor batterijen en accu en eventueel vervangings/reparatiekosten binnen de daarvoor gestelde termijn

Overig

De publieke ziektekostenverzekeringsorgaan in België (RIZIV) heeft te kennen gegeven dat aan een integrale geprotocolleerde vergoedingsregeling voor behandeling met cochleaire implantaten gewerkt

wordt {Consult RIZIV 28.04.03}. De Belgische minister Vandenbroucke heeft in 2002 extra middelen aangewend voor de vergoeding van een bilateraal CI bij kinderen. Reden daartoe is dat men wil voorkomen dat kinderen met een unilateraal CI een leerachterstand oplopen, hetgeen bij unilateraal gebruik van klassieke hoorapparaten is aangetoond {Persbericht Vandenbroucke 20.02.02}

Cochleair implantaat: Frankrijk {Consult CNAMTS 29.04.03}

Principe

Aanspraak op behandeling met een cochleair implantaat en gerelateerde diagnostiek en revalidatie is niet als een zelfstandige verstrekking opgenomen in de nationale Nomenclatuur. Toegang tot en aanspraak op een cochleair implantaat wordt op geprotocolleerde wijze gereguleerd door een beperkt aantal aangewezen specialistische centra. Mits een behandeling door een dergelijk centrum geïndiceerd is maakt de verzekerde aanspraak op integrale vergoeding van de behandelingskosten.

Aanspraken

Mits aan de voorwaarden en criteria die door de diverse klinieken worden gesteld is voldaan kan een verzekerde aanspraak maken op integrale vergoeding van alle kosten die gerelateerd zijn aan de behandeling met een cochleair implantaat zoals de diagnostiek, operatie en begeleiding.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

Een toewijzing van behandeling door een multidisciplinair team in een aangewezen centrum is wettelijke vereiste;

Daarnaast gelden de criteria zoals gesteld door het betreffende CI centrum;

In principe kan een geschiktheidsonderzoek worden uitgevoerd bij personen met een aangeboren bilaterale ernstige doofheid of een dergelijke verworven doofheid door bijvoorbeeld een meningitis infectie.

Er geldt geen wettelijke aanspraak op een bilateraal CI. Het is mogelijk dat een dergelijke behandeling wel (op experimentele basis) door CI centra wordt toegepast.

Eigen bijdragen

Kosten voor batterijen

Overig

Recentelijk heeft de Franse overheid extra middelen aangewend om nieuwe centra de gelegenheid te geven deze behandeling toe te passen binnen de geldende toelatingsrichtlijnen. De overheid doet dit omdat de verspreiding van deze methode wenselijk wordt geacht {Consult CNAMTS 29.04.03}

Cochleair implantaat: Verenigd Koninkrijk

Principe

Een cochleair implantaat wordt gezien als een zg. 'specialist service' van de NHS. Het vergoedingsbeleid ten aanzien van deze behandeling wordt overgelaten aan de lokale autoriteiten, de PCTs. De meeste PCTs stellen een beperkt budget beschikbaar voor deze behandeling. Binnen dit budget moeten de CI centra samen met de PCT overeenstemming bereiken over het algemeen service niveau ten aanzien van cochleaire implantaten. Het service niveau dat door de verschillende CI centra wordt geboden kan om deze reden verschillen.

Toegankelijkheid van de behandeling wordt gereguleerd via gespecialiseerde CI centra op verwijzing van een KNO specialist.

Er zijn in het Verenigd Koninkrijk 18 NHS ziekenhuizen die kunnen voorzien in CI en bijbehorende behandeling. Jaarlijks ontvangen ongeveer 200 kinderen een CI in de UK. Wachtlijsten komen voor maar verschillen per regio {Consult Disability Policy Branch in Department of Health 22.11.02}.

Aanspraken

Aanspraak op een cochleair implantaat is afhankelijk van de door het centrum bevonden geschiktheid op basis van de criteria die door het betreffende centrum gehanteerd worden. Indien dit het geval is, maakt de verzekerde kosteloos aanspraak op alle gerelateerde zorg zoals training en nazorg.

Aanspraak op een *bilaterale* CI is nog niet algemeen erkend in het Verenigd Koninkrijk (zie *casus*).

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden:

Bevonden geschiktheid door één van de 18 erkende NHS CI behandelcentra

Over het algemeen worden de volgende criteria aangehouden voor een geschiktheidsonderzoek door een CI centrum {Consult NHS Audiologist at National Deaf Children Society 28.02.03}

Volwassenen:

Doorverwijzing naar een CI centrum door huisarts of specialist op basis van (lokale) verwijscriteria

Kinderen met aangeboren doofheid:

Leeftijd < 7 jaar; ernstige sensorisch-neuraal hoorverlies in beide oren; niet gebaat bij klassieke hoorapparaten; deelname aan een begeleidingsprogramma; juiste motivatie en verwachtingen; geen contra-indicaties.

Kinderen met latere doofheid:

Ernstige sensorisch-neuraal hoorverlies in beide oren; niet gebaat bij klassieke hoorapparaten; wens om deel te nemen aan horende wereld; geen contra- indicaties

Eigen bijdragen

Indien het betreffende CI team positief heeft geoordeeld ten aanzien van een CI behandeling gelden er verder geen eigen bijdragen voor een ziekenfondsverzekerde met uitzondering van de batterijen of accu's die nodig zijn om de prothese in werking te stellen.

Overig

Casus Nottingham Paediatric CI Programme

In de NPCIP is een *pilot* opgestart m.b.t. bilaterale benadering met cochleaire implantaten.

In het centrum is geen wachtlijst voor de operatie maar wel een wachtlijst van ongeveer 4 maanden voor het eerste intake gesprek. Het centrum moet binnen een budgettair kader een service niveau aanbieden in overeenstemming met de betreffende PCT. Het centrum heeft in toenemende mate moeite om binnen dit kader aan de vraag te voldoen omdat er meer verwijzingen binnenkomen dan voor gebudgetteerd is. Daarnaast wordt een toenemend percentage van de middelen gebruikt om te voorzien in nazorg van het toenemend totaal aantal patiënten met een CI {Consult Nottingham CI Programme 06.05.03}.

Cochleair implantaat: Duitsland {Consult CI Kliniek Heidelberg 16.06.03}

Principe

In principe wordt een cochleair implantaat en het rehabilitatietraject vergoed door de basisverzekering. Op deze regel geldt voor een aantal vormen van doofheid een uitzondering. Toegang tot deze behandeling vindt plaats via gespecialiseerde behandelcentra.

Voorwaarden

Bevonden geschiktheid door een gespecialiseerd CI centrum. Bij bepaalde vormen van doofheid (doofheid bij volwassenen die is ontstaan voor het leren spreken van de taal en doofheid bij patiënten die na het leren spreken van de taal is ontstaan) bestaat in principe geen aanspraak op behandeling met een CI onder de dekking van de basisverzekering. In enkele individuele gevallen kan een CI bij deze vormen van doofheid wel toegekend worden.

Eigen bijdragen

Niet van toepassing

8.2.5 Eerstelijns psychotherapie

Eerstelijns psychologische zorg: Nederland {www.ggzbeleid.nl}

Principe

Toegang tot eerstelijns psychologische hulp vindt plaats via een verwijzing van de huisarts naar een eerstelijns psycholoog of via directe toegang tot een publieke instelling zoals het RIAGG.

Eerstelijns psychologische zorg valt in principe onder de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en bestaat uit huisartsenzorg, Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de eerstelijns psycholoog. De huisarts is verzekerd onder de Ziekenfondswet terwijl de AMW wordt gefinancierd uit het Gemeentefonds en kosteloos toegankelijk is. De eerstelijns consulten bij een psycholoog zijn niet in het basispakket van het ziekenfonds opgenomen maar worden uitsluitend (gedeeltelijk) vergoed middels een aanvullende verzekering van de betreffende ziektekostenverzekeraar.

Aanspraken

De eerstelijnszorg van de huisarts is vrij toegankelijk, kosteloos en kent een generalistische werkwijze. De huisarts kan doorverwijzen naar het AMW, een eerstelijns psycholoog of naar de (kosteloze) tweedelijnszorg, indien de problematiek de mogelijkheden van de eerstelijnszorg te boven gaat en een meer specialistische diagnostiek of behandeling nodig is.

De behandeling door de eerstelijns psycholoog beslaat gemiddeld 8 en maximaal 15 behandelingen en moet door de patiënt zelf of middels een aanvullende verzekering bekostigd worden.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

Niet van toepassing

Eigen bijdragen

Alle kosten voor behandeling door een eerstelijns psycholoog of een extra premiebetaling voor een aanvullende verzekering die voorziet in een (gedeeltelijke) tegemoetkoming van de kosten.

Overig

Niet van toepassing

Eerstelijns psychologische zorg: België

Principe

In de Nomenclatuur is sprake van psychotherapeutische hulp verleend door een geneesheer of psychiater. Deze hulp is vrij toegankelijk (zonder verwijzing) en kent vanuit vergoedingsoogpunt geen nadere limiteringen ten aanzien van bijvoorbeeld het aantal behandelingen. Voor een behandeling geldt een wettelijk tarief waarvan een deel als wettelijke procentuele eigen bijdrage voor rekening van

de verzekerde komt. Kosten voor deze in de Nomenclatuur vermelde verstrekking, mits ambulant uitgevoerd, komen in aanmerking voor verrekening onder de Maximumfactuur {Consult RIZIV28.04.03}.

Aanspraken

Er gelden vanuit het perspectief van de sociale verzekering geen nadere beperkingen of voorwaarden in de aanspraken op psychotherapeutische zorg. Voor een zitting van 45 minuten geldt een wettelijk honorarium van €50,77. De verzekering biedt aanspraak op een terugbetaling van €38,08 voor een gewone verzekerde en €45,70 voor een verzekerde uit de doelgroep (WIGW) {Nomenclatuur 04.03}

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

Niet van toepassing

Eigen bijdragen

Per zitting van 45 minuten: €12,69 (gewone verzekerde) of €5,07 (WIGW gerechtigde);

Eventueel supplementbetalingen van niet-geconventioneerde arts

Eerstelijns psychologische zorg: Frankrijk {Consult CNAMTS 23.04.03}

Principe

Eerstelijns psychologische zorg op extramurale basis is vrij toegankelijk (zonder verwijzing) mits deze verleend wordt op medische indicatie. De aanspraak kent verder vanuit vergoedingsoogpunt geen nadere limiteringen ten aanzien van bijvoorbeeld het aantal behandelingen. Voor een behandeling geldt een wettelijk tarief waarvan een deel als wettelijke procentuele eigen bijdrage voor rekening van de verzekerde komt. Deze wettelijke eigen bijdrage wordt over het algemeen privaat bijverzekerd in een aanvullende verzekering.

Aanspraken

In het kader van de publieke verzekering geldt aanspraak op een vergoeding van 70% van het wettelijk tarief van een psychotherapeutische zitting. Vanuit het vergoedingsoogpunt gelden geen beperkingen ten aanzien van het aantal behandelingen waar aanspraak op gemaakt kan worden.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

De behandeling moet op medische indicatie geschieden.

Eigen bijdragen

Voor iedere zitting een eigen bijdrage van 30% van het wettelijk tarief of extra premiebetaling voor een aanvullende verzekering;

Eventueel supplementbetalingen van niet-geconventioneerde artsen.

Eerstelijns psychologische zorg: Verenigd Koninkrijk {Consult Department of Health 13.03.03} (61)

Principe

Kortdurende psychotherapeutische hulp (in de NHS bekend als *talking treatment*) is opgenomen als effectieve behandeling in de zogenoemde Mental Health National Service Framework en als zodanig een NHS verstrekking. Het is aan de behandelend arts om per geval na te gaan of aanspraak op deze zorg op klinische gronden geïndiceerd is, hetgeen al dan niet resulteert in een doorverwijzing voor nadere diagnostiek of psychotherapeutische behandeling.

Aanspraken

De vorm en mate van psychologische hulp die verleend kan worden onder de NHS hangt af van de middelen en beleidsvoering van de betreffende lokale gezondheidsautoriteiten. Voor psychotherapeutische hulp bestaan over het algemeen lange wachtlijsten.

De Mental Health National Service Framework (1999) is een nationale standaard met betrekking tot geestelijke zorgverlening. Deze standaard onderscheidt verschillende vormen van geestelijke zorgverlening en omvat ten aanzien van eerstelijnszorg de volgende uitgangspunten:

Eenieder die de eerstelijnszorg benadert met relatief eenvoudige geestelijke klachten heeft aanspraak op:

- a) een onderzoek naar en vaststelling van de benodigde medische zorg
- b) een effectieve behandeling, met inbegrip van een verwijzing naar een specialist voor nader onderzoek, behandeling of zorg indien hier de noodzaak toe bestaat

Eenieder met een algemeen voorkomend psychische aandoening moet in de gelegenheid zijn om

- a) 24 uur per dag de lokale eerstelijnszorg te kunnen contacteren die kan voorzien in hun behoeften en adequate zorg te ontvangen
- b) NHS Direct te contacteren voor specialistische adviezen en verwezen te worden naar specialistische hulplijnen of lokale eerstelijnszorgvoorzieningen (bijv. telefonische hulpdienst)

NHS Direct is een 24 uren telefonische hulpdienst die kan voorzien in professioneel advies voor iedere inwoner van het Verenigd Koninkrijk.

Wettelijke vergoedingsvoorwaarden

De behandeling moet op medische indicatie geschieden en op verwijzing van de behandelend arts. Daarnaast kunnen lokale toelatingscriteria toegang en mate van de zorg bepalen.

Eigen bijdragen

Niet van toepassing

Eerstelijns psychologische zorg: Duitsland {Consult *Kassenärztliche Bundesvereinigung* 26.05.03}

Principe

Duitsland kent een laagdrempelige toegang tot psychologische zorg. Aanspraken worden gereguleerd door het voorschrijfgedrag van de psychotherapeut die kan kiezen tussen kortdurende en langdurende zorg. In het geval van langdurende zorg zijn de aanspraken beperkt (afhankelijk van classificatie van de aandoening) en geldt een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds.

Aanspraken

Op voorschrift van de psychotherapeut heeft de verzekerde in het geval van kortdurende zorg aanspraak op 25 behandelingen van 50 minuten.

In het geval van langdurende zorg gelden de volgende aanspraken (mits toestemming is verleend door ziekenfonds):

80 behandelingen voor gedragstherapie;

100 behandelingen voor ‘dieppsihologisch gefundeerde psychotherapie’

300 behandelingen voor ‘analytische psychotherapie’

Voorwaarden

Voorschrift door erkende psychotherapeut;

Toestemmingsvereiste ziekenfonds (bij meer dan 25 behandelingen)

Eigen bijdragen

Geen

8.3 Casuïstiek medisch-specialistische zorg: internationale overeenkomsten en verschillen

8.3.1 *In vitro* fertilisatie (en intra cytoplasmatische sperma injectie)

Land	Aanspraken
Nederland	Integrale vergoeding van vruchtbaarheidsbehandeling met IVF; Maximaal drie IVF pogingen per doorgaande zwangerschap; Geprotocolleerde toelating via aangewezen klinieken; Volledige vergoeding van diagnostiek, hormoontherapie, begeleiding etc; <u>ICSI is geen</u> wettelijke verstrekking en wordt niet vergoed; Medici hanteren leeftijdsgrens van 40-45 jaar (niet wettelijk bepaald)
België	<i>Beoogde situatie vanaf 1 juli 2003:</i> Integrale vergoeding van vruchtbaarheidsbehandeling met IVF en ICSI; Het aantal in te planten embryo's is leeftijdsafhankelijk; Wettelijke leeftijdsgrens van 43 jaar; Maximaal 6 hormoonbehandelingen
Frankrijk	Integrale vergoeding van vruchtbaarheidsbehandeling met IVF en ICSI; Maximaal vier IVF pogingen per doorgaande zwangerschap (eventueel meer pogingen mogelijk op voorschrift gynaecoloog); Wettelijke leeftijdsgrens van 43 jaar; Uitsluitend voor gehuwde (of > 2 jaar samenwonend) heteroparen in de vruchtbare leeftijd
Verenigd Koninkrijk	Geen wettelijke aanspraken onder NHS; vergoeding afhankelijk van PCTs; 20% van IVF behandelingen in het VK wordt vergoed door NHS; PCTs hanteren verschillende criteria (medische en sociale criteria en leeftijd); Sinds 2002 integrale vergoeding in Noord Ierland; NICE evaluatie gaande (advies verwacht voor november 2003)
Duitsland	<i>Huidige aanspraken:</i> Integrale vergoeding van vruchtbaarheidsbehandeling met IVF en ICSI; Maximaal 8 inseminaties (waarvan maximaal 6 met hormonale behandeling en maximaal 8 in spontane cycli); Maximaal vier behandelingen met IVF (na twee mislukte pogingen gelden geen verdere vergoedingsaanspraken); Maximaal vier behandelingen met ICSI (na twee mislukte pogingen gelden geen verdere vergoedingsaanspraken); Wettelijke leeftijdsgrens van 40 jaar; Uitsluitend voor gehuwde heteroparen <i>Verwachte aanspraken volgens Gesundheitsreform (21):</i> Maximaal drie vergoedbare pogingen waarvoor een eigen bijdrage geldt van 50% Leeftijdsgrenzen voor de moeder tussen 25 en 40 jaar

In dit overzicht zijn tussen de verschillende landen aanzienlijke verschillen zichtbaar met betrekking tot de wettelijke vergoedingsaanspraken en eventuele nadere voorwaarden.

Nederland en het *Verenigd Koninkrijk* zijn de enige landen die een vruchtbaarheidsbehandeling middels ICSI niet vergoeden. In Nederland is dit het geval vanwege de experimentele status die deze behandeling in dit land heeft. In het Verenigd Koninkrijk houdt deze vergoedingsstatus waarschijnlijk verband met het feit dat een vruchtbaarheidsbehandeling op zich in dat land niet volledig erkend is als een vergoedbare verstrekking. In België werd tot voor kort een vruchtbaarheidsbehandeling via IVF slechts gedeeltelijk vergoed. Vanaf juli 2003 wordt deze behandeling (ook via ICSI) integraal vergoed mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan.

Nederland hanteert, in tegenstelling tot België, Frankrijk en Duitsland, geen *wettelijke* leeftijdsgrens.

Frankrijk en *Duitsland* zijn de enige landen waar de burgerlijke status en de seksuele geartheid van het paar als wettelijk criterium gehanteerd wordt. De wettelijke criteria in Nederland en België zijn uitsluitend van klinische aard. In Nederland geldt geen wettelijke beperking ten aanzien van het aantal vergoedbare hormoonbehandelingen.

Ten aanzien van het aantal vergoedbare IVF pogingen is Nederland met drie pogingen per doorgaande zwangerschap minder coulant dan Frankrijk en Duitsland (4 pogingen). In Duitsland is het aantal vergoedbare pogingen per doorgaande zwangerschap in principe beperkt tot twee pogingen omdat na twee gefaalde pogingen de aanspraken vervallen. België is het enige land dat leeftijdsvoorwaarden stelt aan het aantal inplantbare embryo's.

In *België* is dus onlangs besloten om de IVF behandeling (of ICSI) toegankelijk te maken voor iedereen die aan de voorwaarden voldoet omdat het volgens de minister onaanvaardbaar is dat de mogelijkheid om een kinderwens waar te maken afhangt van de financiële middelen van de personen in kwestie. Bij de nieuwe regeling is uitgegaan van het idee dat de behandeling volledig vergoedbaar moet zijn. Echter, tegelijkertijd is rekening gehouden met de wens dat de daarvoor aan te wenden middelen niet onthouden moeten worden van andere terreinen in de zorg. Hiertoe heeft men beperkende voorwaarden ingevoerd ten aanzien van het aantal inplantbare embryo's in relatie tot de leeftijd van de moeder. Op basis van wetenschappelijke aanbevelingen is de doelstelling om zodoende in de toekomst meerlingzwangerschappen te voorkomen. Met het voorkomen van deze meerlingzwangerschappen verwacht men een besparing op neonatale zorgkosten die vervolgens ten goede komt voor het vergoeden van de vruchtbaarheidsbehandeling. Een beleid dat duidelijk gebaseerd is op doelmatigheidsoverwegingen met een wetenschappelijke basis {*Vandenbroucke* 30.11.02}.

In *Frankrijk* kent men voor een IVF (of ICSI) behandeling een wachtlijst van 6 tot 12 maanden. Op termijn is de verwachting dat de wettelijke voorwaarden ten aanzien van de leeftijdsgrens en het aantal vergoedbare pogingen scherper gesteld zullen worden omdat deze grenzen ter discussie staan in relatie tot de doelmatigheid van de behandeling en op gespannen voet staan met wat als toelaatbaar gebruik van collectieve middelen wordt geacht {Consult CNAMTS 23.04.03} (48).

In *Duitsland* is het aantal IVF en ICSI behandelingen beperkt tot een totaal van vier behandelingen per methode. Echter, deze aanspraken vervallen nadat twee behandelingen zonder succes zijn gebleven. In een dergelijke situatie geldt per doorgaande zwangerschap dus feitelijk aanspraak op *twee* vergoedbare behandelingen per methode. Volgens de beoogde beleidswijzingen in de *Gesundheitsreform* zullen de vergoedingsaanspraken ten aanzien van IVF in Duitsland mogelijk aanzienlijk beperkt worden.

De huidige leeftijdsgrens van 40 jaar in Duitsland is gekozen omdat vanaf deze leeftijd de kans op succes en daarmee de effectiviteit van de behandeling steeds kleiner wordt. Er worden op individuele basis uitzonderingen gemaakt op deze regel; de uiterlijke wettelijke leeftijdsgrens is 45 jaar.

Het criterium dat betrekking heeft op de sociale status hangt samen met de maatschappelijk juridische status van het 'gezin' in Duitsland. Er is een publieke discussie gaande omtrent aanpassing van deze wettelijke definities aan de realiteit van de moderne maatschappij. Er is in Duitsland een voortdurend debat over vermeende aangeboren afwijkingen bij IVF kinderen. ICSI werd vanaf juli 2002 toegestaan op last van een rechtelijke uitspraak in een civiele procedure. Deze regeling wordt in principe na drie jaar geëvalueerd waarbij ook de veiligheid van ICSI nader wordt onderzocht. Duitse artsen pleiten op dit moment voor een wetwijziging die voorziet in een wettelijke basis van transfer van donor eicellen en blastocysten met betrekking tot kunstmatige bevruchting {Consult *Kassenärztliche Bundesvereinigung* 25.05.03} {IVF *Richtlinien Bundesausschuss* 01.01.98}.

8.3.2 Gender disforie

Land	Aanspraken
Nederland	Integrale vergoeding van medisch geïndiceerde plastisch-chirurgische behandeling; Geprotocolleerde toelating (<i>Harry Benjamin Standards of Care</i>); Vergoeding van geslachtsaanpassing (primair en secundair), stembandoperatie, elektrische epilatie (tot €6806) en in principe ook gelaatscorrecties (van neus, kaak en/of adamsappel); Geen wettelijke aanspraak op vergoeding van laser-epilatie; Er geldt een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds
België	Geen integrale vergoeding voor geslachtsaanpassing als zelfstandige behandeling; Vergoeding beperkt tot deelbehandelingen beschreven in Nomenklatuur; Aanspraken alleen op medische indicatie en op basis van internationale behandelrichtlijn; Geen aanspraken op behandeling door logopedist, elektrische epilatie en gelaatscorrecties; Gemiddelde eigen bijdrage voor vaginaconstructie van €2500; Er geldt een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds;
Frankrijk	Integrale vergoeding van medisch geïndiceerde plastisch-chirurgische behandeling; Geprotocolleerde toelating (<i>Protocole d'évaluation d'une demande de transformation hormono-chirurgicale</i> (THC)); Geen aanspraken op een implanteerbare borstprothese en gelaatscorrecties; Er geldt een toestemmingsvereiste van het ziekenfonds;
Verenigd Koninkrijk	Geen wettelijk of centraal vergoedingsbeleid t.a.v. behandeling van transseksualiteit; Aanspraken afhankelijk van beleid lokale PCT; aanspraken worden voor rechter bedongen; Ziekenfondsen hanteren vaak <i>Harry Benjamin Standards of Care</i>
Duitsland	Geen specifiek wettelijk of centraal vergoedingsbeleid t.a.v. behandeling van transseksualiteit; Geprotocolleerde toelating (Duitse richtlijnen van <i>Sophonette Becker</i>); Plastisch-chirurgische behandeling op voorschrift van een specialist; Aanspraken kunnen verschillen afhankelijk van het beleid van het betreffende ziekenfonds; Vergoeding van stembandoperatie, gelaatscorrecties en adamsappelcorrectie is <u>niet</u> standaard; Geen wettelijke aanspraak op vergoeding van laser-epilatie

Uit dit overzicht blijkt dat de aanspraken op vergoeding van een plastisch-chirurgische geslachtsaanpassing bij een vastgestelde transseksualiteit in Nederland relatief expliciet en uitvoerig zijn in vergelijking met de andere onderzochte landen.

Nederland, Duitsland en Frankrijk kennen tot op zekere hoogte een centraal vergoedingsbeleid ten aanzien van de plastisch-chirurgische behandeling van transseksualiteit. In België en het Verenigd Koninkrijk is vergoeding van een dergelijke behandeling als zodanig niet wettelijk geregeld en worden de vergoedingsaanspraken per geval door het betreffende ziekenfonds vastgesteld.

In *Duitsland* geldt het formele standpunt dat als de met de afwijking gerelateerde psychische ziektelast niet verholpen kan worden met psychiatrische of psychotherapeutische hulp, een medische behandeling geïndiceerd is en daarmee van rechtswege vergoed moet worden. In *Nederland* wordt deze toetsing overgelaten aan een zogenoemd gender centrum. Indien dit centrum een specifieke behandeling, zoals een gelaatscorrectie, op grond van medische indicatie gerechtvaardigd acht wordt een dergelijke behandeling in principe vergoed door de publieke ziektekostenverzekering.

In geen enkel land geldt aanspraak op vergoeding van laserepilatie. In Duitsland wordt deze vorm van epilatie niet vergoed omdat deze geen langdurig effect sorteert. In Nederland wordt laserepilatie ook niet vergoed en is vergoeding van elektrische epilatie aan een maximum verbonden.

In principe kan gesteld worden dat in de landen die een centraal vergoedingsbeleid kennen ten aanzien van behandeling van transseksualiteit, de *noodzakelijkheid* van de behandeling centraal staat in de besluitvorming.

In *Duitsland* acht men de geslachtenaanpassing onder voorwaarden noodzakelijk vanwege het langdurig psychisch lijden van een patiënt met een vastgestelde transseksualiteit. De aanspraken op een plastisch-chirurgische behandeling hangen vervolgens samen met de feitelijke diagnose van transseksualiteit en de vraag in hoeverre het hieraan gerelateerde lijden niet door een psychische behandeling bestreden kan worden. In hoeverre ingrepen als gelaatscorrecties, epilaties en stembandoperaties in dit kader als medisch noodzakelijk worden gezien is onduidelijk en aanspraak op deze ingrepen worden in het algemeen voornamelijk per casus beoordeeld. Het niet vergoeden van de laserepilatie in Duitsland lijkt te berusten op een impliciete toepassing van het *doelmatigheidscriterium* gezien de beperkte lange termijn effectiviteit van de behandeling.

8.3.3 Perifere stamcel re-infusie bij mammacarcinoom

Land	Aanspraken
Nederland	Geen wettelijke aanspraken; Toepassing is nog experimenteel
België	In principe geen wettelijke beperking op aanspraken; Geen algemeen erkende toepassing in het klinische veld
Frankrijk	In principe geen wettelijke beperking op aanspraken; Behandeling wordt genoemd in nationale behandelrichtlijnen van de beroepsgroep
Verenigd Koninkrijk	Geen NHS verstrekking; Ingreep is nog experimenteel;
Duitsland	Onbekend

Uit het overzicht blijkt dat alleen in *Frankrijk* deze toepassing het experimentele kader tot op zekere hoogte ontstijgt en nader genoemd wordt in klinische behandelrichtlijnen voor borstkanker. Het gegeven dat de toepassing genoemd wordt in deze richtlijnen en het feit dat er voor toepassing van deze behandeling nadere criteria genoemd worden duidt op een bredere erkenning van de toepassing dan in andere landen het geval is.

Het algemene principe dat in *Nederland* de wettelijke vergoedingsaanspraken ten aanzien van beenmergtransplantatie zijn beperkt voor die aandoeningen waarbij deze toepassing algemeen aanvaard is, wordt niet in *België* en *Frankrijk* gehanteerd. In die landen geldt geen nadere beperkende indicatiestelling en wordt de beslissing om deze toepassing uit te voeren overgelaten aan het medische veld en het betreffende ziekenhuis.

In *Franse* nationale behandelrichtlijnen voor borstkanker (*Standards, Options et Recommendations Cancers du sein infiltrants non métastatiques* (januari 2001)) wordt toepassing van deze behandeling beperkt tot vormen van borstkanker met een slechte prognose en waarbij alle of het merendeel van de lymfeklieren in het betreffende drainage gebied aangedaan zijn. In deze richtlijn wordt een vijftal internationale studies aangehaald die de effectiviteit van deze toepassing hebben onderzocht. Er is echter volgens de richtlijn nog geen studie uitgevoerd die een eenduidig oordeel kan geven over de effectiviteit van deze toepassing in de behandeling van borstkanker.

In 2003 zijn resultaten gepubliceerd van een database evaluatie van vijf trials uitgevoerd tussen 1995 en 2002 waarin de uitkomsten van deze toepassing werden vergeleken met conventionele chemotherapie. De conclusie van dit onderzoek luidde dat er aangenomen kan worden dat hoge dosis

chemotherapie en perifere stamcelre-infusie de progressievrije een- en tweejarige overleving verbeterd vergeleken met de conventionele therapie. Echter, een verbetering in totale overleving kon in dit onderzoek niet hardgemaakt worden {Cochrane Database Syst Rev 2003;(1):CD003142}. Zolang er in het medische veld geen consensus is over de effectiviteit van deze toepassing is erkenning van de toepassing in behandel- en vergoedingsrichtlijnen onwaarschijnlijk.

8.3.4 Cochleair implantaat

Land	Aanspraken
Nederland	<p>Integrale vergoeding van een volledige behandeling met een CI; Geprotocolleerde toelating via aangewezen klinieken; Voor volwassenen met zeer ernstig gehoorverlies tot doofheid toe in combinatie met het ontbreken van enig spraakverstaan; Voor kinderen met zeer ernstig gehoorverlies of totale doofheid die geen baat hebben bij een conventioneel apparaat; Geen wettelijke aanspraken op een bilaterale behandeling</p>
België	<p>Integrale vergoeding van een volledige behandeling met een CI; Geprotocolleerde toelating via aangewezen klinieken; In het geval van totaal bilateraal gehoorverlies; uitsluiting van externe prothese op basis van audiometrische testen, elektrische simulatieproef van de gehoorzenuw (niet verplicht voor kinderen); In beginsel aanspraak op bilaterale behandeling bij kinderen</p>
Frankrijk	<p>Integrale vergoeding van een volledige behandeling met een CI; Geprotocolleerde toelating via aangewezen klinieken; Voor behandeling van een aangeboren bilaterale ernstige doofheid of een dergelijke verworven doofheid door bijvoorbeeld een meningitis infectie; Aanspraak op bilaterale behandeling onbekend</p>
Verenigd Koninkrijk	<p>Geen wettelijke aanspraken/voorwaarden; Aanspraken afhankelijk van beleid van betreffende PCT en behandelcentrum; Geschiktheidsonderzoek voor kinderen met ernstig sensorisch-neuraal hoorverlies in beide oren; Geschiktheidsonderzoek voor volwassenen met een verwijzing van een specialist; Bilaterale behandeling vindt op kleine schaal plaats op experimentele basis</p>
Duitsland	<p>Integrale vergoeding van een volledige behandeling met een CI; Geprotocolleerde toelating via aangewezen klinieken;</p>

Het overzicht geeft weer dat in alle landen de toegang tot en aanspraken op behandeling met een cochleair implantaat op geprotocolleerde wijze worden gereguleerd via daartoe geautoriseerde gespecialiseerde centra. Deze centra hebben vaak een vastgesteld budget waarbinnen ze door middel van een toelatingsprotocol in de vraag moeten voorzien. De toelatingscriteria kunnen per centra verschillen en zijn altijd secundair aan het integrale multidisciplinaire geschiktheidsonderzoek.

België lijkt voorloper te zijn in het vergoedbaar stellen van een tweede (bilateraal) CI bij kinderen. Binnen de geldende voorwaarden kan men hier sinds 2001 aanspraak op maken op voorstel van Minister Vandenbroucke. Aan deze regeling ligt het wetenschappelijk argument ten grondslag dat kinderen met eenzijdige doofheid snel een blijvende leerachterstand oplopen. Dit argument was eerder al reden om tot vergoeding van een bilateraal conventioneel hoorapparaat over te gaan en deze lijn wordt nu voortgezet ten aanzien van de behandeling met een CI {Vandenbroucke 20.02.02}.

België lijkt hier voorbij te gaan aan het gegeven dat in het veld nog onduidelijkheid bestaat over de effectiviteit van een dergelijke bilaterale aanpak bij cochleaire implantaten. In het Verenigd Koninkrijk vindt een dergelijke behandeling alleen nog op experimentele basis plaats.

Navraag bij een CI centrum in *Nottingham* leert dat een bilaterale benadering voor de behandeling van kinderen ook om financiële redenen nog niet opportuun is. Het centrum moet binnen een budgettair kader een service niveau aanbieden in overeenstemming met de PCT. Het centrum heeft in toenemende mate moeite om binnen dit kader aan de vraag te voldoen omdat er meer verwijzingen binnenkomen dan voor gebudgetteerd is. Daarnaast wordt een toenemend percentage van de middelen gebruikt om te voorzien in nazorg van het toenemend totaal aantal patiënten met een CI {Consult Nottingham CI Programme 06.05.03}.

8.3.5 Eerstelijns psychotherapie

Land	Aanspraken
Nederland	Eerstelijns zorg door psychotherapeut is niet gedekt in het basispakket; Eerstelijnszorg door huisarts en lokale zorgverlener is kosteloos; Afhankelijk van de ernst van de aandoening is er op verwijzing toegang tot kosteloze tweedelijnszorg
België	Vrije toegang tot zorg; geen nadere vergoedingsvoorwaarden; Eigen bijdrage €12,69 per consult van 45 minuten (gewone verzekerde); Verhoogde terugbetaling voor verzekerde uit doelgroep
Frankrijk	Vrije toegang tot zorg, mits medisch geïndiceerd; geen nadere vergoedingsvoorwaarden; Procentuele wettelijke eigen bijdrage van 30% van wettelijk tarief
Verenigd Koninkrijk	Op verwijzing huisarts aanspraak op kosteloze eerstelijns behandeling Aanspraken in praktijk afhankelijk van middelen en beleidsvoering van lokale zorgverleners; Gratis aanspraak op telefonische eerstelijns adviezen door <i>NHS Direct</i>
Duitsland	Aanspraak op ten minste 25 eerstelijns medisch-geïndiceerde behandelingen op verwijzing van psychotherapeut;

Aanspraak op meer dan 25 behandelingen afhankelijk van de ernst van de aandoening en toestemming van ziekenfonds

Vanuit het vergoedingsperspectief lijken alleen Duitsland en Nederland een zeker onderscheid te maken tussen eerstelijns en tweedelijnszorg. In Nederland wordt eerstelijnszorg door een psychotherapeut in principe niet vergoed onder de basisverzekering. Deze zorg is wel kosteloos toegankelijk indien deze wordt verleend door de huisarts of een lokale (gemeentelijke) dienstverlener. In Duitsland is aanspraak op eerstelijnszorg door een psychotherapeut in principe beperkt tot 25 behandelingen. Zowel in Nederland als in Duitsland gelden op medische indicatie meer uitgebreide aanspraken in de tweedelijns afhankelijk van de ernst van de aandoening en toestemming van het ziekenfonds.

In Frankrijk en België is vanuit het vergoedingsperspectief geen duidelijk onderscheid in eerste – en tweedelijns psychologische zorg waargenomen. In deze landen is het aantal behandelingen in principe niet beperkt maar geldt wel een procentuele eigen bijdrage per zitting.

9 Hulpmiddelen

9.1 Hulpmiddelen

Principe

Alle onderzochte landen hanteren een positieve lijst van hulpmiddelen waarop aanspraak gemaakt kan worden onder de nationale ziektekostenverzekering. Aanspraak op een hulpmiddel geldt op voorschrift van de behandelend arts en is in bepaalde gevallen aan nadere voorwaarden gebonden. Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximale vergoeding of een eigen bijdrage.

België en het Verenigd Koninkrijk kennen voor een aantal specifieke hulpmiddelen compensatiemechanismen voor lagere inkomensgroepen in de vorm gedeeltelijke of volledige ontheffing van eigen bijdragen. In Nederland, België, Frankrijk, en Duitsland worden aanvullende aanspraken op hulpmiddelen vaak bijverzekerd in een private verzekering die door het betreffende ziekenfonds wordt aangeboden.

Dit onderzoek beperkt zich tot de hulpmiddelen brillenglazen/lenzen en het hoorapparaat.

9.2 Casuïstiek hulpmiddelen

9.2.1 Brillenglazen / contactlenzen

Brillenglazen/contactlenzen: Nederland (62)

Aanspraken

Brillenglazen en contactlenzen worden in principe niet vergoed onder de basisverzekering.

Onder voorwaarden geldt aanspraak op vergoeding van uitsluitend *vervangende* brillenglazen en lenzen; de eerste aanschaf van deze middelen wordt nooit vergoed.

Voorwaarden

Aanspraak op vervangende brillenglazen en contactlenzen geldt alleen bij medisch vastgestelde hoornvliesonregelmatigheden, bij sterke brekingsafwijkingen (als regel meer dan 10 dioptrieën) of bij bijzondere individuele zorgvragen. Daarnaast geldt de aanspraak uitsluitend indien er sprake is van een medische noodzaak van vervanging van de brillenglazen of contactlenzen binnen een periode van 12 maanden na de eerste aanschaf.

Het is aan de ziekenfondsen om te bevorderen dat een goed bruikbare, doch eenvoudige uitvoering wordt gekozen (62).

Aanspraken

Afhankelijk van de afwijking in dioptrieën, bestaat aanspraak (mits op voorschrift door een opticien) op de typen brilglazen die vermeld staan in de Nomenclatuur. Voor iedere glassoort en sterkte is een wettelijk tarief vastgesteld.

Volwassenen

De verzekerde heeft in het algemeen aanspraak op vergoeding van ongeveer 75% van het wettelijk tarief van de voorgeschreven brillenglazen en, onder bepaalde voorwaarden, vervanging van de brillenglazen. Voor lenzen geldt alleen in specifieke gevallen aanspraak op een vergoeding van 75%. Voor WIGW verzekerden geldt een verhoogde tegemoetkoming van de kosten.

Kinderen tot 12 jaar

Aanspraak op een eenmalige tegemoetkoming van €23,86 voor de aankoop van een montuur voor de leeftijd van 12 jaar. Daarnaast geldt aanspraak op vergoeding van ongeveer 75% van het wettelijk tarief van de voorgeschreven brillenglazen en onder bepaalde voorwaarden vervanging van de brillenglazen.

Voorwaarden

Volwassenen

Aanspraken uitsluitend op medische indicatie en na verwijzing door een erkende opticien;

De absolute hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het type en de sterkte van de voorgeschreven glazen en kan variëren van €45,32 voor unifocale organische brilglazen met een sterkte van 0,00 tot 2,00 tot €398,75 voor minerale fototrope glazen;

Aanspraak op vervanging van glazen geldt alleen indien de nieuwe glazen met tenminste 0.5 dioptrieën verschillen, of na een termijn van vijf jaar na de vorige levering;

Aanspraak op contactlenzen geldt uitsluitend in het geval van een aantal nader gespecificeerde afwijkingen zoals keratoconus;

Aanspraak op vervanging van een contactlens geldt uitsluitend indien de nieuwe lenzen met 1 dioptrie verschillen en wel na een termijn van vijf jaar voor harde lenzen en 3 jaar voor zachte lenzen

Kinderen tot 12 jaar

Aanspraken uitsluitend op medische indicatie en na verwijzing door een erkende opticien;

Aanspraak op vernieuwing van glazen voor kinderen tot 7 jaar indien de te vervangen glazen een sterkte hebben tussen -/+ 4,25 en -/+ 8,00 dioptrieën en de nieuwe glazen met 0,5 dioptrie verschillen.

Brillenglazen/contactlenzen: Frankrijk

Aanspraken (16) (12)

Voor kinderen en volwassenen geldt aanspraak op vergoeding van 65% van het wettelijk tarief van de aangewezen brillenglazen en/of lenzen;

Aanspraak op een nominale tegemoetkoming van ongeveer 30 euro. CMU gerechtigden hebben aanspraak op een vaste vergoeding voor de aanschaf van een bril.

Voorwaarden

Nadere voorwaarden niet bekend.

Brillenglazen/contactlenzen: Verenigd Koninkrijk (5) (33)

Aanspraken

Aanspraken op een tegemoetkoming in de kosten voor brillen en lenzen variërend van GBP 30.50 tot GBP 142,70 voor single focus glazen/lenzen en GBP 52,70 tot GBP 157,00 voor bifocale glazen/lenzen. In sommige gevallen aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van reparatiekosten.

Voorwaarden

De genoemde aanspraken gelden uitsluitend voor personen behorend tot de volgende groepen: Kinderen tot 16 jaar en studerende jongeren tot 18 jaar; personen die speciale lenzen nodig hebben; bepaalde uitkeringsgerechtigden en hun partner; personen in een asielpprocedure en andere uitgezonderden.

Brillenglazen/contactlenzen: Duitsland (34)

Aanspraken

Huidige aanspraken:

Aanspraak op eenmalige vergoeding van brillenglazen (tot een maximum vergoedingslimiet) maar niet op vergoeding van het montuur;

Voorwaardelijke aanspraak op vergoeding van contactlenzen;

Aanspraak op vergoeding van een nieuwe (vervangende) bril door personen boven de 14 jaar is alleen mogelijk onder voorwaarden;

Aanspraak op reparatie bij glasbreuk voor verzekerden tot 18 jaar;

Voorwaardelijke aanspraak op kunststofglazen voor gymnastiek of kinderen

Beoogde aanspraken volgens de Gesundheitsreform:

Aanspraken op vergoeding van brillenglazen uitsluitend voor kinderen tot 18 jaar en zeer slechtzienden

Voorwaarden

De vergoedingsaanspraken zijn beperkt tot vergoedingslimiet, het zogenoemde *Festbetrag*;

Toestemmingsvereiste van ziekenfonds;

Voor de vergoeding van brillenglazen worden door de *Landesverbande der Krankenkassen* per deelstaat maximale vergoedingslimieten (*Festbeträge*) vastgesteld. In bepaalde gevallen, zoals bij kosten van een speciaal fabrikaat voor zeer slechtzienden, kan op deze regel een uitzondering worden gemaakt (§36 SGB V);

Vergoeding van een nieuwe (vervangende) bril voor personen boven de 14 jaar geldt alleen indien de dioptrieënsterkte met 0.5 veranderd is of in het geval van bijziendheid waarbij de vervangende bril het zichtvermogen met minstens 20% verbetert;

Aanspraak op lenzen geldt bij een ver- of bijziendheid vanaf 8,0 dioptrieën, bij een keratoconus (waarbij het zichtvermogen ten opzichte van brillenglazen met 20% verbetert) en andere bijzondere omstandigheden

9.2.2 Hoorapparaat

Hoorapparaat: Nederland (59) (62)

Aanspraken

Verzekerden tot 16 jaar

Aanspraak op een vergoeding van maximaal €649,00 bij eerste aanschaf of vervanging van een los hoortoestel

Verzekerden vanaf 16 jaar

Aanspraak op een vergoeding van maximaal €467,50 bij eerste aanschaf;

Aanspraak op een vergoeding van maximaal €558,00 voor vervanging van een toestel dat 6 jaar (maar nog geen 7 jaar) in gebruik is;

Aanspraak op een vergoeding van maximaal €649,00 voor vervanging van een toestel dat 7 jaar of langer in gebruik is;

Voorwaarden

Aanspraak op 1 hoortoestel geldt in het geval dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor tenminste 35 dB bedraagt en indien het spraakverstaan door deze toepassing met tenminste 20% toeneemt;

Aanspraak op 2 hoortoestellen geldt in het geval dat het spraakverstaan door deze bilaterale toepassing met tenminste 10% toeneemt (in vergelijking met toepassing met 1 toestel) dan wel het richtinghoren hersteld wordt tot een hoek van tenminste 45 graden.

Hoorapparaat: België (25) {Consult RIZIV 20.11.02} {Nomenklatuur 01.01.02}

Aanspraken

Volwassenen

Afhankelijk van de medische behoefte, bestaat aanspraak (mits op voorschrift door een specialist) op de hoortoestellen die vermeld staan in de Nomenclatuur. Voor ieder hoortoestel is een wettelijk tarief vastgesteld. In het algemeen geldt, mits aan de voorwaarden is voldaan, aanspraak op een vergoeding van 75% van het wettelijke tarief dat voor het betreffende toestel is vastgesteld;

Er geldt een voorwaardelijke aanspraak op vergoeding van een bilateraal toestel;

Er geldt in principe aanspraak op vergoeding voor een vervangend toestel na een termijn van vijf jaar na de datum van de vorige levering.

Kinderen

Vergoeding zoals bij volwassenen;

Voor kinderen geldt, sinds 2002, ook onvoorwaardelijke aanspraak op vergoeding van een contralateraal toestel;

Er geldt in principe aanspraak op vergoeding voor een vervangend toestel na een termijn van drie jaar na de datum van de vorige levering voor kinderen die op het moment van vernieuwing nog geen 12 jaar zijn.

Voor WIGW verzekerden geldt een gedeeltelijke of volledige ontheffing van de eigen bijdrage.

Voorwaarden

Volwassenen

Aanspraken uitsluitend op medische indicatie en na verwijzing door een erkende specialist;

De absolute hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het type van het voorgeschreven hoortoestel en kan variëren van €321,26 voor een monofonisch toestel, tot €635,73 voor een stereofonisch toestel;

Unilateraal toestel: verlies van tenminste 40 dB aan het toe te rusten oor aangetoond middels tonale audiometrie;

Contralateraal toestel: verlies van tenminste 45 dB aangetoond bij het beste oor middels tonale audiometrie; daarnaast dient het contralaterale toestel een winst van 5% aan spraakverstaanbaarheid op te leveren.

Kinderen tot 12 jaar

De absolute hoogte van de vergoeding is afhankelijk van het type van het voorgeschreven hoortoestel en kan variëren van €560,45 voor een monofonisch toestel tot €1.110,12 voor een stereofonisch toestel;

De van oorsprong geldende voorwaarden ten aanzien van een vocale test voor volwassenen en kinderen zijn in 2002 komen te vervallen.

Hoorapparaat: Frankrijk {Persbericht L'Assurance Maladie 7/5/02} (63)

Aanspraken

Volwassenen

Aanspraak op een vergoeding van 65% van het wettelijk tarief (€199,71) per toestel onafhankelijk van de mate van doofheid;

Aanspraak op een jaarlijkse nominale tegemoetkoming in de kosten voor onderhoud van €24 per toestel;

Kinderen tot 20 jaar / volwassenen met (woord)blindheid

Aanspraak op vergoeding van 65% van het wettelijk tarief van het aangewezen toestel tarief. De absolute hoogte van het tarief varieert tussen € 454,91 en €1.676,94 per toestel;

Aanspraak op een jaarlijkse nominale tegemoetkoming in de kosten voor onderhoud van €24 per toestel;

Sinds mei 2002 geldt in bepaalde gevallen ook aanspraak op vergoeding een contralateraal toestel volgens bovenstaand principe.

Voorwaarden

Geen nadere voorwaarden bekend.

Hoorapparaat: Verenigd Koninkrijk (64)

Aanspraken

Verzekerde heeft op voorschrift en op basis van natura beschikking tot een conventioneel (analoge) hoorapparaten. De aanspraken zijn beperkt tot de middelen die de NHS in natura beschikbaar kan stellen. Tot voor kort beperkte het aanbod van NHS hoortoestellen zich nog tot analoge toestellen. De NHS heeft in 2002 besloten om per april 2005 ook digitale hoortoestellen beschikbaar te stellen. Op het ogenblik zijn er lange wachttijden voor een digitaal hoortoestel.

Aanspraken betreffende het type toestel of op een contralateraal toestel zijn afhankelijk van het beleid van de betreffende PCT. Er zijn geen centrale NHS richtlijnen met betrekking tot een geprotocolleerde toegang tot NHS hoortoestellen.

Voorwaarden

Op voorschrift door een NHS specialist;

Toetsing aan behandelrichtlijnen van betreffende PCT

Hoorapparaat: Duitsland

Aanspraken

Aanspraak op medisch noodzakelijke verzorging met een hoortoestel;

Aanspraak op een vergoeding van de kosten van een hoortoestel tot een maximum vergoedingslimiet in hoogte afhankelijk van het betreffende ziekenfonds;

Voor kinderen tot 18 jaar geldt aanspraak op vergoeding van onderhoud van het toestel en vervanging van batterijen

Voorwaarden

Aanspraak uitsluitend op medische indicatie;

Vergoedingsaanspraken zijn beperkt tot vergoedingslimiet, het zogenoemde *Festbetrag*. De hoogte van dit bedrag kan per deelstaat verschillen;

Toestemmingsvereiste van het betreffende ziekenfonds;

9.3 Casuïstiek hulpmiddelen: overeenkomsten en verschillen per land

9.3.1 Bril / contactlenzen

Land	Aanspraken
Nederland	<u>Geen</u> vergoedingsaanspraken t.a.v. kosten eerste aanschaf brillenglazen/lenzen; Bij <u>ernstig verminderd</u> zichtvermogen en enkele bijzondere aandoeningen geldt binnen een termijn van 12 maanden na eerste aanschaf aanspraak op vergoeding van vervangingskosten brillenglazen/lenzen
België	Aanspraak op vergoeding van ongeveer <u>75% van het wettelijk tarief</u> van de voorgeschreven brillenglazen <u>onafhankelijk</u> van de mate waarin het <u>zichtvermogen is aangedaan</u> ; Absolute vergoeding voor volwassenen is maximaal €398,75 (afhankelijk van aangewezen glazen/lenzen); Aanspraak op vergoeding van lenzen uitsluitend in bijzondere medische gevallen; Voorwaardelijke aanspraak op vervanging van de glazen Eenmalige tegemoetkoming in kosten van montuur van €23,86 voor kinderen tot 12 jaar
Frankrijk	Voor kinderen en volwassenen geldt aanspraak op vergoeding van <u>65% van het wettelijk tarief</u> van de aangewezen brillenglazen en/of lenzen; Aanspraak op een nominale tegemoetkoming van ongeveer 30 euro in de kosten van brilmontuur; CMU gerechtigden hebben aanspraak op een vaste vergoeding voor de aanschaf van een bril.
Verenigd Koninkrijk	Vergoedingsaanspraken <u>uitsluitend voor doelgroepen</u> (kinderen tot 16 jaar en studerende jongeren tot 18 jaar; personen die complexe lenzen nodig hebben; bepaalde uitkeringsgerechtigden); Aanspraken op een <u>tegemoetkoming</u> in de kosten voor brillenglazen en lenzen tot maximaal <u>GBP 157,00</u> afhankelijk van de aangewezen brillenglazen of lenzen In sommige gevallen aanspraak op (gedeeltelijke) vergoeding van reparatiekosten.
Duitsland	<i>Huidige aanspraken:</i> Aanspraak op eenmalige <u>vergoeding</u> van brillenglazen tot een <u>maximum</u> vergoedingslimiet; Aanspraak op vergoeding van contactlenzen alleen indien sprake is van een medische noodzaak; Voorwaardelijke aanspraak op vergoeding van een nieuwe (vervangende) bril door personen boven de 14 jaar; Aanspraak op reparatie bij glasbreuk voor verzekerden tot 18 jaar; Voorwaardelijke aanspraak op kunststofglazen voor gymnastiek of kinderen <i>Beoogde aanspraken volgens Gesundheitsreform:</i> Uitsluitend voor kinderen tot 18 jaar en zeer slechtzienden

Uit dit overzicht blijkt dat de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering voorziet in een relatief beperkte dekking van brillenglazen/lenzen in vergelijking met de andere onderzochte landen.

Nederland is het enige land waar de eerste aanschaf van brillenglazen en lenzen niet wordt vergoed. In Nederland worden de kosten voor vervanging van brillenglazen of lenzen wel vergoed maar alleen onder zeer beperkende voorwaarden.

In het Verenigd Koninkrijk geldt alleen voor bepaalde doelgroepen aanspraak op een (gedeeltelijke) vergoeding van brillenglazen en lenzen.

In België en Frankrijk geldt aanspraak op een procentuele vergoeding van het wettelijk tarief van de door de voorschrijver aangewezen brillenglazen. Beide landen hebben in hun nationale Nomenclatuur voor iedere afwijking van het zichtvermogen verschillende typen glazen opgenomen. Voor iedere variatie geldt een wettelijk tarief en een maximum vergoedbaar bedrag. In België en Frankrijk betaalt de verzekerde voor de aangewezen glazen een eigen bijdrage ter hoogte van respectievelijk 25% en 35% van het betreffende wettelijke tarief. In beide landen zijn worden kwetsbare groepen gedeeltelijk of volledig ontheven van deze eigen bijdrage.

In België zijn sinds 2001 de vergoedingsvoorwaarden voor kinderen tot 12 jaar verbeterd door het aanbieden van een (eenmalige) nominale tegemoetkoming in de aanschafkosten van een montuur en een versoepeling van de geldende voorwaarden voor vergoeding van een vervangende bril bij kinderen. Aanleiding hiertoe was de wens van de Belgische minister Vandenbroucke om de toegankelijkheid van een bril ook te garanderen voor lagere inkomensgroepen omdat een goed zichtvermogen essentieel is voor onder andere schoolprestaties.

Daarnaast werden in de Nomenclatuur enkele aanpassingen gemaakt in de tarieven en specificaties van brillenglazen om ook te voorzien in de vergoeding van innovatieve glazen met een betere kwaliteit {Persbericht Vandenbroucke 24.08.01}.

In Frankrijk geldt er sinds de invoering van de *Couverture Maladie Universele* een nominale tegemoetkoming (ter compensatie van de procentuele eigen bijdrage) in de kosten voor aanschaf van een bril.

In het kader van de geplande Duitse gezondheidszorghervormingen (*Gesundheitsreform*), is het voornemen om in de toekomst vergoedingsaanspraken van brillenglazen alleen nog toe te kennen aan kinderen en aan personen met sterk gereduceerd zichtvermogen. Daarmee wordt de huidige standaard vergoeding van brillenglazen uit het basispakket geschrapt. De voorgenomen hervormingen hebben als doel om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren op basis van wetenschappelijke uitgangspunten (met accent op effectiviteit en doelmatigheid) en gelijktijdig de hoogte van de ziektekostenpremies te stabiliseren {1176}. In dit kader zal de pakketmaatregel ten aanzien van de

vergoeding van de bril financiële middelen vrij maken die aangewend zullen worden ter bekostiging van andere aandachtsgebieden in de zorg.

9.3.2 Hoorapparaat

Land	Aanspraken
Nederland	<u>Verzekerden tot 16 jaar:</u> aanspraak op een vergoeding van maximaal €649,00 bij eerste aanschaf of vervanging van een los hoortoestel; <u>Verzekerden vanaf 16 jaar:</u> aanspraak op een vergoeding van maximaal €467,50 bij eerste aanschaf; Aanspraak op een vergoeding van €558,- of €649,00 voor vervanging van een toestel dat respectievelijk 6 of 7 jaar of langer in gebruik is
België	<u>Volwassenen:</u> Aanspraak op vergoeding van 75% van het wettelijke tarief dat is vastgesteld voor het aangewezen toestel; Aanspraak op vergoeding voor een vervangend toestel na een termijn van vijf jaar na de datum van de vorige levering; <u>Kinderen:</u> Aanspraak als voor volwassenen (maar voor hogere tarieven); Aanspraak op vergoeding van een contralateraal toestel; Aanspraak op vergoeding voor een vervangend toestel na een termijn van drie jaar na de datum van de vorige levering voor kinderen jonger dan 12 jaar;
Frankrijk	<u>Volwassenen:</u> Aanspraak op een vergoeding van 65% van het wettelijk tarief (€199,71) per toestel onafhankelijk van de mate van doofheid (absolute vergoeding ongeveer €130 per toestel); Aanspraak op een jaarlijkse nominale tegemoetkoming in de kosten voor onderhoud van €24 per toestel; <u>Kinderen tot 20 jaar / volwassenen met (woord)blindheid:</u> Aanspraak op vergoeding van 65% van het wettelijk tarief van het aangewezen toestel (hoogte van het tarief varieert tussen € 454,91 en €1.676,94 per toestel); Jaarlijkse nominale tegemoetkoming in de kosten voor onderhoud van €24 per toestel;
Verenigd Koninkrijk	Aanspraak op een analoog (en op termijn digitaal) toestel op basis van natura
Duitsland	Aanspraak op medisch noodzakelijke verzorging met een hoortoestel; Aanspraak op vergoeding van de kosten van een hoortoestel tot een maximum vergoedingslimiet in hoogte afhankelijk van het betreffende ziekenfonds; Voor kinderen tot 18 jaar geldt aanspraak op vergoeding van onderhoud van het toestel en vervanging van batterijen

Uit dit overzicht blijkt dat alle landen, behalve het Verenigd Koninkrijk, een apart vergoedingsbeleid hanteren voor volwassenen en kinderen. Zoals bij de vergoeding van brillenglazen het geval is, is in België en Frankrijk de absolute hoogte van de vergoeding gekoppeld aan het wettelijke tarief van de door de voorschrijver aangewezen toestel. Dit geldt echter niet voor de vergoeding van hoortoestellen voor Franse volwassenen die in vergelijking met andere landen opvallend laag is. In Nederland en

Duitsland is de vergoeding gelimiteerd tot de maximale vergoedingslimiet. Deze limiet kan in Duitsland per deelstaat en ziekenfonds in hoogte verschillen.

In Nederland geldt een relatief streng vergoedingsbeleid ten aanzien van de vervanging van een hoortoestel, getuige de voorwaarden die gesteld worden aan gebruikstermijn van het eerste toestel. Daarnaast heeft de Nederlandse verzekerde gedurende deze lange gebruikstermijn geen aanspraak op een tegemoetkoming in onderhoudskosten of kosten ter vervanging van batterijen.

Het vergoedingsbeleid in België (bij kinderen en volwassenen) en Frankrijk (bij kinderen) lijkt in vergelijking met de andere landen beter toegerust om verzekerden die om medische redenen afhankelijk zijn van een relatief duurder toestel vrij te houden van hoge private uitgaven. Een verzekerde die in Nederland of Duitsland op een duurder toestel is aangewezen zal met een aanzienlijke eigen bijdrage rekening moeten houden.

De vergoeding van een tweede (contralateraal) hoortoestel is de laatste jaren in alle onderzochte landen doorgevoerd met het argument dat een bilaterale benadering bij kinderen een eventuele aan de doofheid gerelateerde leerachterstand kan voorkomen. In Nederland geldt aanspraak op een contralateraal toestel indien deze toepassing resulteert in een verbetering van 10% in spraakverstaan, terwijl in België een verbetering van 5% afdoende is. Sinds 2002 maken Franse volwassenen ook aanspraak op vergoeding van een dergelijk toestel.

10 Discussie

In dit onderzoek is een inventarisatie uitgevoerd met betrekking tot de aard en de samenstelling van respectievelijk de sociale ziektekostenverzekering en het zogenoemde basispakket in Nederland en de buurlanden België, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Het onderzoek naar de samenstelling van het basispakket was toegespitst op de curatieve zorg waarbij het zwaartepunt lag op de extramurale zorg.

Voor alle landen is de aard van de volksverzekering in kaart gebracht. In hoofdstuk drie is de actuele status beschreven met betrekking tot de organisatie en aard van de verzekering, definitie van verzekeringsgerechtigden, zorgaanspraken, premies, eigen bijdragen en betalingen en wettelijke algemene en specifieke compensatiemechanismen.

Als onderzoekskader voor de samenstelling van het basispakket is uitgegaan van de zorggebieden huisartsenzorg, fysiotherapie, tandheelkundige zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en medisch-specialistische zorg. In hoofdstuk vijf tot en met acht van dit rapport worden per land voor ieder zorggebied zowel algemene als specifieke aanspraken beschreven.

In deze discussie worden per zorggebied de verschillen in aard en aanspraken behandeld die zijn waargenomen in de internationale vergelijking. Tevens wordt in dit hoofdstuk een aantal specifieke en algemene trends met betrekking tot de basisverzekering en het basispakket beschreven die zijn waargenomen in een of meerdere landen.

10.1 Waargenomen internationale verschillen in het basispakket

In de internationale vergelijking zijn ten aanzien van de bestudeerde zorggebieden en verstrekkingen enkele verschillen waargenomen in de vergoedingsstatus zoals deze volgens de nationale basisverzekering is vastgesteld. Deze waargenomen internationale verschillen in het basispakket zijn over het algemeen niet absoluut van aard maar komen voornamelijk tot uiting in de (wettelijke) voorwaarden die aan deze aanspraken worden verbonden. In veel gevallen kunnen deze verschillen niet los worden gezien van de aard van de algemene vergoedingssystematiek die in de diverse nationale verzekeringsstelsels wordt toegepast. Zo kunnen bijvoorbeeld veel waargenomen verschillen in vergoedingsaanspraken tussen Nederland en Frankrijk en België verklaard worden door het structureel voorkomen van procentuele eigen bijdragen in de twee laatstgenoemde landen en de afwezigheid van

dit sturingsmiddel in Nederland. De specifieke (internationale verschillen in) vergoedingsaanspraken zijn in detail beschreven in de relevante secties van hoofdstuk vier tot en met negen.

In tabel 16 is voor elk van de onderzochte zorggebieden kwalitatief weergegeven hoe het aansprakenniveau van elk van de onderzoekslanden zich verhoudt tot het Nederlandse niveau. Deze vergelijking is een benadering die is gebaseerd op de in dit onderzoek bestudeerde verstrekkingen.

	Nederland	België	Frankrijk	V. Koninkrijk	Duitsland
Huisartsenzorg	■	▼▼	▼▼	◄►	◄►
Thuisbezoek	■	▼▼	▼▼▼	◄►	◄►
Diagnostiek	■	▼▼▼	▼▼	◄►	◄►
Fysiotherapie	■	▲▲	▲▲	▼	▲▲▲
Tandheelkundige zorg	■	▲	▲	▼▼	▲▲
Vullingen	■	▲	▲	▼▼	▲▲
Kronen en bruggen	■	▲	▲	▼▼	▲▲ ¹
Gebitsprothese	■	▼	◄►	▼▼	▼
Farmaceutische zorg	■	▼▼	▼▼	◄►	▼
Rofecoxib	■	▼▼	▼	◄►	◄►
Simvastatine	■	▼	▼	◄►	◄►
Anticonceptiepil	■	▼▼	▼	◄►	▼▼▼
Rivastigmine	■	▼	▼	◄►	◄►
Bupropion	■	◄►	◄►	▲▲▲	◄►
Specialistische zorg	■	▼▼	▼	◄►	◄►
IVF	■	▼	▲	▼▼▼	◄► ¹
Cochleair implantaat	■	◄►	◄►	▼	◄►
Gender disforie	■	▼▼	◄►	▼▼	◄►
1 ^e lijns psychotherapie	■	▲	▲	◄►	▲▲
Hulpmiddelen	■	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Hoorapparaat	■	▲	▲	▼	◄►
Brillenglazen/lenzen	■	▲▲	▲▲	▲	▲▲▲ ¹

Tabel 16. Kwalitatieve en relatieve waardering van het niveau van wettelijke aanspraken (op basis van geldende vergoedingsvoorwaarden, mate van aanspraken en mate van eigen bijdragen) van onderzochte verstrekkingen per zorggebied en land in vergelijking met het Nederlandse aansprakenniveau. Factoren die het aansprakenniveau in de praktijk beïnvloeden zoals verschillen in zorgaanbod, private herverzekering of compensatiemechanismen voor doelgroepen zijn niet in aanmerking genomen. ▲, ▼ en ◄► staan voor respectievelijk een hoger, lager en vergelijkbaar aansprakenniveau in het betreffende land vergeleken met het Nederlandse niveau. De relatieve significantie van het verschil neemt toe met het aantal weergegeven tekens.

¹ wordt mogelijk beperkt door *Gesundheitsreform*

De verschillen tussen het Nederlandse basispakket en dat van de buurlanden die in dit onderzoek zijn waargenomen kunnen grofweg als volgt ingedeeld worden:

a) Structurele verschillen als gevolg van internationale verschillen in vergoedingssystematiek (zoals bijvoorbeeld een eigen bijdragen instrument)

b) Incidentele verschillen

Op basis van deze classificatie zijn hierna per zorggebied de voornaamste verschillen beschreven tussen het Nederlandse basispakket en het basispakket in ieder van de onderzochte landen.

Daarnaast wordt per zorggebied een globale internationale rangschikking vermeld. Deze relatieve rangschikking weerspiegelt, vanuit het perspectief van de verzekerde, per zorggebied een kwalitatieve inschatting van het aansprakenniveau van de onderzochte verstrekkingen. Dit aansprakenniveau is bepaald op grond van de breedte van het zorggebied en het voorkomen van eigen bijdragen. Het gaat hier om het wettelijke aansprakenniveau dat wordt geboden door de basisverzekering. In deze rangschikking wordt geen rekening gehouden met zaken die in de praktijk het aansprakenniveau kunnen beïnvloeden zoals private herverzekeringen van eigen bijdragen en beperkingen in het zorgaanbod. Het veronderstelde aansprakenniveau neemt af met de hoogte van de notering (van 1 naar 5).

Huisartsenzorg (zie hoofdstuk vier)

Rangschikking naar aansprakenniveau

1. Duitsland 2. **Nederland** 3. Verenigd Koninkrijk 4. België 5. Frankrijk

Aanspraken Nederlandse basispakket

Vrije toegang tot kosteloze en (in principe) onbeperkte huisartsenzorg

Structurele verschillen

In *België* en *Frankrijk* betaalt iedere verzekerde een structurele procentuele wettelijke eigen bijdrage bij het consumeren van huisartsenzorg. Deze procentuele eigen bijdrage is onafhankelijk van de medische noodzakelijkheid van de genoten zorg of de mate van zorgconsumptie.

Incidentele verschillen

In *Frankrijk* geldt uitsluitend aanspraak op vergoeding van een thuisbezoek door de huisarts indien dit bezoek op medische, sociale of geografische gronden gerechtvaardigd is. Het tarief voor een thuisbezoek is aanzienlijk hoger dan een tarief voor een consult aan de praktijk. In het geval van een ‘niet gerechtvaardigd’ thuisbezoek betaalt de verzekerde de kosten zelf (oplopend tot €55 per bezoek). In *België* en *Frankrijk* komen (niet vergoedbare) supplementbetalingen bij een huisartsconsult veelvuldig voor. De hoogte van deze supplementbetalingen kan oplopen tot 300% van het wettelijk tarief.

Fysiotherapie (zie hoofdstuk vijf)

Rangschikking naar aansprakenniveau

1. Duitsland 2. Frankrijk 3. België 4. **Nederland** 5. Verenigd Koninkrijk

Aanspraken Nederlandse basispakket

Aanspraken op fysiotherapeutische behandeling zijn in beginsel beperkt tot maximaal 9 zittingen per aandoening per jaar op basis van natura. Voor een aantal specifieke aandoeningen geldt (op basis van natura) aanspraak op het noodzakelijk aantal zittingen.

Structurele verschillen

In *België*, *Frankrijk* en *Duitsland* gelden structurele wettelijke procentuele eigen bijdragen van respectievelijk 40%, 40% en 15% voor fysiotherapeutische zorg.

Incidentele verschillen

In *Frankrijk* en *Duitsland* wordt het aantal vergoedbare fysiotherapeutische zittingen op basis van de indicatie en de medische noodzakelijkheid vastgesteld. Dit gebeurt in Duitsland (en in toenemende mate in Frankrijk) aan de hand van wetenschappelijke richtlijnen. Er geldt in principe aanspraak op de behandelwijze en het aantal zittingen zoals die voor de betreffende aandoening zijn aangewezen in deze richtlijnen. Zo geldt voor iedere specifieke aandoening in principe uitsluitend aanspraak op die fysiotherapeutische behandeling(en) waarvan de effectiviteit (voor de betreffende aandoening) wetenschappelijk is aangetoond.

In *België* geldt dat bij eenvoudige aandoeningen maximaal 18 zittingen worden vergoed. In het geval van aandoeningen met een functionele beperking worden maximaal 60 zittingen vergoed. Bij zware aandoeningen worden de aanspraken per geval vastgesteld en geldt een toestemmingsvereiste.

In het *Verenigd Koninkrijk* wordt de aanspraken per geval bepaald door de voorschrijver en de zorgverlener. In de praktijk zijn de aanspraken gereguleerd door beperkingen in het zorgaanbod.

Tandheelkundige zorg (zie hoofdstuk zes)

Rangschikking naar aansprakenniveau

1. Duitsland 2. Frankrijk 3. België 4. **Nederland** 5. Verenigd Koninkrijk

Aanspraken Nederlandse basispakket

Volwassenen: preventieve zorg (consult en diagnostiek), noodconsult, kaakchirurgie, beperkte orthodontische hulp en 75% vergoeding van een volledige gebitsprothese; er geldt een eigen bijdrage van 100% voor eenvoudige (vullingen) en uitgebreide (kronen en bruggen) curatieve zorg.

Kinderen tot en met 18 jaar: integrale preventieve en curatieve zorg (inclusief orthodontie)

Structurele verschillen

In *België* en *Frankrijk* gelden structurele wettelijke procentuele eigen bijdragen van respectievelijk 25% en 30% voor preventieve en eenvoudige curatieve tandheelkundige zorg. In Frankrijk wordt uitgebreide curatieve zorg tot 10% vergoed. In Duitsland geldt voor eenvoudige en uitgebreide curatieve zorg een eigen bijdrage van respectievelijk 0% en 40-50%. De eigen bijdrage voor uitgebreide zorg is lager indien de verzekerde zich over een lange periode regelmatig (heeft) laat controleren.

Incidentele verschillen

In tegenstelling tot in Nederland en het Verenigd Koninkrijk, is (eenvoudige) curatieve zorg in *België*, *Frankrijk* en *Duitsland* wel opgenomen in de basisverzekering. De vergoeding van eenvoudige curatieve zorg (bijvoorbeeld vullingen) is in de genoemde landen wel beperkt. *Duitsland* is, met in

mindere mate *Frankrijk*, het enige land dat *uitgebreide* curatieve zorg (kronen en bruggen) in de basisverzekering heeft opgenomen. Als gevolg van de Duitse *Gesundheitsreform* komt de dekking van uitgebreide curatieve zorg waarschijnlijk te vervallen. Daarnaast zal volgens de *Gesundheitsreform* een eigen bijdrage van €10 per consult (maximaal €10 per kwartaal) verlangd worden. In België wordt de volledig uitneembare gebitsprothese uitsluitend vergoed voor verzekerden boven de 55 jaar.

Farmaceutische Zorg (zie hoofdstuk zeven)

Rangschikking naar aansprakenniveau

1. **Nederland** 2. Duitsland 3. Verenigd Koninkrijk 4. Frankrijk 5. België

Aanspraken Nederlandse basispakket

Volledige vergoeding van alle medisch noodzakelijke intramurale en extramurale geneesmiddelen. Voor sommige middelen is een bijbetaling verschuldigd; in principe is er altijd een volledig vergoed alternatief. Bij een klein aantal geneesmiddelen is de toegang aan nadere voorwaarden verbonden.

Structurele verschillen

In België en Frankrijk geldt voor veel geneesmiddelen een wettelijke procentuele eigen bijdrage die in hoogte afhankelijk is van onder andere de medische noodzakelijkheid en de farmacotherapeutische waarde van het middel. In het Verenigd Koninkrijk en Duitsland geldt een nominale eigen bijdrage per geneesmiddelrecept of verpakking.

Incidentele verschillen

Anticonceptiepil

In Duitsland, België en Frankrijk is de vergoeding van de anticonceptiepil beperkt. In België en Frankrijk wordt de pil voor respectievelijk 20% en 65% vergoed. In Duitsland wordt het middel uitsluitend vergoed voor personen tot en met 20 jaar.

Statines

Statines worden in België uitsluitend volledig vergoed bij familiale hypercholesterolemie. Bij niet erfelijke varianten van hypercholesterolemie geldt een gedeeltelijke vergoeding.

Vioxx

In België wordt dit geneesmiddel bij behandeling van artrose uitsluitend vergoed voor verzekerden vanaf 64 jaar.

Medisch-specialistische Zorg (zie hoofdstuk acht)

Rangschikking naar aansprakenniveau

1. **Nederland** 2. Duitsland 3. Verenigd Koninkrijk 4. Frankrijk 5. België

Aanspraken Nederlandse basispakket

Aanspraak op kosteloze medisch noodzakelijke medisch-specialistische zorg (op verwijzing)

Structurele verschillen

In België en Frankrijk gelden procentuele eigen bijdragen van 30 tot 40% voor extramurale medisch-specialistische zorg. Voor intramurale zorg geldt in Frankrijk een procentuele wettelijke eigen bijdrage van ongeveer 20% tot een maximum van €200. In België, Frankrijk en Duitsland geldt bij ziekenhuisopname een nominale eigen bijdrage per ligdag van rond de 10 euro (vaak beperkt tot een maximum aantal ligdagen per jaar).

Incidentele verschillen

Zie sectie 8.3 voor een nadere beschrijving van internationale verschillen in aanspraken op specifieke verstrekkingen.

Rangschikkingen:

IVF: 1. Frankrijk 2. **Nederland** 3. Duitsland 4. België 5. Verenigd Koninkrijk

Gender disforie: 1. **Nederland** 2. Frankrijk 3. Duitsland 4. België 5. Verenigd Koninkrijk

10.2 Waargenomen trends ten aanzien van het basispakket en de basisverzekering

In alle onderzoekslanden zijn maatregelen getroffen (of voorgenomen) om ondanks de stijgende zorguitgaven een betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve zorg te blijven bieden. In alle landen worden in meer of mindere mate de volgende maatregelen toegepast: nominale maatregelen, doelmatigheidsmaatregelen, eigen bijdragen maatregelen en pakketmaatregelen. In appendix 2 is een algemeen overzicht opgenomen van de diverse trends en maatregelen die recentelijk in de verschillende landen zijn waargenomen zijn met betrekking tot de basisverzekering.

Om tot een betaalbare en toegankelijke zorg te komen lijkt in elk van de onderzoekslanden een meersparenbeleid gevolgd te worden waarbij op wisselende wijze gebruik wordt gemaakt van een mix van bovengenoemde maatregelen. Behoudens enkele uitzonderingen is de indruk dat de toepassing van maatregelen op het gebied van doelmatigheid, eigen bijdragen en ten aanzien van het pakket bij elk van de landen voornamelijk incidenteel van aard is. Dit wil zeggen dat geen van de maatregelen tegelijkertijd op consistente en structurele wijze wordt toegepast in alle zorggebieden. Daarnaast verschilt tussen de onderzochte landen onderling ook per zorggebied de wijze van aanpak.

In tabel 17 staat voor alle onderzoekslanden per zorggebied aangegeven welke maatregelen thans worden toegepast, voorgenomen, dan wel voorgesteld zijn.

	Nederland			België			Frankrijk			V. Koninkrijk			Duitsland		
	D	E	P	D	E	P	D	E	P	D	E	P	D	E	P
Huisartsenzorg		•		•	▲		•	▲			•		•	•	
Fysiotherapie			•	▲	▲		▲	▲					▲	▲	
Tandheelkundige zorg					▲		▲	▲						•	•
Farmaceutische zorg	▲	•	•	▲	▲		▲	▲	▲	▲			•		•
Specialistische zorg		•	•		▲			▲		▲				•	•
Hulpmiddelen					▲			▲	•						•

Tabel 17. Recente en/of voorgenomen maatregelen per zorggebied in vijf landen.

▲ toegepast • voorgenomen/voorgesteld D doelmatigheid E eigen bijdragen P pakketmaatregel

In de diverse landen worden enerzijds bestaande sturingsmiddelen geïntensiveerd en anderzijds nieuwe sturingsmiddelen ingevoerd. Zo wordt bijvoorbeeld in Frankrijk het eigen bijdrage instrument geïntensiveerd (recent besluit om het vergoedingspercentage van 617 geneesmiddelen met een lage therapeutische meerwaarde te verlagen van 65% naar 35% (Scrip 2843:4)) terwijl in *Duitsland* de voorgenomen hervormingen eigen bijdragen als een structureel sturingsmiddel naar voren brengen (28).

In *Frankrijk* en *België* wordt het eigen bijdragen instrument al lange tijd structureel toegepast. In Frankrijk worden deze eigen bijdragen gedekt in een aanvullende private verzekering terwijl in België de kosten in het algemeen door de verzekerde betaald worden. Ook in Frankrijk, waar theoretisch de zorgconsumptie geremd zou moeten worden door het eigen bijdragen stelsel, lopen de zorgkosten ieder jaar structureel op. Dit heeft het afgelopen decennium geleid tot het structureel verhogen van de wettelijke procentuele eigen bijdragen bij diverse zorggebieden (12).

Het beleid in *Frankrijk* lijkt zich, naast de genoemde intensivering van eigen bijdragen voor geneesmiddelen, ook te richten op doelmatigheidsmaatregelen (bijvoorbeeld bij fysiotherapie) en pakketmaatregelen zoals bij farmaceutische zorg. In Frankrijk wordt de mate van aanspraak op een geneesmiddel vastgesteld op basis van o.a. de noodzakelijkheid, effectiviteit en de therapeutische meerwaarde van het middel. Impliciet speelt het criterium doelmatigheid een toenemende rol (37). In de laatste jaren zijn 4500 geneesmiddelen herzien op genoemde criteria en zijn tot nu toe 800 geneesmiddelen uit het basispakket verwijderd {Consult Public Health Expert 05.11.02}.

Ook in *België* wordt het doelmatigheidsprincipe in toenemende mate toegepast. Zo is bijvoorbeeld sinds 2002 een farmaco-economische toetsing ingevoerd ter ondersteuning van de besluitvorming omtrent de opname van nieuwe innovatieve geneesmiddelen in het basispakket (65). Een ander voorbeeld is het bevorderen van de poortwachterfunctie van de huisarts. In *België* kent men vrije toegang tot medisch-specialistische zorg zonder verwijzing van de huisarts. Om onnodig gebruik van (dure) medisch-specialistische zorg tegen te gaan worden verzekerden gestimuleerd om eerst naar hun huisarts te gaan voor een verwijzing. Verzekerden die gebruik maken van een vaste huisarts worden hiervoor beloond via een (gedeeltelijke) ontheffing van eigen bijdragen (het zogenoemde Globaal Medisch Dossier systeem).

In het *Verenigd Koninkrijk* is het basispakket van de (extramurale) curatieve zorg niet nauw omschreven. Er bestaat in principe aanspraak op alle medisch noodzakelijke zorg mits deze is voorgeschreven door de behandelend arts. In een dergelijk systeem lijkt de toepassing van specifieke pakketmaatregelen niet voor de hand te liggen. Het systeem lijkt zich echter des te meer te lenen voor doelmatigheidsmaatregelen als middel om tot een toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg te komen. De aanbevelingen van NICE, die gestoeld zijn op een integrale toetsing van noodzakelijkheid, effectiviteit, rechtvaardigheid en doelmatigheid, bepalen (via behandelrichtlijnen) in toenemende mate de aanspraken voor farmaceutische maar ook medisch-specialistische zorg. Daarnaast komt er ook in het Verenigd Koninkrijk langzaam een discussie op gang ten aanzien van de invoering van eigen bijdragen. Zo gaan er stemmen op om voor huisartsenzorg een eigen bijdrage in te voeren (26) (27).

In *Duitsland*, waar het verzekeringsstelsel veel lijkt op het Nederlandse, wordt een scala van maatregelen ingezet om een toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg te (blijven) bieden zonder tot premieverhogingen over te gaan. Daartoe worden doelmatigheidsmaatregelen, eigen bijdragen en pakketmaatregelen ingezet. Op het vlak van doelmatigheid is de beperking van het aantal vergoedbare geneesmiddelen middels invoering van een positieve geneesmiddelenlijst een goed voorbeeld (66). Daarnaast is de oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut voor de zorg (*Institute für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*), vergelijkbaar met NICE, illustratief voor de aandacht voor doelmatigheid. Dit instituut zal de toegevoegde waarde van onder andere nieuwe innovatieve geneesmiddelen toetsen en haar bevindingen beschikbaar stellen ten behoeve van de ontwikkeling van behandelrichtlijnen (1). Daarnaast staat doelmatige zorg centraal bij de aanspraken van fysiotherapeutische zorg. Op het vlak van pakketmaatregelen springt, naast de beperking van vergoedingsaanspraken op brillenglazen, curatieve tandheelkundige zorg en IVF, de uitsluiting van niet-noodzakelijke en ineffectieve geneesmiddelen in het oog, die mogelijk de helft van het aantal thans vergoedbare geneesmiddelen zal beslaan. Ook in Duitsland neemt het belang van procentuele eigen bijdragen in de zorg toe. Dit instrument, dat al toegepast werd bij tandheelkundige en paramedische zorg, zal volgens de *Gesundheitsreform* nu algemeen worden ingevoerd in de extramurale zorg in de vorm van een eigen bijdrage voor alle extramurale verstrekkingen en voor een consult bij specialist en tandarts. (21;67) {Krankenkassen-direct.de 09.05.03}.

10.3 De rol van rechtvaardigheidsoverwegingen in de basisverzekering

Rechtvaardigheidsoverwegingen kunnen op structurele en incidentele wijze worden toegepast om de toegankelijkheid van de zorg te garanderen. Overwegingen van rechtvaardigheid lijken vooral van belang te zijn in samenhang met het sturingsmiddel van de eigen bijdragen. In *België* en *Frankrijk*,

waar eigen bijdragen structureel voorkomen, zijn recentelijk diverse maatregelen getroffen om de toegankelijkheid van zorg voor lage inkomens en chronische zieken te garanderen. Beide landen hebben uit rechtvaardigheidsoverwegingen algemene compensatiemechanismen ingesteld zoals een ontheffing van eigen bijdragen voor chronisch zieken en een gratis aanvullende verzekering voor lage kwetsbare inkomensgroepen en minder validen. Daarnaast is in *België* een jaarlijks inkomensafhankelijk plafond ingesteld om elke verzekerde die veel zorgkosten heeft te beschermen. Ook in *Duitsland*, waar eigen bijdragen nu een grotere rol gaan spelen, zijn dergelijke maatregelen getroffen in de vorm van compensatiemechanismen voor chronisch zieken, kinderen, gezinnen en lagere inkomensgroepen (21). In het *Verenigd Koninkrijk* worden kwetsbare groepen zoals, studenten, uitkeringsgerechtigden en chronisch zieken ontheven van eigen bijdragen voor bepaalde hulpmiddelen en tandheelkundige zorg. Bovengenoemde structurele maatregelen dragen zodoende zorg voor een solidariteit tussen rijken en armen enerzijds, en zieken en gezonden anderzijds.

Naast bovengenoemde structureel toegepaste rechtvaardigheidsoverwegingen worden deze overwegingen in diverse landen ook op *incidentele* basis in aanmerking genomen. Dit lijkt in het bijzonder het geval te zijn in het Verenigd Koninkrijk bij evaluaties van geneesmiddelen en medische technologieën door het *National Institute of Clinical Excellence*. Dit heeft in bepaalde gevallen geresulteerd in vergoedingsbeslissingen die sterk afwijken van beslissingen in andere landen. Zo worden in Nederland, België, Frankrijk en Duitsland middelen tegen rookverslaving en afslankmiddelen (zoals respectievelijk Zyban en Xenical) niet vergoed door de publieke basisverzekering. De stelling in deze landen luidt dat deze aandoeningen in meer of mindere mate samenhangen met leefgewoonten waarmee op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt gewezen wordt. Daarmee wordt de (sociale) verplichting om behandeling van deze aandoeningen uit publieke middelen te vergoeden ter discussie gesteld. In het Verenigd Koninkrijk wordt echter gewezen op de hoge morbiditeit en mortaliteit die is geassocieerd met deze aandoeningen en de medische noodzakelijkheid van behandeling ervan. Vroegtijdige behandeling van dergelijke aandoeningen kan dan ook tot potentiële doelmatigheidseffecten voor de gehele gezondheidszorg leiden. Rechtvaardigheidsoverwegingen spelen mee door te wijzen op de relatieve hoge incidentie van obesitas en roken in de lagere socio-economische klassen. De overweging van NICE was dat juist in deze sociale klassen de toegankelijkheid van behandeling verzekerd diende te worden. Deze overwegingen leidden er uiteindelijk toe om de Zyban en Xenical wel vergoedbaar te stellen onder de basisverzekering. Het eigen verantwoordelijkheid argument werd ook in het Verenigd Koninkrijk in aanmerking genomen door in de vergoedingsvoorwaarden zorg te dragen voor een maximale inzet van de patiënt om zijn/haar leefgewoonten te veranderen.

De casus van Xenical en Zyban illustreert een onderliggende complexe kwestie in de vergoedingssystematiek. Zoals gezegd, worden genoemde middelen buiten het Verenigd Koninkrijk

niet vergoed omwille van het eigen verantwoordelijkheidsargument. Cholesterolverlagers worden in deze landen echter wel vergoed, ook voor niet-erfelijke varianten van hypercholesterolemie. Dat roept de vraag op hoe men onderscheid maakt in de relevantie van het criterium eigen verantwoordelijkheid indien toegepast bij hypercholesterolemie dan wel een eet- of rookverslaving. Een structurele toepassing van dit criterium behoeft een expliciet en rechtvaardig toetsingsinstrument dat op een eenduidige wijze die aandoeningen kan aanwijzen waarvan de oorzaak (in bepaalde mate) terug te voeren is op leefgewoonten van de verzekerde.

In België wordt het egalitaire rechtvaardigheidsprincipe toegepast door statines (cholesterolverlagers) volledig te vergoeden bij erfelijke varianten van hypercholesterolemie. Statines voor de behandeling van een niet-erfelijke vorm van hypercholesterolemie worden daarentegen slechts gedeeltelijk vergoed door de publieke ziektekostenverzekering. Een ander voorbeeld van toepassing van dit principe is dat in juli 2002 voor palliatieve patiënten de eigen bijdrage voor thuisbezoek van de huisarts is afgeschaft {Persbericht *Vandenbroucke* 21.06.02}.

Deze bevindingen suggereren dat toepassing van deze rechtvaardigheidsoverwegingen bij vergoedingsbeslissingen in de diverse landen vooralsnog op uitsluitend incidentele wijze lijkt te worden toegepast.

10.4 Duiding voor het Nederlandse Basispakket

Door verschillen in de vergoedingsystematiek tussen de onderzoekslanden is het moeilijk om een uitspraak te doen welke plaats het Nederlandse basispakket inneemt in de internationale rangorde als het gaat om de breedte van het pakket en de mate van zorgaanspraken. Deze plaats kan ook verschillen per zorggebied. De volgende structurele en incidentele zaken kunnen, *vanuit het perspectief van de verzekerde*, echter wel opgemerkt worden:

Bevindingen van structurele aard

- In het algemeen lijken de aanspraken in Nederland relatief ‘ruim’ te zijn ten aanzien van huisartsenzorg en (ambulante) medisch-specialistische zorg. Deze aanspraken zijn in Nederland gunstig te noemen door het ontbreken van een structurele heffing van eigen bijdragen. De breedte van deze zorggebieden, zoals de diensten die de huisarts of medisch-specialist worden verleend, zijn over het algemeen niet anders dan in andere landen.
- In het algemeen lijken de aanspraken in Nederland relatief ruim te zijn ten aanzien van farmaceutische zorg. In tegenstelling tot in Frankrijk en België zijn eigen bijdragen voor minder noodzakelijke of effectieve middelen in Nederland niet structureel aanwezig.

Nederland kent ook geen nominale eigen bijdrage in de vorm van een door de verzekerde te betalen receptvergoeding zoals dat wel in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk het geval is. Op basis van de bestudeerde geneesmiddelen lijkt het aannemelijk dat de breedte van het geneesmiddelenpakket in de diverse onderzoekslanden onderling weinig verschil vertoont. In Nederland worden geneesmiddelen voor veel voorkomende, maar niet levensbedreigende aandoeningen (zoals cholesterolverlagers en pijnstillers bij reuma) echter volledig vergoed terwijl in Frankrijk en België deze middelen slechts gedeeltelijk vergoed worden en dus gedeeltelijk privaat gefinancierd worden.

- In het algemeen lijken de aanspraken in Nederland in vergelijking met de buurlanden relatief beperkt te zijn ten aanzien van fysiotherapie en tandheelkundige zorg voor volwassenen. Bij fysiotherapie zijn de aanspraken voor minder ernstige aandoeningen zeer beperkt en, in tegenstelling tot in Frankrijk en Duitsland, niet afgestemd op de zorgbehoefte van de betreffende aandoening. Tandheelkundige zorg voor volwassenen beslaat in Nederland geen curatieve zorg (bijvoorbeeld vullingen, kronen en bruggen) terwijl in ander landen eenvoudige curatieve zorg (vullingen) wel (maar gedeeltelijk) wordt vergoed.

Bevindingen van incidentele aard

- Nederland is naast het Verenigd Koninkrijk het enige land dat geen vergoeding voorziet voor brillenglazen en/of contact lenzen
- Aanspraak op vergoeding van de anticonceptiepil is in Nederland aanzienlijk ruimer dan in de andere landen
- De voorwaarden ten aanzien van vergoeding van IVF behandeling zijn in Nederland relatief ruim te noemen
- Nederland is daarentegen het enige land waar geen aanspraak geldt op vergoeding van een IVF behandeling middels ICSI
- Aanspraak op vergoeding van de volledig uitneembare gebitsprothese is in Nederland relatief ruim in vergelijking met de andere landen
- Aanspraak op vergoeding van hoortoestellen voor *volwassenen* is in Nederland relatief gunstig ten opzichte van Frankrijk (mits een Nederlandse verzekerde zijn/haar toestel niet vroegtijdig hoeft te vervangen)
- Vergoeding van behandeling van gender disforie (geslachtsaanpassing) is in Nederland relatief ruim in vergelijking met andere landen
- Aanspraken op eerstelijns psychologische zorg door een psychotherapeut of psychiater zijn in Nederland beperkt in vergelijking met Duitsland, België en Frankrijk.

Zoals gezegd kan men theoretisch kiezen voor een viertal maatregelen om een betaalbaar en kwalitatief goed basispakket te bieden: nominale maatregelen, pakketmaatregelen (het schrappen van verstrekkingen uit het basispakket), eigen bijdragen en doelmatigheidsmaatregelen.

Nominale maatregelen

Men zou kunnen kiezen voor nominale maatregelen zoals een verhoging van de ziektekostenpremies. Of er vanuit het internationale perspectief ruimte is voor een dergelijke maatregel in Nederland valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Een internationale vergelijking naar de balans tussen aanspraken van het basispakket en de mate van private financiering (via premies, eigen bijdragen en eigen betalingen) is bijzonder gecompliceerd omdat het zorgsysteem in ieder land verschilt met betrekking tot de bron van de financiering (belasting, premies etc.), wijze van financiering (publiek en privaat) en vergoedingssystematiek.

Pakketmaatregelen

Indien men in Nederland een basispakket wil handhaven dat in samenstelling (breedte) vergelijkbaar is met de andere onderzoekslanden, lijkt er voor het Nederlandse basispakket weinig ruimte te zijn voor pakketmaatregelen. Uit het onderzoek zijn immers, wellicht met uitzondering van de anticonceptiepil, de volledig uitneembare gebitsprothese, het hoorapparaat voor volwassenen en in mindere mate IVF, geen extramurale en frequent voorkomende verstrekkingen naar voren gekomen waarvoor in Nederland relatief ruimere vergoedingsaanspraken gelden dan in de buurlanden. Natuurlijk is in dit onderzoek slechts een beperkt aantal verstrekkingen onderzocht zodat het moeilijk is om een algemene kwalificatie te geven van de breedte van het pakket in de diverse landen. Om toch een indruk te krijgen van de pakketbreedte zijn in dit onderzoek verstrekkingen onderzocht waarbij factoren die van belang zijn bij pakketbeslissingen, zoals medische noodzakelijkheid, kosten, effectiviteit, doelmatigheid en eigen verantwoordelijkheid, een expliciete rol hebben gespeeld. Op deze wijze is voor alle landen inzichtelijk gemaakt of en onder welke voorwaarden verstrekkingen in het basispakket zijn opgenomen die bijvoorbeeld noodzakelijk maar zeer duur zijn of bijvoorbeeld wel effectief maar niet zozeer noodzakelijk zijn. Op deze wijze is een beeld geschetst van de breedte van het pakket maar kan dus niet worden uitgesloten dat incidenteel internationale verschillen kunnen bestaan bij verstrekkingen die in dit onderzoek niet nader zijn onderzocht. Deze beperking geldt echter voornamelijk voor het onderzochte zorggebied farmaceutische zorg.

Indien men toch pakketmaatregelen wil treffen zal men meer structurele maatregelen moeten overwegen zoals bijvoorbeeld het schrappen van verstrekkingen ter behandeling van minder ernstige aandoeningen zoals middelen tegen kalknagels of simpele luchtweginfecties. Een dergelijke principiële keuze zou breken met het idee dat alles door publieke middelen betaald moet worden en

derhalve wellicht ruimte scheppen voor een nieuw evenwicht. Het volledig schrappen van dergelijke verstrekkingen zou echter een strenger beleid inhouden dan (thans), internationaal gezien, de norm lijkt te zijn omdat bijvoorbeeld in België en Frankrijk deze verstrekkingen waarschijnlijk nog altijd gedeeltelijk vergoed zouden worden.

Daarnaast kan men kiezen voor een bredere toepassing van het eigen verantwoordelijkheidsprincipe. Dit houdt bijvoorbeeld in het niet meer vergoedbaar stellen van (preventieve) geneesmiddelen ter behandeling van aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van een ongezonde levensstijl. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat cholesterolverlagers niet meer vergoed worden. Ook dit is een principiële keuze die, los van de vraag of het een doelmatige maatregel zou zijn, ook in de internationale vergelijking een relatief strenge norm zou inhouden.

Eigen bijdragen

De bevindingen van dit onderzoek lijken te pleiten voor een invoering van een systeem met eigen bijdragen in Nederland. Er kan immers geconstateerd worden dat dit sturingsmiddel nauwelijks wordt toegepast in Nederland, terwijl het in andere landen algemeen en in toenemende mate (zoals in Duitsland) wordt toegepast. Nederland kent, in tegenstelling tot België, Frankrijk en Duitsland geen ligdagvergoeding bij ziekenhuisopname. Daarnaast wordt in Nederland geen vaste eigen bijdrage gehanteerd voor receptgeneesmiddelen, zoals dat wel het geval is in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. Een sturingsmiddel als een structurele procentuele eigen bijdrage bij extramurale zorg zoals die in België, Frankrijk en mogelijk, vanaf 2004, ook in Duitsland wordt toegepast ontbreekt volledig in Nederland. Het huidige Nederlandse natuursysteem, gekenmerkt door een breed pakket en het ontbreken van een kader voor eigen bijdragen, biedt dan ook een beperkte manoeuvreerruimte waar, technisch gezien, de (impopulaire) pakketmaatregel het enige instrument lijkt te zijn. Pakketmaatregelen zijn door de incidentele aard echter moeilijk uitvoerbaar en bovendien weinig effectief vanuit een socio-economische perspectief. Een systeem van eigen bijdragen zou veel meer ruimte geven om op genuanceerde wijze maatregelen toe te passen ten aanzien van het vaststellen van vergoedingsaanspraken. Op basis van de internationale bevindingen in dit onderzoek zou een systeem van eigen bijdragen kunnen worden verantwoord bij farmaceutische zorg, huisartsenzorg, (extramurale) medisch-specialistische zorg en eventueel tandheelkundige zorg en fysiotherapie. Een eigen bijdragen systeem biedt daarnaast perspectief voor een geïntegreerde toepassing van doelmatigheidsoverwegingen, rechtvaardigheidsoverwegingen en overwegingen met betrekking tot de medische noodzakelijkheid van behandeling.

Men kan in Nederland ook kiezen voor een eigen bijdragen variant gebaseerd op een *eigen risico*. Een eigen risico van €200 zoals recentelijk in Nederland is voorgesteld, lijkt door het ontbreken van andere sturingsmiddelen een logisch keuze. Echter, men lijkt met deze maatregel voorbij te gaan aan

egalitaire rechtvaardigheidsoverwegingen, tenzij compensatiemaatregelen worden ingebouwd om lage inkomensgroepen, chronische zieken en veelgebruikers te beschermen. Daarnaast is dit voorgestelde eigen risico instrument in essentie anders dan het eigen bijdragen instrument dat in België wordt toegepast. In dat land is de eigen bijdrage altijd een percentage van de kosten van ‘geconsumeerde zorg’ dat in hoogte afhankelijk is van de noodzakelijkheid van de zorg. In België betaalt men als zodanig hoogstens €60 van de eerste €200 aan geconsumeerde zorg. Volgens het voorgestelde systeem in Nederland zal de verzekerde de eerste €200 aan zorgconsumptie altijd volledig zelf moeten betalen, zonder dat de medische noodzaak van de gebruikte zorg in aanmerking wordt genomen. Een dergelijke aanpak biedt tevens weinig mogelijkheden voor een geïntegreerde toepassing van doelmatigheidsoverwegingen, rechtvaardigheidsoverwegingen en overwegingen met betrekking tot de medische noodzakelijkheid van behandeling.

Doelmatigheidsmaatregelen

De introductie of intensivering van doelmatigheidsmaatregelen lijkt in de diverse landen in belang toe te nemen. De toepassing van het doelmatigheids criterium kan bijdragen in de besluitvorming omtrent een beoogde pakketmaatregel (opname of verwijdering van een verstrekking) of bij de vaststelling van de hoogte van een procentuele eigen bijdrage voor een specifieke verstrekking. Zoals eerder vermeld is in Duitsland onlangs besloten om doelmatigheid een rol te laten spelen middels enerzijds de introductie van een positieve lijst voor geneesmiddelen, en anderzijds de stichting van een nationaal kwaliteitsinstituut dat een wetenschappelijke toetsing van geneesmiddelen alsmede de ontwikkeling van behandelrichtlijnen zal bevorderen (1;66). Een dergelijke ontwikkeling vindt ook plaats in Nederland, waar vanaf 2005 de opname van nieuwe geneesmiddelen (en technologieën) in Annex 1B (dat wil zeggen: zonder vergoedingslimiet) van het geneesmiddelenpakket onderhevig wordt aan een doelmatigheidsanalyse.

Hoewel doelmatigheidsoverwegingen belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de besluitvorming omtrent de aanwending van publieke gelden, dienen deze overwegingen altijd in perspectief worden geplaatst. Het toetsingsorgaan NICE in het Verenigd Koninkrijk vertolkt op dit gebied een voorbeeldfunctie door de meerwaarde van geneesmiddelen en andere verstrekkingen vanuit het maatschappelijke perspectief op integrale wijze te evalueren op basis van overwegingen van noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid en rechtvaardigheid. Op deze wijze zijn beleidsmakers optimaal geïnformeerd en toegerust om tot vergoedingsbeslissingen te komen die op een optimale wijze bijdragen aan een betaalbaar, kwalitatief, rechtvaardig en doelmatig basispakket.

11 Geconsulteerde deskundigen

--	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Brink vd, W	Stichting Oorakel
Buxton, M	Lid Evaluatiecommissie NICE
Crough, R	Department of Health, United Kingdom
Damme v, D	Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering
Delputte, R	Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering
Devriese, E	Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering
Dufour, F	CNAMTS (adviseur tandheekkundige zorg)
Durand-Zaleski, I	Hôpital; Henri Mondor; afdeling public health
Frijns, JHM KNO-arts Hoofd KNO LUMC	Cochleair implantaat Revalidatie Centrum Leiden
Galli-Douani, P	CNAMTS (adviseur medisch-specialistische zorg)
Gardener, C	Cancer Research UK (National Office)
Greiner, W	Universiteit van Hanover
Heide vd, R	Nederlandse Borstkankerstichting
Helmhout, P	Cochlear Implant Centrum Nijmegen
Hoth, S	Cochleair implantaat Kliniek Heidelberg (Duitsland)
Kaesbach, Dr	BKK Bundesverband
Kamke, K	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Klene, P	Stichting Humanitas
Mulder, J	Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid
Muynck de, D	Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering
Nahnauer, A	BKK Bundesverband
Neumann, J	Bundesknappschaft
Ract, Y	CNAMTS (adviseur medisch-specialistische zorg) (Frankrijk)
Richmond, N	NHS Information Authority
Rijnsburger, Dhr	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
Roche-Apaire, B	CNAMTS (adviseur medisch-specialistische zorg)
Uchida-Ernouff, G	Comité Economique des Produits de Santé
Veerkamp, J	Zorgverzekeraars Nederland
Viel, E	Fysiotherapeut (Frankrijk)

12 Afkortingen

AFSSAPS	Agence Francaise de Sécurité Sanitaire des Produits de Sante
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CNAMTS	Franse nationale ziektekostenverzekeraar
FTK	Farmaco Therapeutisch Kompas
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Clinical Excellence
ONDAM	Objectif National des Depenses d'Assurance Maladie
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering
SGB V	Sozialgesetzbuch V
WIGW	Weduwen-invaliden-gepensioneerden en wezen

13 Referenties

Reference List

- (1) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Pressemitteilung 04.06.2003; Ulla Schmidt: Positivliste und das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin werden die Qualität and Effizienz der Arzneimittelversorgung entscheidend verbessern. Juli 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (2) Ministerie van Volksgezondheid WeS. Ziektelkostenverzekeringen in Nederland; stand van zaken per 1 januari 2002. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Ref Type: Report
- (3) MISSOC. Social Protection in the member states in the EU member states and the European economic area; Situation on January 1st 2001 and evolution. 1-1-0001. www.europa.eu.int/comm/employment.
Ref Type: Report
- (4) European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition: Belgium. several EOHCS staff, editor. 2000. European Observatory on Health Care Systems.
Ref Type: Report
- (5) Ministerie van Volksgezondheid WeS. Eigen betalingen in perspectief; beschrijving van de theorie achter eigen betalingen en de praktijk in België en Frankrijk. 2001. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Ref Type: Report
- (6) Socialistische Mutualiteit (België). Terugbetalingen geneeskundige en farmaceutische hulp. October 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (7) Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Portaal Sociale Zekerheid. Maart 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (8) Onafhankelijke Ziekenfondsen. Supplementen in ziekenhuizen. Maart 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (9) Christelijke Mutualiteit. Christelijke Mutualiteit Antwerpen. Maart 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (10) Landsbond der Neutrale Ziekenfondsen. De Neutrale Ziekenfondsen. Maart 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (11) Socialistische Mutualiteit (België). Maximumfactuur in de Gezondheidszorg. October 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (12) Couffinhal V, Paris V. Utilization fees imposed tot public health care systems users in France. 2001. www.CREDES.fr, Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé.
Ref Type: Report
- (13) The European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in eight countries: trends and challenges. Dixon A, Mossialos E, editors. 2002. London.
Ref Type: Report
- (14) Ameli: l'assurance maladie en ligne. Ameli: l'assurance maladie en ligne. November 2002.
Ref Type: Internet Communication

- (15) La Mutualité Française. Les remboursements de la Sécurité Sociale. December 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (16) Mutuelle du ministère de la justice. Les prestations au 1er mars 2002. December 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (17) French Civil Service. Service-Public. Maart 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (18) La Mutualité Française. La couverture maladie universelle complémentaire -CMU. December 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (19) Overheids commissie COSA: Commission pour les simplifications administratives. Couverture Maladie Universelle. 12-11-0002.
Ref Type: Generic
- (20) Krankenkassen Direkt. Krankenkassen direkt - Die unabhängige Infobörse zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (21) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 22.07.2003. Juli 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (22) Union régionale des caisses d'assurance maladie. Les nouveaux tarifs à compter du 1 octobre 2002. December 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (23) Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Gesetzlichen Krankenkassen. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (24) Unknown. Health Care Systems in Transition: Germany. Unknown, editor. 2000. The European Observatory on Health Care Systems.
Ref Type: Report
- (25) Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Realisaties. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (26) BBC News. Persbericht 05.03.99: health doctors reject patient charges. Mei 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (27) Pharmafile. Persbericht 01.05.03: GPs 'in favour' of charging patients. Mei 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (28) ZDF.de. Persbericht Heute-t-online 11.04.03. Mei 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (29) Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs. Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs. April 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (30) BKK Bundesverband. Leistungen. April 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (31) Cornago C, Garattini L. Hepac health economics in prevention and care. Hepac 2[2], 86-90. 2001.
Ref Type: Abstract

- (32) Kaufhold R, Paul Meyer V, Fink D. Comparison of dental fees in Europe; the "Euro-Z" projects. Hepac 2001; 2:11-17.
- (33) NHS. NHS HC11 Help with health costs. October 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (34) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Sozialversicherung Aktuel. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (35) Department of Health. Modernising NHS Dentistry. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (36) Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. BCFI CBIP. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (37) Van Oostenbruggen MF, Tergau AC, Van Gestel A, van Hout B, Rutten FFH. Kies Keurig; Een verkennend onderzoek naar de optimalisatie van het besluitvormingsproces over de vergoeding van extramurale geneesmiddelen. 2002. Capelle a/d IJssel, the Netherlands, PharMerit.
Ref Type: Report
- (38) German Ministry of Health and Social Security. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (39) Drug Tariff November 2002. London, Department of Health & National Assembly for Wales.
Ref Type: Report
- (40) Kassenärztliche Bundesvereinigung. Anlage 4 der Arzneimittel-Richtlinien. www.kvsaarland.de.
Ref Type: Internet Communication
- (41) Department of Health. Press release: reference 2001/0475. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (42) Editio Cantor Verlag für Medizin und Naturwissenschaften GmbH. Rote Liste. Januari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (43) Pharmafile.com. NICE to review statins. Mei 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (44) CNAMT. French Social Security for members of the European Economic Community. Maart 2001.
Ref Type: Internet Communication
- (45) Ministerie van Volksgezondheid WeS. Wijziging Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet. 27-12-2001. Staatscourant 27 december 2002, Ministerie van Volksgezondheid.
Ref Type: Report
- (46) Freya Patientenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek. Vergoeding van vruchtbaarheidsbehandelingen. November 2002. 19-11-2002. Website Freya www.freya.nl.
Ref Type: Internet Communication
- (47) Diaconessenhuis Voorburg. ICSI patient stencil. November 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (48) E-sante.fr. Guides Pratiques / Guide Gynécologie. November 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (49) NHS Direct. NHS Direct Fertility Chapter. November 2002.
Ref Type: Internet Communication

- (50) Human Fertilisation and Embryology Authority. Patient's Guide to Infertility and IVF. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (51) Oxford Fertility Unit. Information for patients. November 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (52) Werkgroep Transsexualiteit en Genderdysforie Humanitas. Werkgroep Transsexualiteit en Genderdysforie Humanitas. December 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (53) Centrum Algemeen Welzijnswerk Artevelde VZW Genderstichting. Transsexualiteit. Mei 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (54) Groep gender dysforie klinisch deskundigen uit Parijs. Le site médico-chirurgical parisien due transsexualisme. Mei 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (55) Lord Chancellor's Department. Government Announcement on Transsexual People 13 December 2002. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (56) NW Lancashire Health Authority. Press for Change. December 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (57) German Society for Sexual Research. German Standards for the Treatment and Diagnostic Assessment of Transsexuals. Februari 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (58) Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg. Hochdosischemotherapie. Juni 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (59) Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS). NVVS: vergoedingen voor hoortoestellen en andere hulpmiddelen. November 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (60) Cochleair Implantatie team Universiteit Antwerpen. Cochleaire implantatie bij doven en zeer ernstig gehoorstoorden. November 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (61) Department of Health. National Service Framework for Mental Health. Mei 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (62) Ministerie van VWS. Regeling Hulpmiddelen 1996 (versie 1 januari 2002). 1-1-0002. College voor zorgverzekeringen.
Ref Type: Report
- (63) Mutuelle Générale de l'Education Nationale. MGEN Simulez vos remboursements. Juni 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (64) NICE. NICE Technology Appraisals. October 2002.
Ref Type: Internet Communication
- (65) Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Evoluties in 2001: Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Juni 2003.
Ref Type: Internet Communication
- (66) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Pressemitteilung 09.04.2003; Ulla Schmidt: Positivliste verbessert dauerhaft Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung. Juli 2003.
Ref Type: Internet Communication

- (67) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gesundheitsreform. Juni 2003.
Ref Type: Internet Communication

Appendix 1 Kenmerken van de basisverzekering

	Nederland	België	Frankrijk	Verenigd Koninkrijk	Duitsland
Principe	Naturasysteem. Verplichte sociale verzekering (ZFW) voor rechthebbenden onder loongrens (kinderen t/m 18 jaar gratis meeverzekerd); AWBZ voor onverzekerbare risico's en care voor iedereen; Dekking: 64% populatie	Restitutiesysteem via verplichte verzekering voor grote en kleine risico's voor werknemers en zelfstandigen; Dekking: hele populatie (zelfstandigen alleen grote risico's)	Restitutiesysteem. Verplichte sociale verzekering gebaseerd op profemie (zelfstandig of werknemer) en residentie ; Dekking: alle inwoners	Naturasysteem. Staats gefinancierde nationale zorgverlening voor alle inwoners	Substitutiesysteem. Verplichte sociale verzekering (<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>) voor werknemers, gepensioneerden, boeren, studenten en minder validen en kinderen van deze personen. Boven inkomensgrens (€ 3375 per maand (2002) vervalt verzekeringsverplichting ; Dekking: 88% van populatie (waarvan 14% op vrijwillige basis)
Stelsel	Verplichte sociale verzekering (ZFW) voor rechthebbenden: a) alle personen < 65 jaar b) alle zelfstandige ondernemers c) bijstandgerechtigden < 65 jaar d) personen > 65 jaar die op 65 jarige leeftijd ZFW gerechtigd waren Voor a) en b) geldt een loongrens van resp. €30,700 en €19,650 Kinderen t/m 18 jaar gratis meeverzekerd; AWBZ voor grote risico's voor iedereen	Verplichte sociale verzekering voor werknemers en zelfstandigen; Vrije keuze publieke verzekeraar; In ambulante zorg vrije keuze van voornamelijk private zorgverleners op fee for service basis; deze tarieven worden gedeeltelijk vergoed door verzekering; ziekenhuiszorg in non profit private (60%) en publieke (40%) ziekenhuizen	Verplichte sociale verzekering gebaseerd op profemie (zelfstandig of werknemer) en residentie; Verplichte publieke verzekering bij aan profemie gerelateerde zorgverzekeraar. Daarnaast vrijwillige aanvullende verzekering bij Mutuelle (non-profit) of particuliere verzekeraar;	Staats gefinancierde nationale zorgverlening voor alle inwoners	Verplichte verzekering bij ziekenfonds naar keuze; wettelijke acceptatieplicht van alle aanvragers; Ziekenfondsen zijn verplicht een wettelijk vastgelegd basispakket (<i>Pflichtleistungen</i> ; 90% van alle verstrekkingen) aan te bieden en zijn daarnaast vrij om een breder pakket aan te bieden (<i>Zusatzleistungen</i>)
Aandeel per sociaal verzekerde	Premie sociale ZKV: 7.95% (waarvan 6.25% voor werkgever) van inkomen; Nominale premie sociale verzekering (tussen €120 - €200 per jaar); AWBZ premie: 10.25% over maximaal het belastbaar inkomen in eerste belastingschijf (€ 15331); Kosten aanvullende verzekering voor tandartshulp en bredere zorg ;Gepensioneerden betalen 7.95% premie over AOW uitkering	Premie sociale ZKV: 3,55% van inkomen werknemers zonder bovenlimiet en 3,20% voor zelfstandigen; Aanvullende verzekering en/of diverse eigen betalingen en bijdragen; Supplementbetalingen	Belasting: 5,25% van inkomen werknemers; Premie sociale ZKV bij werknemers, zelfstandigen en boeren (0,75%; 6,50%; 8,13% van inkomen); Gepensioneerden en uitkeringsgerechtigden betalen 3.95% van inkomen; Kosten private aanvullende verzekering (± €290 per jaar) óf tot 40% eigen bijdrage van zorgconsumptie); Supplementbetalingen	Deel van inkomstenbelasting; Premie ZKV 10% van inkomen tussen GBP 87 en GBP 575 p/week; Premie private verzekering (3,5% van bevolking); Eigen betalingen (kosten geneesmiddelenrecept en 80% van tandartskosten)	Inkomensafhankelijke, risico-onafhankelijke premie in hoogte variërend per ziekenfonds maar geheven over maximaal €3375 (in 2002) van bruto inkomen; Gemiddelde premie in 2002 was 14% (waarvan werkgever (of uitkeringsfonds) de helft betaalt) ingehouden op bruto loon; verwaarloosbaar kleine bijdrage via belasting;
Zorgaanbod	Ziekenfondsen zijn verplicht om het basispakket (met beperkte tandartshulp) aan te bieden maar kunnen daarnaast onderling concurreren met aanvullende pakketten.	Procentuele tegemoetkoming van breed en getarifeerd pakket van meer dan 8000 verstrekkingen als wettelijk vastgelegd in Nomenklatuur; Aanspraak zelfstandigen: alleen grote risico's	Procentuele tegemoetkoming van breed en getarifeerd pakket van verstrekkingen als wettelijk in detail vastgelegd in Nomenklatuur; Aanspraken zijn in principe ongelimiteerd door vrije toegang zorgverlener (geen poortwachter);	Toegang tot wettelijke vastgelegd breed pakket van diensten voor iedereen; Toegang via voorschrift van arts	Recht op breed wettelijk bepaald zorgpakket (volgens SGV B) omvattend medisch noodzakelijke hulp zoals preventie, screening, curatieve zorg (primair en secundair, (beperkte) tandartshulp, geneesmiddelen, paramedische hulp, langdurige en thuisverpleging en sommige vormen van revalidatiezorg) en ziekenvervoer en ziektegeld (<i>Beitragsatz</i> 80% van inkomen) vanaf 6 weken tot 78 weken

<i>(vervolg)</i>	Nederland	België	Frankrijk	Verenigd Koninkrijk	Duitsland
Aanvullende verzekering	Onder andere voor aanvullende tandheelkundige zorg	Herverzekering eigen betalingen voor ziekenhuiskosten (hospitalisatieverzekering vaak aangeboden door werkgever) en voor hogere standaard service	Wettelijke eigen bijdragen worden in het algemeen complementair privaat herverzekerd; Aanvullend: voor bredere en kwalitatief betere zorg	11,5% van bevolking geniet private verzekering voor breder zorgpakket	Volledige private verzekering voor niet sociaal verzekerden (9% van populatie); Aanvullende private verzekeringen voor herverzekeren eigen bijdragen en aanvullende niet-medisch noodzakelijke hulp zoals alternatieve behandelingen, aanvullende tandartszorg, extra serviceniveau in ziekenhuis etc.
Eigen bijdragen	Alleen voor kraamzorg, hulpmiddelen en ziekenvervoer; Eventueel supplementen (eigen betalingen) voor lijst IA geneesmiddelen.	Algemeen aanwezig in ambulante zorg; procentuele eigen bijdrage oplopend tot 40% voor medische hulp en 0 tot 100% voor farmaceutische zorg; Minimale eigen bijdrage voor ziekenhuiszorg in de vorm van opname en ligdaggelden en receptvergoeding	Algemeen aanwezig in ambulante zorg; procentuele eigen bijdrage oplopend tot 40% voor medische hulp en 0 tot 100% voor farmaceutische zorg; Minimale eigen bijdrage voor ziekenhuiszorg in de vorm van ligdaggelden	Vaste eigen bijdrage per receptgeneesmiddel en beperkte eigen bijdrage voor tandartshulp, oogtesten en hulpmiddelen	Eigen bijdragen voor geneesmiddelen (vast bedrag per verpakking), uitgebreide curatieve tandheelkundige zorg en orthodontie, ziekenvervoer, paramedische hulp, ligdaggelden ziekenhuis en voor brillen en lenzen; <i>Gesundheitsreform</i> : structurele eigen bijdrage van 10% voorgesteld voor extramurale verstrekkingen en consulteren van specialisten en tandartsen
Compensatiemechanismen	N.v.t	WIGW regeling en Inkomensafhankelijk plafond van eigen bijdrage variërend van €450 (voor doelgroep) tot €2500 (geen plafond voor geneesmiddelen uit categorie C, Cs, Cx en D)	Vrijstellingen voor bepaalde ziekten (ALD)* en zorg (met hoge kosten of behandeling > 6 maanden) Vrijstelling ligdaggelden vanaf dag 31. Sinds 2000 sociale aanvullende basisverzekering voor risicogroepen (CMU) die wettelijke eigen bijdragen dekt en voorziet in een vaste vergoeding voor brillen en gebitsprothesen	Verminderde eigen betaling per recept voor personen met frequent medicijngebruik door middel van waardecertificaten; Maximale eigen bijdrage voor noodzakelijke tandheelkundige zorg van GBP 366 per jaar	Plafond in eigen bijdrage tot 2% van bruto inkomen voor geneesmiddelen, paramedische hulp en ziekenvervoer (eigen bijdrage plafond lager en verminderde eigen betaling voor kronen en vullingen bij lage inkomens; Eigen bijdrage vervalt voor resterende duur van ziekte bij chronisch zieken die > 1% van inkomen besteed hebben aan geneesmiddelen; paramedische hulp en ziekenvervoer; in uitzonderlijke gevallen van hoge eigen betalingen is fiscale aftrekbaarheid mogelijk
Uitgezonderden van eigen bijdrage	N.v.t	WIGW groep (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen)	Minder validen en zieken door werk (> 66.66%) en hun familie krijgen 100% vergoeding	Afhankelijk van de verstrekking worden bepaalde groepen uitgezonderd van eigen betalingen (bijv kinderen onder 16 jaar, schoolgaande kinderen onder 19 jaar, zwangeren, uitkeringsgerechtigden, personen met bepaalde ziekten.	Personen tot 18 jaar (m.u.v. kronen en vullingen en eigen bijdragen voor ziekenvervoer); personen met zeer lage inkomens (Härtefallregelung € 938 per maand voor alleenstaanden en €1289.50 voor twee personen) en personen met een uitkering; en chronisch zieken die minstens 1% van bruto jaarinkomen hebben betaald;
Overige private financiering	Rechthebbers: Nominale ziekenfondspremie; Vrijwillige aanvullende verzekering voor tandartshulp en extra ziekenhuisservice ;	Aanvullende private verzekering voor eigen bijdragen van ziekenhuiskosten; Supplementbetalingen voor raadplegingen en medische diensten	Aanvullende private verzekering voor eigen bijdragen	Aanvullend private verzekering: 11,5% van bevolking geniet private verzekering voor breder zorgpakket	

Appendix 2 Wijzigingen en Trends in Basispakket en Basisverzekering

	Verzekeringstelsel	Doelmatigheid	Eigen bijdrage	Pakket
Nederland	Verhoging nominale ZF premies Ontschotting ZFW en AWBZ Invoering basispakket	Introductie van farmaco-economische argumenten voor opstellen behandelrichtlijnen geneesmiddelen Voorstel verlaging vergoeding generieke geneesmiddelen Toenemende regie aan verzekeraars	Voorstel kabinet Balkenende II tot invoering eigen bijdragen bij huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en geneesmiddelen	Farmaco-economische evaluaties m.b.t. opname geneesmiddelen in basispakket Introductie smaller basispakket; meer verstrekkingen in aanvullend pakket Verwijdering geneesmiddelen
België	Verbetering toegankelijkheid zorg voor lage inkomens, chronisch zieken en kinderen door invoering Maximumfaktuur Discussie hogere overheids gelden zorg	Versnelde toelating van innovatieve geneesmiddelen maar afhankelijk ban aangetoonde doelmatigheid (25) Discussie over monitoring voorschrijfgedrag van artsen/specialisten en invoering poortwachterfunctie {545} Generieke substitutie bij geneesmiddelen d.m.v. hogere eigen betaling merk geneesmiddelen Prijs/volume afspraken Herwaardering centrale positie huisarts	Discussie verhoging eigen bijdragen ter verbetering van het lage kostenbewustzijn van de bevolking {545} Verlaging eigen bijdragen bij gebruik eigen huisarts {545}	Aanspraken fysiotherapie beperkt Toelating 131 nieuwe innovatieve en doelmatige geneesmiddelen in 2002 (25) Verbeterde aanspraken voor IVF, brillen, gebitsprothese en hoorapparaten (25)
Frankrijk	Sinds 2000 vrijstelling eigen bijdragen voor kwetsbare groepen Jaarlijkse overschrijding van zorguitgavetarget (ONDAM) Discussie invoering volledig verzekerd beperkt basispakket Lobby invoering managed care organisaties om complexe en inefficiënte zorg aan te pakken {credes}	Bij geneesmiddelen grotere invloed voor doelmatigheids criterium (evaluatie van 4500 producten) Prijsverlaging geneesmiddelen, verlaging prijzen generieke producten en prijs/volume afspraken	Stijging wettelijke procentuele eigen bijdrage met 5% sinds 1993 Strenger vergoedingsbeleid bij misbruik thuisbezoek of urgent bezoek huisarts Verhoging van eigen bijdrage van 35% naar 65% bij 617 geneesmiddelen	Verwijdering niet doelmatige of noodzakelijke geneesmiddelen uit pakket Toenemende druk op beperking aanspraken (bijv. fysiotherapie en eerstelijns psychologische hulp) Verbeterde aanspraken op bril en gebitsprothesen voor kwetsbare groepen Gratis tandarts check-up voor 13 – 18 jarigen en op termijn 6-12 jarigen
Verenigd Koninkrijk	NHS Plan: structurele verhoging zorguitgaven budget ter verbetering zorg en vermindering wachtlijsten Toenemende centrale sturing in regionale prioriteitsstelling van zorg	Toenemende rol Health Technology Assessment (door NICE) bij pakketbeslissingen en behandelrichtlijnen geneesmiddelen, medische toepassingen en zorgprogramma's	Discussie gestart over invoering eigen bijdrage spoedbezoeken huisarts	Toenemende invloed toelatingscriteria op basis van doelmatigheidsonderzoek resulterend in verweving aanspraken met behandelrichtlijnen
Duitsland	<i>Gesundheitsreform 2000</i> Sinds 2001 onbeperkt mogelijkheid switchen van ZF aanbieder m.i.v. een bindingstermijn en een opzegtermijn (resp. 18 en 2 maanden)	Voorgenomen farmaco-economische evaluatie geneesmiddelen Sinds 2002 generieke substitutie bij geneesmiddelen maar arts houdt voorrecht voorschrijven specialité	Discussie gestart over noodzaak invoering eigen bijdrage (€15) bij consulteren specialist zonder verwijzing; Voorstel verhoging afleverbijdrage geneesmiddelen tot €9 (grote verpakking) {kranken-kassen-online.info 28.04.03}; Verhoging ligdag gelden in ziekenhuis van €9 naar €12 <i>Gesundheitsreform</i> : invoering eigen bijdragen (10%) bij extramurale verstrekkingen en consult bij specialist en tandarts	Invoering positieve lijst voor geneesmiddelen en reductie van aantal vergoedbare specialiteiten (20) Vergoeding voor bril bij lichte zichtafwijkingen staat ter discussie evenals aanspraken op IVF, kronen en bruggen.