



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

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

2021022706

Datum 11 juni 2021
Betreft Adviesrapport 'Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?'

Onze referentie 2021022706

Geachte mevrouw van Ark,

In de brief van 15 september 2021 heeft uw ministerie Zorginstituut Nederland gevraagd om advies uit te brengen over knelpunten binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen en ook oplossingsrichtingen daarvoor te inventariseren. Hierbij ontvangt u het adviesrapport 'Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?'. Het gaat hierbij specifiek om de vaccinatiezorg die onder de Zorgverzekeringswet valt of zou moeten vallen. Voor advies over de vaccinatiezorg buiten de Zorgverzekeringswet verwijzen wij naar het RVS adviesrapport 'Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend'.¹

Diverse medische risicogroepen, zoals patiënten met een verminderde afweer, ontvangen geen vaccinatie die voor hen noodzakelijk is. Zij hebben een medische indicatie voor een vaccinatie ter preventie van een gecompliceerd beloop van een infectieziekte. Toch blijkt in de praktijk dat in veel gevallen deze patiënten noodzakelijke vaccinaties niet ontvangen of vergoed krijgen. De potentiële gezondheidswinst die te behalen is door vaccinatie bij deze medische risicogroepen, wordt hierdoor onvoldoende benut.

Dit adviesrapport is een eerste stap in het verbeteren van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. De COVID-19 pandemie en de huidige aandacht voor vaccinatie geeft momentum om structureel verbeteringen in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen te realiseren. Wij hebben daarvoor eerst knelpunten op het domein van kennis en kenbaarheid, betaalbaarheid, en uitvoerbaarheid van deze vaccinatiezorg geëvalueerd. Daaruit concluderen wij dat het ontbreekt aan regie en verantwoordelijkheid binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen in Nederland. Dit gebrek aan regie en verantwoordelijk staat aan de basis van alle benoemde knelpunten en heeft uiteindelijk versnipperde en inefficiënte vaccinatiezorg voor medische risicogroepen tot gevolg.

In samenspraak met betrokken partijen binnen de vaccinatiezorg, zijn wij tot een aantal aanbevelingen gekomen om de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen

¹ De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2021, 25 maart). *Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend*. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2021/3/25/vaccinatiestelsel>

structureel te verbeteren. Onze belangrijkste aanbevelingen zijn:

- creëer duidelijkheid over de regie en verantwoordelijkheid;
- organiseer een zorgpad voor vaccinatiezorg van medische risicogroepen;
- maak de routes van vergoeding eenduidig

Binnen Zorginstituut Nederland zijn er initiatieven gaande om de verzekerde zorg voor vaccinaties te optimaliseren. Dit vanuit onze positionering als samensteller van het pakket van goede verzekerde zorg. Hierbij kan gedacht worden aan de mogelijkheid om beroepsverenigingen ook in staat te stellen om vergoedingsaanvragen voor vaccins in te dienen. Alsook een betere aansluiting van bijlage-2-voorwaarden voor vaccins in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem met medische richtlijnen.

De belangrijkste rol voor het verbeteren van de vaccinatiezorg ligt bij de betrokken partijen. Het is aan hen om de aanbevelingen om te zetten in (nationaal) vaccinatiebeleid en uiteindelijk de uitvoering ervan te bewerkstelligen. Zorginstituut Nederland kan hierbij als 'procesarchitect' een begeleidende rol spelen, zodat toekomstige verbeteringen in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen gerealiseerd worden. Hierbij kan gedacht worden aan het agenderen van deze vaccinatiezorg en het bij elkaar brengen van de betrokken partijen.

Uiteraard zijn wij bereid een mondelinge toelichting te geven op het voorliggende advies.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum
11 juni 2021

Onze referentie
2021022706



Zorginstituut Nederland

Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?

Datum 11 juni 2021
Status Definitief

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Afdeling Zorg | Team Infectieziekten, Bloed-, en Immunziekten

Volgnummer

2021018593

Inhoud

	Colofon—1
	Samenvatting—5
1	Inleiding—8
2	Vaccinatie binnen de Zorgverzekeringswet—11
3	Onderzoek—13
4	Kennis en kenbaarheid—17
5	Betaalbaarheid—21
6	Uitvoering—35
7	Conclusie en aanbevelingen—41
	Bijlagen—45
	Bijlage 1. Signaalanalyse—46
	Bijlage 2. Stakeholderanalyse—55
	Bijlage 3. Richtlijnenanalyse—64
	Bijlage 4. Analyse farmaceutische kengetallen extramurale vergoeding vaccins—75
	Bijlage 5. Stakeholderinterviews—83

Samenvatting

In dit rapport geeft Zorginstituut Nederland advies over verbetering van vaccinatiezorg die onder het basispakket valt. Bij verschillende beleids- en zorgorganisaties, zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorginstituut Nederland, zijn in de afgelopen jaren signalen binnengekomen dat er knelpunten zijn in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Hierdoor krijgen patiënten niet altijd de vaccinaties die zij nodig hebben, of krijgen zij voor deze vaccinaties geen vergoeding. In dit adviesrapport geven wij inzicht in deze knelpunten en doen we aanbevelingen om de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen structureel te verbeteren. Uiteindelijk is het doel om met passende vaccinatiezorg gezondheidswinst te behalen voor patiënten met onderliggende aandoening(en) en een verhoogd risico op een infectieziekte.

Knelpunten

We hebben knelpunten geïdentificeerd op het domein van kennis en kenbaarheid, betaalbaarheid, en uitvoerbaarheid.

Kennis en kenbaarheid

Goede vaccinatiezorg voor medische risicogroepen is alleen mogelijk wanneer behandelaren en patiënten weten van het bestaan en voldoende kennis hebben van deze zorg. Daarbij is het essentieel dat deze zorg beschreven staat (kenbaarheid) in zorginhoudelijke richtlijnen. De aanbevelingen over vaccinatie van medische risicogroepen zijn echter versnipperd over een groot aantal richtlijnen, waardoor informatie over deze vaccinatiezorg vaak lastig te vinden is. Dit draagt bij aan het wisselend opvolgen van deze aanbevelingen door zorgverleners en beperkte informatievoorziening richting de patiënt.

Betaalbaarheid

In de vaccinatiezorg zijn er ook problemen met de betaalbaarheid, waardoor patiënten die behoren tot medische risicogroepen niet altijd een vergoeding krijgen voor geïndiceerde vaccinaties. Zo is de bekostiging en vergoeding van aangewezen vaccinaties onvoldoende gewaarborgd. Uit gegevens van geleverde vaccinaties via openbare apotheken bleek dat een groot deel van de patiënten geen vergoeding ontving voor een vaccin dat wel was opgenomen in de basisverzekering. Eén van de oorzaken hiervan is dat vaccinatiezorg in het ziekenhuis onvoldoende vergoed kan worden uit het pakketje 'zorg', ook wel Diagnose-Behandelcombinatie (DBC) genoemd. Dit heeft tot gevolg dat vaccinatiezorg van het ziekenhuis naar de huisarts en GGD wordt verwezen of dat ziekenhuizen vaccinaties soms vanuit "eigen" middelen betalen.

Uitvoerbaarheid

Om goede vaccinatiezorg te kunnen leveren, is een nauwkeurig overzicht van de ontvangen vaccinaties noodzakelijk. Dit is nu onvoldoende het geval en daarom weet de behandelaar vaak niet waarvoor en wanneer de patiënt is gevaccineerd. Doordat ook niet duidelijk is afgesproken wie verantwoordelijk is voor de vaccinatiezorg, zijn er regionale verschillen in de uitvoering ontstaan. In sommige regio's is de medisch specialist primair verantwoordelijk, in andere regio's de GGD of huisarts. Dit geeft onduidelijkheid voor patiënten en behandelaren, en leidt tot onwenselijke verschillen in de toegang tot vaccinatiezorg tussen patiënten.

Aanbevelingen

Om goede vaccinatiezorg voor medische risicogroepen te kunnen leveren, kunnen wij aan de betrokken partijen de volgende aanbevelingen doen:

Creëer duidelijkheid over regie en verantwoordelijkheid

De samenhang tussen de knelpunten in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen is het ontbreken van regie over en verantwoordelijkheid voor deze zorg. Zorgverleners weten vaak niet wie verantwoordelijk is en verwijzen naar elkaar. De patiënt krijgt hierdoor vaak niet de vaccinatiezorg die nodig is. Om de vaccinatiezorg structureel te verbeteren, moeten hier eerst op nationaal niveau afspraken over worden gemaakt in samenspraak met de betrokken partijen. Zodra er duidelijkheid is over de regie en verantwoordelijkheid, kunnen beleids- en zorgorganisaties betere en weloverwogen besluiten nemen over de vergoeding en uitvoering van deze vaccinatiezorg. Het creëren van duidelijkheid over regie en verantwoordelijkheid is dus de eerste vereiste om gezondheidswinst te behalen voor patiënten die vaccinatiezorg nodig hebben.

Organiseer een vast zorgpad

Er bestaan grote regionale verschillen in de uitvoering van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. De uitvoering ligt afwisselend bij huisartsen, GGD'en, vaccinatieklinieken of ziekenhuizen. Deze fragmentatie zorgt vaak voor onduidelijkheid bij behandelaren en patiënten. Ook kan het leiden tot ongewenste gezondheidsverschillen tussen patiënten, omdat de zorg niet voor iedereen op dezelfde manier toegankelijk is. Om de fragmentatie in de uitvoering van deze vaccinatiezorg te verbeteren, bevelen we aan om een vast zorgpad te creëren. Een centraal online vaccinatieregistratiesysteem kan helpen de uitvoering effectiever en efficiënter te laten verlopen. Er lopen op dit moment meerdere initiatieven waarmee zo'n systeem in de toekomst gerealiseerd kan worden. Bijvoorbeeld door het verder inrichten van de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) of registratie in een persoonlijk vaccinatieoverzicht (MijnRIVM-vaccinaties).

Centraliseer richtlijnen en patiëntinformatie

Het is van belang dat behandelaren en patiënten meer kennis krijgen over vaccinatiezorg uit het basispakket. Behandelaren zijn over het algemeen niet goed op de hoogte van alle vaccinatierichtlijnen, waardoor ze aanbevelingen uit deze richtlijnen niet nauwgezet opvolgen. Patiënten ontvangen daardoor van de behandelaar regelmatig niet de juiste informatie over de vaccinaties waarvoor zij een medische indicatie hebben. Ook ontbreekt soms informatie over hoe ze deze vaccinaties vergoed kunnen krijgen. Mogelijke oplossingen voor dit probleem liggen in het centraliseren van richtlijnen en patiëntinformatie. Bijvoorbeeld door te zorgen dat die richtlijnen en informatie volledig en makkelijk online te vinden zijn. Een andere oplossing die het kennisgebrek kan oplossen, is het (bij)scholen van behandelaren over vaccinatiezorg en over de routes van vergoeding van die zorg.

Maak routes voor vergoeding duidelijk

Het is in de huidige praktijk vaak onduidelijk of de bekostiging van vaccinaties voor medische risicogroepen valt onder de zorg binnen het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis. Duidelijkheid over de verschillende routes voor vergoeding is van belang. Binnen het ziekenhuis wordt de vaccinatiezorg vergoed uit het pakketje 'zorg', ook wel DBC genoemd. Buiten het ziekenhuis verloopt vergoeding via openbare apotheken. Voor vergoeding uit het basispakket moet het vaccin dan geregistreerd staan in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het ontbreken van een eenduidige route voor de bekostiging en vergoeding van

vaccinaties, zorgt voor versnipperde en inefficiënte vaccinatiezorg. In de praktijk worden patiënten nu vaak verwezen van het ziekenhuis naar de eerste lijn, zoals huisartsen en GGD'en, om de vaccinaties te krijgen of vergoedingen hiervoor in orde te maken.

Vaccinatiezorg binnen het ziekenhuis

Als vaccinatiezorg voor een patiënt binnen een behandeltraject van het ziekenhuis plaatsvindt, bevelen we aan om deze zorg ook via die weg te vergoeden. Hiervoor moet de vaccinatiezorg wel geregistreerd kunnen worden als onderdeel van een behandeling. Ook moet de financiële vergoeding voldoende toereikend zijn. Door het bijvoorbeeld te registreren als 'overig zorgproduct' (OZP) of een 'facultatieve prestatie' kan de vaccinatiezorg die anders niet in de bekostiging past toch geleverd worden.

Vaccinatiezorg buiten het ziekenhuis

Voor de vergoeding van vaccinatiezorg buiten het ziekenhuis door opname in het GVS zien wij een aantal mogelijke verbeteringen:

- Een meer passende interpretatie van geïndiceerde preventie kan betere vaccinatiezorg mogelijk maken. Vaccins komen nu alleen in het GVS als er sprake is van zogenaamde 'geïndiceerde preventie'. Dat wil zeggen dat een verzekerde een *individueel* hoog risico op een infectieziekte moet hebben om de nodige vaccinatie vergoed te krijgen uit het basispakket. Bij bijvoorbeeld zwangeren, en patiënten die nog een afweerverlagende behandeling moeten ondergaan, is het onderscheid tussen *individueel* of *algemeen* verhoogd risico op een infectieziekte niet duidelijk. Vaccinaties worden door die onduidelijkheid vaak niet vergoed. Een meer passende interpretatie van de geïndiceerde preventie zou kunnen voorkomen dat deze medische risicogroepen tussen wal en schip vallen voor de vergoeding van noodzakelijke vaccinatiezorg. In de uitwerking is het echter noodzakelijk om te bepalen wat de gevolgen hiervan zijn voor andere vormen van preventie.
- De betrokkenheid onder behandelaren zou kunnen worden vergroot als het voor medische beroepsverenigingen ook mogelijk is om vergoedingsaanvragen voor vaccins in te dienen bij Zorginstituut Nederland. Ook voorkomen we op die manier dat er geen vergoedingsaanvraag wordt ingediend voor een vaccin als de fabrikant daar vanaf ziet. Het onderzoek naar dit verbeterpunt is op dit moment bezig. Dit is bij Zorginstituut Nederland belegd en zal verder worden verkend.
- Aanvullende vergoedingsvoorwaarden voor vaccins zouden beter moeten aansluiten bij de huidige aanbevelingen over vaccinatiezorg in (inter)nationale richtlijnen. Dit kan gerealiseerd worden door naar die richtlijnen te verwijzen in de bijlage-2-voorwaarden voor vaccins in het GVS. Hierdoor blijven de bijlage-2-voorwaarden actueel en hoeven ze niet steeds aangepast te worden. Een voorwaarde is dan wel dat de richtlijnen goed wetenschappelijk zijn onderbouwd. Zorginstituut Nederland heeft dit verbeterpunt al in praktijk gebracht in het kader van een recente vergoedingsaanvraag.

1 Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft Zorginstituut Nederland gevraagd een advies op te stellen over de knelpunten die zich voordoen in de toegang tot vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Er bestaan medische risicogroepen, bijvoorbeeld patiënten met een verwijderde milt, die aangewezen zijn op bepaalde vaccinaties. Uit de eerdere verkenning van Zorginstituut Nederland¹ lijkt dat er verschillende knelpunten bestaan in het vaccinatielandschap, waaronder op het domein van bewustwording, kenbaarheid, betaalbaarheid, en uitvoering. Hierdoor krijgen patiënten niet altijd de vaccinaties die zij nodig hebben, of krijgen zij voor deze vaccinaties geen vergoeding. Als patiënten niet de vaccinaties ontvangen waarop zij zijn aangewezen, lopen zij een gezondheidsrisico.

Dit advies moet uiteindelijk leiden tot gezondheidswinst voor deze patiënten. Dit bereiken we alleen door het duurzaam verbeteren van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Daarvoor moeten we de belemmeringen wegnemen voor de patiënt om de noodzakelijke vaccinaties te krijgen. In dit advies neemt Zorginstituut Nederland de vaccinatiezorg die onder de basisverzekering valt, kritisch onder de loep. Hierbij zullen de volgende drie vragen in dit adviesrapport worden beantwoord:

- Wat is de plaats (een ijkpunt) van vaccinaties op medische indicatie binnen de Zorgverzekeringswet?
- Welke knelpunten doen zich voor in de toegang tot vaccinatiezorg voor medische risicogroepen?
- Welke oplossingsrichtingen zijn er voor deze knelpunten in de toegang tot vaccinatiezorg voor medische risicogroepen?

Vanwege de complexiteit en omvang van het onderwerp, is er in dit adviesrapport prioritering gegeven aan de meeste relevante knelpunten en potentiële oplossingsrichtingen, zoals die ook zijn aangegeven door de verschillende belanghebbenden. Verder beperkt dit adviesrapport zich tot vaccinaties die onder de Zvw vallen of zouden moeten vallen. Vaccinaties die onderdeel zijn van een programma, zoals het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), Nationaal Programma Grieppreventie, of Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie Volwassenen, vallen hier niet onder. Hiervoor wordt verwezen naar het adviesrapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) *Vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend* dat in maart 2021 is gepubliceerd.²

Leeswijzer

In *hoofdstuk 2* geven wij een **ijkpunt** van de vaccinaties die op dit moment onder de Zvw vallen. Ter onderbouwing van het adviesrapport zijn vijf onderzoeken verricht: een signaalanalyse van bij het Zorginstituut binnengekomen meldingen, een stakeholderanalyse van het vaccinatielandschap, een richtlijnenanalyse, een analyse van de door openbare apotheken verstrekte vaccins en zijn stakeholderinterviews verricht. In *hoofdstuk 3* geven wij een beknopte samenvatting

¹ Zorginstituut Nederland. Uitvoeringstoets vaccinatielandschap medische risicogroepen. 13 augustus 2020. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/08/13/uitvoeringstoets-vaccinatielandschap-medische-risicogroepen>

² Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend. Den Haag: 25 maart 2021. Geraadpleegd via: https://www.raadvr.nl/binaries/raadvr/documenten/publicaties/2021/3/25/vaccinatiestelsel/RVS_Verkenning+Vaccinatiestelsel.pdf

van de belangrijkste uitkomsten van deze **onderzoeken**, waarbij voor de specifieke details over methodologie en resultaten naar de bijlagen verwezen wordt. In *hoofdstuk 4* geeft dit adviesrapport inzicht in de knelpunten met betrekking tot de **kennis en kenbaarheid** van vaccinatiezorg van medische risicogroepen onder behandelaren en patiënten en welke oplossingsrichtingen op dat gebied te overwegen zijn. In *hoofdstuk 5* worden de knelpunten en potentiële oplossingsrichtingen met betrekking tot de **betaalbaarheid** van vaccinaties voor medische risicogroepen besproken. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen de financiering, bekostiging en vergoeding van zorg. *Hoofdstuk 6* gaat in op de knelpunten en potentiële oplossingen op het domein van **uitvoering** binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Tot slot, in de algehele discussie in *hoofdstuk 7* worden de belangrijkste **conclusies en aanbevelingen** van dit adviesrapport gedeeld.

2 Vaccinatie binnen de Zorgverzekeringswet

Een van de adviesvragen was om het ijkpunt van vaccinaties op medische indicatie binnen de Zvw te verduidelijken. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de vaccins die nu vergoed worden vanuit de basisverzekering. Dat betekent dat reizigersvaccinaties, bedrijfsvaccinaties, vaccinaties vanuit programmatisch aanbod (onder andere grieprik en pneumokokkenvaccinatie) en het RVP buiten beschouwing worden gelaten.

In Tabel 2.1 zijn de vaccins opgenomen die momenteel vergoed worden vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Dit ijkpunt kan dienen als referentie voor de knelpunten en oplossingsrichtingen die in dit rapport genoemd worden. Het GVS heeft alleen betrekking op extramurale verstrekkingen en is een 'gesloten systeem'. Hierbij wordt een lijst met beperkingen van geneesmiddelen aangehouden. Geneesmiddelen die voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking komen, worden op deze lijst geplaatst. Vaccins met aanvullende vergoedingsvoorwaarden zijn opgenomen op bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekeringen.³ Intramurale verstrekkingen worden via Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) bekostigd, onafhankelijk van opname in het GVS. Dit is onderdeel van het 'open systeem', waarbij er automatische in- en uitstroom plaatsvindt. Er is daarmee geen overzicht te geven van vaccins die worden vergoed als onderdeel van medisch specialistische behandeling (en daarmee vanuit een DBC). Bij beide systemen geldt dat het toegediende vaccin voor de betreffende indicatie moet voldoen aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk.⁴

³ Zorginstituut Nederland. Regeling zorgverzekering. Datum van raadpleging: 18 februari 2021. Geraadpleegd via: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/algemeen/regeling-zorgverzekering#bijlage-2-bij-de-regeling-zorgverzekering>.

⁴ Zorginstituut Nederland. Vergoeding van extramurale geneesmiddelen (GVS). Diemen. Datum van raadplegen: 28 april 2021. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-geneesmiddelen/vergoeding-van-extramurale-geneesmiddelen-gvs>

Tabel 2.1. Vaccinaties waarvoor vergoeding vanuit de het geneesmiddelenvergoedingssysteem kan plaatsvinden

Vaccin	Vaccinatie tegen	Bijlage-2-voorwaarden	Prijs per eenheid ^{5,6}
Boostrix Polio	Difterie, acellulair Kinkhoest, Tetanus, Polio (DKTP)	Ja	€ 25,69
Triaxis Polio	Difterie, acellulair Kinkhoest, Tetanus, Polio (DKTP)	Ja	€ 29,84
DTP-vaccin	Difterie, Tetanus, Polio (DTP)	Ja	€ 13,29
<i>Haemophilus influenzae</i> b-vaccin	<i>Haemophilus influenzae</i> type b	Nee	€ 28,74
Ambirix	Hepatitis A+B	Ja	€ 42,99
Twinrix Adult	Hepatitis A+B	Ja	€ 42,98
Avaxim	Hepatitis A	Ja	€ 35,81
Havrix 1440	Hepatitis A	Ja	€ 40,56
Havrix Junior	Hepatitis A	Ja	€ 28,32
Vaqta Adult	Hepatitis A	Ja	€ 40,58
Vaqta Junior	Hepatitis A	Ja	€ 28,34
Engerix-B	Hepatitis B	Ja	€ 24,13
Engerix-B Junior	Hepatitis B	Ja	€ 24,13
HBVAXPRO	Hepatitis B	Ja	€ 71,98
Fendrix	Hepatitis B	Ja	€ 57,96
Bexsero	Meningokokken B	Ja	€ 85,56
Pneumovax 23	Pneumokokken (23-valent)	Ja	€ 25,95
Poliomyelitisvaccin	Polio	Ja	€ 9,88
Rabies merieux	Rabiës	Ja	€ 59,78
Tetanusvaccin	Tetanus	Nee	€ 10,22
Tetanusvaccin/tetanusimmoglobuline	Tetanus/tetanus-immunoglobuline	Nee	€ 75,21

⁵ De prijs per eenheid betreft de gemiddelde prijs van een flacon, een injectieflacon-set of een wegwerpspuit die het betreffende geneesmiddel bevatten, zoals vermeld in het Farmacotherapeutisch Kompas.

⁶ Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. Datum van raadpleging: 18 november 2020. Geraadpleegd via: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>

3 Onderzoek

In het kader van dit advies zijn een vijftal onderzoeken verricht. Het doel van deze onderzoeken was om alle relevante knelpunten binnen het vaccinatielandschap voor medische risicogroepen te identificeren en te duiden. De gevonden problemen zijn vervolgens uitgewerkt in de hoofdstukken over kennis, kenbaarheid, betaalbaarheid en uitvoering (Hoofdstukken 4-6). Hieronder is een korte beschrijving van elk onderzoek en de daaruit voortgekomen resultaten te vinden. De uitgebreide beschrijvingen van de methodologie en resultaten zijn opgenomen in Bijlagen 1-5.

3.1 Signaalanalyse (Bijlage 1)

3.1.1 *Opzet*

Het doel van deze analyse was om de knelpunten in kaart te brengen die door patiënten, zorgprofessionals en andere stakeholders zijn gerapporteerd aan Zorginstituut Nederland. Dit om inzicht te krijgen in de meest relevante problematiek. Hiertoe zijn signalen verzameld uit interne bronnen binnen het Zorginstituut Nederland, waarbij gebruik is gemaakt van meldingen die zijn binnengekomen via de telefonische helpdesk en het contactformulier van de websites van het Zorginstituut Nederland, Farmacotherapeutisch Kompas, Medicijnkosten.nl en de Horizonscan Geneesmiddelen.⁷

3.1.2 *Belangrijkste bevindingen*

Er zijn 74 signalen geïdentificeerd. Vanaf 2007 tot eind 2020 wordt een forse toename in het aantal ontvangen signalen gezien. Iets meer dan de helft van de signalen komt vanuit een zorgvrager en een kwart vanuit zorgprofessionals. Van de achttien verschillende indicatiegroepen betreft het grootste deel van de signalen patiënten met (functionele) hypo- of asplenie (32 procent) of met een verminderde afweer (11 procent). Er zijn 22 verschillende vaccinaties genoemd, met in de top 3 de vaccinatie tegen pneumokokken (47 procent) meningokokken ACWY (15 procent) en gordelroos (varicella zoster, 11 procent). Driekwart van de signalen betreft een vraag over de vergoeding van een vaccinatie, waarvan 80 procent een vaccinatie betreft die niet wordt vergoed vanuit de Zvw. In 62 procent zou de oplossing volgens de signaalgever dan ook de opname van het vaccin in het GVS zijn. In slechts 8 procent lag de gewenste oplossing voor de signaalgever in het uitbreiden van de nadere vergoedingsvoorwaarden, beschreven op bijlage-2-voorwaarden van de Regeling zorgverzekering.⁸ Daarnaast komt uit de signalen naar voren dat zorgverzekeraars in sommige gevallen vaccins, die niet zijn opgenomen in het GVS, uit coulance vergoeden en dat de eigen bijdrage voor vaccinatie als barrière wordt ervaren door patiënten.

⁷ Contactformulieren via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/contact/contactformulier>; <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/algemeen/contact>; <https://www.medicijnkosten.nl/contact>; <https://www.horizonscangeneesmiddelen.nl/contact>;

⁸ Een vaccin kan in het GVS opgenomen zijn, maar alleen vergoed worden voor specifieke patiëntengroepen, die zijn beschreven in de nadere vergoedingsvoorwaarden in de Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekeringen.

3.2 Stakeholdersanalyse (Bijlage 2)

3.2.1 *Opzet*

Aangezien er binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen veel verschillende belanghebbenden ('stakeholders') zijn betrokken, is de planning, organisatie en uitvoering van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen in Nederland complex. Informatie over het stakeholderlandschap is van belang voor (de haalbaarheid van) toekomstige acties, zoals het bepalen van strategieën om het draagvlak te vergroten voor de voorgestelde adviezen en beleid. Het is daarom zinvol om de verschillende gezichtspunten te inventariseren aan de hand van een stakeholdersanalyse. Bij deze analyse hebben we: a) relevante stakeholders binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen in kaart gebracht; b) hun onderlinge positie geïnventariseerd; c) het belang en mate van invloed van elke relevante stakeholder in kaart gebracht.

3.2.2 *Belangrijkste bevindingen*

Het vaccinatielandschap voor medische risicogroepen is complex, mede doordat het aantal stakeholders dat direct of indirect met deze vaccinatiezorg te maken hebben erg groot is. Door prioritering van de stakeholders op basis van invloed, leiderschap, en belang bij het adviestraject kan het aantal relevante stakeholders gereduceerd worden tot acht. De positionering van deze afzonderlijke stakeholders kenmerkt zich veelal door het innemen van meerdere posities, waardoor de verhoudingen ten opzichte van elkaar dynamisch en veranderlijk kunnen zijn in de tijd. Ten opzichte van het adviestraject en het voorgenomen doel tot verbetering van het vaccinatielandschap hebben interne en externe stakeholders een overwegend positieve houding.

3.3 Richtlijnanalyse (Bijlage 3)

3.3.1 *Opzet*

In de richtlijnanalyse hebben we gekeken naar de knelpunten in de kenbaarheid van vaccinatiezorg. Hiervoor werden de richtlijnen waarin de vaccinaties van medische risicogroepen wordt beschreven op basis van vijf criteria beoordeeld: indicatie, compleetheid, herleidbaarheid, actualiteit en consistentie. Deze evaluatiecriteria zijn gebaseerd op criteria van Guidelines International Network en van het AGREE II instrument.⁹

3.3.2 *Belangrijkste bevindingen*

Er zijn 59 aanbevelingen gevonden (waarvan negen als overweging zijn gegeven) in 38 richtlijnen. Deze beschrijven allemaal voldoende specifiek de doelpopulatie waarvoor de richtlijn is bedoeld. Er zijn géén discrepanties tussen aanbevelingen in richtlijnen voor dezelfde aandoening. Ongeveer driekwart van de aanbevelingen zijn na 2015 gepubliceerd en daarmee actueel. Een bronvermelding is bij 43 van de aanbevelingen aanwezig, waarvan er 36 actueel zijn. In de richtlijnen heeft vaccinatie geen prominente plaats, met de uitzondering van de richtlijn 'Landelijke adviezen voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen' van het RIVM. Dit is tevens de enige richtlijn die de zorg beschrijft voor alle betrokken medisch specialisten en huisartsen. Verder zijn er geen richtlijnen met domeinoverstijgende of transmurale werkafspraken.

⁹ Dit betrof de richtlijnen van het Landelijke Coördinatie Infectiebestrijding (LCI), het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de daartoe behorende beroepsverenigingen voor medisch specialisten.

3.4 **Analyse stichting farmaceutische kengetallen extramurale vergoeding vaccins (Bijlage 4)**

3.4.1 *Opzet*

Vaccinaties voor medische risicogroepen die onder de basisverzekering kunnen vallen, worden niet altijd vergoed. Dit gaat hoofdzakelijk om patiënten die een vaccin afhalen bij een openbare apotheek (extramurale geneesmiddelen). Doel van deze analyse was om inzicht te krijgen in de omvang hiervan. Met behulp van data van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) hebben we de volgende vragen onderzocht:

- 1 Hoeveel procent van de personen, die een vaccinatie hebben gehad die in de basisverzekering is opgenomen, hebben deze vergoed gekregen?
- 2 Hoeveel procent van de personen die een vaccinatie hebben gehad, die niet in de basisverzekering is opgenomen, hebben deze toch vergoed gekregen?
- 3 Bij welke vaccins is er sprake van een eigen bijdrage en hoe hoog is deze eigen bijdrage?

3.4.2 *Belangrijkste bevindingen*

In 2019 is een groot deel van de vaccinaties, ondanks dat ze wel in de basisverzekering zijn opgenomen, niet vergoed. Voor een deel is dit te verklaren doordat de persoon waarschijnlijk niet voldoet aan de geldende vergoedingsindicaties (bijlage-2-voorwaarden), of doordat het gegeven is in het kader van reizigers- of beroepsvaccinaties. Alleen voor het Hib-vaccin maakt iedereen aanspraak op vergoeding. Echter wordt dit vaccin bij minder dan 80 procent van de personen vergoed. Voor pneumokokkenpolysaccharidevaccin Pneumovax 23 (PPV23) en Hib-vaccin geldt een eigen bijdrage. Voor een deel van de vaccins dat niet in de basisverzekering zit, wordt soms toch vergoeding gegeven, mogelijk in het kader van de coulanceregeling. In totaal ging dat om €100.000 in 2019.

3.5 **Stakeholderinterviews (Bijlage 5)**

In aanvulling op de signaalanalyse (binnengekomen signalen) en de stakeholdersanalyse, hebben we ook interviews met stakeholders gehouden (opgehaalde signalen). De interviews met de stakeholders werden verricht door één lid van de projectgroep aan de hand van een vast aantal vragen over respectievelijk: i) rollen en verantwoordelijkheid; ii) knelpunten; en iii) oplossingsrichtingen. We hebben een inhoudelijke reactie ontvangen van 18 van de 23 stakeholders.

Deze interviews hadden tot doel om de knelpunten te inventariseren en het draagvlak voor mogelijk oplossingsrichtingen onder deze stakeholders inzichtelijk te maken. De inhoud van de interviews is tevens gebruikt als onderbouwing bij het uitwerken van de geïdentificeerde knelpunten.

3.6 **Vragen voor toekomstig onderzoek**

Bij deze analyses werd duidelijk dat voor een aantal knelpunten mogelijk nader onderzoek is vereist om beter overwogen beleidskeuzes te kunnen maken. Indien gewenst, kan Zorginstituut Nederland dit nadere onderzoek vormgeven. Vragen voor mogelijk nader onderzoek zijn:

- Hoeveel patiënten per medische risicogroep komen potentieel in aanmerking voor vergoeding van vaccinaties uit de basisverzekering (hoe groot is de huidige onderbehandeling)?

- Wat is de trend van intra- en extramurale vergoedingen van vaccins over meerdere jaren?
- Wat is de oorzaak van het niet vergoeden van het Hib-vaccin, ondanks dat voor dit geneesmiddel geen aanvullende bijlage-2-indicaties zijn opgenomen?
- Hoe vindt de toetsing op vergoedings-/indicatiecriteria door apothekers en zorgverzekeraars plaats? En hoe wordt tot een coulanceregeling besloten door zorgverzekeraars?

4 Kennis en kenbaarheid

Goede vaccinatiezorg voor medische risicogroepen is alleen mogelijk wanneer behandelaren en patiënten ook voldoende kennisnemen van deze zorg. Het beschreven staan (kenbaarheid) van deze zorg in zorginhoudelijke richtlijnen is daarbij onontbeerlijk. Waar kennis over vaccinatiezorg afhankelijk is van meerdere factoren (zoals attitude, kennis, educatie en beleid), is kenbaarheid een vertaling van deze kennis naar een richtlijn. Gezien de verbondenheid en aanzienlijke overlap van beide onderwerpen is ervoor gekozen om ze gezamenlijk te bespreken.

4.1 Kennis en kenbaarheid zijn onvoldoende gewaarborgd

4.1.1 *Probleemomschrijving*

Preventie van infectieziekten door middel van vaccinatie krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht en heeft door de COVID-19 pandemie een vlucht genomen.^{10,11} Deze aandacht was eerder minder vanzelfsprekend voor veel medische risicogroepen die buiten Nederlandse nationale vaccinatieprogramma's vallen, zoals het RVP. Uit onderzoek blijkt dat dit onder andere veroorzaakt wordt door een gebrek aan kennis over vaccinatiezorg, terughoudende attitude ten opzichte van vaccinaties en het ontbreken van regie en verantwoordelijkheid binnen de vaccinatiezorg.^{12,13,14}

Een groot deel van de behandelaren heeft onvoldoende kennis over de inhoud van vaccinatierichtlijnen voor medische risicogroepen en de extramurale vergoeding routes van vaccins. Dit heeft tot gevolg dat de beschikbare landelijke richtlijnen voor vaccinatiezorg van medische risicogroepen inconsequent worden gevolgd. Daarnaast is belangrijk dat behandelaren kennis hebben van mogelijkheden voor vergoeding van vaccin. Dit lijkt in de praktijk onvoldoende, waardoor patiënten vaccinaties waarop zij zijn aangewezen niet ontvangen of vergoed krijgen.

Patiënten die behoren tot een medische risicogroep hebben beperkte kennis over vaccinaties die voor hen geïndiceerd zijn. Ondanks dat patiënten juist een sterke informatiebehoefte over vaccinaties hebben, wordt daar in de huidige klinische praktijk niet altijd in voorzien. De patiënt is hiervoor in belangrijke mate afhankelijk van de behandelaren tijdens een vaccinatieconsult. Indien deze informatieoverdracht niet plaatsvindt of gebrekkig verloopt, kan dit leiden tot het niet ontvangen of vergoed krijgen van medisch geïndiceerde vaccinaties.

4.1.2 *Onderbouwing*

Een van de oorzaken voor onvoldoende kennis onder behandelaren ligt in

¹⁰ Ali I. Impact of COVID-19 on vaccination programs: adverse or positive? *Hum Vaccin Immunother.* 2020; 16:2594-600.

¹¹ Hungerford D, Cunliffe NA. Coronavirus disease (COVID-19) - impact on vaccine preventable diseases. *Euro Surveill.* 2020; 25.

¹² Lammers AJ, Veninga D, Lombarts MJ, Hoekstra JB, Speelman P. Management of post-splenectomy patients in the Netherlands. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2010; 29:399-405.

¹³ Struijk GH, Lammers AJ, Brinkman RJ, Lombarts MJ, van Vugt M, van der Pant KA, et al. Immunization after renal transplantation: current clinical practice. *Transpl Infect Dis.* 2015; 17:192-200.

¹⁴ Doornekamp L, de Jong W, Wagener MN, Goeijenbier M, van Gorp ECM. Dutch healthcare professionals' opinion on vaccination and education to prevent infections in immunocompromised patients: A mixed-method study with recommendations for daily practice. *Vaccine.* 2019; 37:1476-83.

het feit dat de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen een grote en heterogene groep patiënten bestrijkt. Dit betekent dat de zorg voor deze groepen is beschreven in een groot aantal verschillende richtlijnen. Doordat vaccinatiezorg voor medische risicogroepen domeinoverstijgend is, is het belangrijk dat richtlijnen voor de verschillende zorgverleners gemakkelijk vindbaar zijn. Momenteel is er geen centraal punt waar alle richtlijnen samenkomen en moeten zorgverleners bij zoeken naar de juiste richtlijn. Dit is gezien het grote aantal (n=38) richtlijnen niet eenvoudig (zie Bijlage 3 voor uitgebreide informatie over de richtlijnanalyse). Er zijn signalen binnen gekomen vanuit stakeholders, die pleiten voor een specifieke richtlijn voor vaccinatiezorg bij medische risicogroepen. Er is momenteel slechts één zo'n richtlijn beschikbaar, specifiek gericht op vaccinaties bij chronisch inflammatoire aandoeningen.¹⁶ Het gebrek hieraan heeft mogelijk tot gevolg dat er gecoördineerde verlening van vaccinatiezorg nu ontoereikend is. Het is niet duidelijk afgesproken en omschreven wat de verantwoordelijkheden zijn van de diverse betrokken zorgverleners in de uitvoering van vaccinatiezorg voor medisch risicogroepen. Hierdoor is de continuïteit van zorg tussen ziekenhuizen, huisartsen en GGD'en niet gewaarborgd.

Stakeholders geven tijdens de gevoerde interviews aan dat de kennis over de inhoud van richtlijnen over vaccinatiezorg voor medische risicogroepen onder behandelaren wisselend is. Deze signalen zijn in overeenstemming met eerdere studies, die aangeven dat hiaten in kennis een belangrijke factor zijn voor het in stand houden van suboptimale vaccinatiezorg van medische risicogroepen.^{12,15} De oorzaak van deze kennislacune over vaccinatiezorg bij behandelaren is vermoedelijk multifactorieel, zoals gebrek aan prioriteit voor preventie door vaccinatie, beperkte aandacht in medische (vervolg)opleidingen en het ontbreken van overzicht in de vaccinatiehistorie van de patiënt. Stakeholders uit de eerste lijn geven tevens aan dat zij onvoldoende kennis ervaren bij medisch specialisten over de medische indicaties voor vaccinatie die voor de extramurale vergoeding in aanmerking komen. Het komt geregeld voor dat patiënten voor het zetten van het vaccin naar de huisarts of GGD worden gestuurd, terwijl het specifieke vaccin of de betreffende indicatie niet voor extramurale vergoeding in aanmerking komt. Dit gebrek aan kennis over het extramurale vergoedingsproces van vaccins leidt regelmatig tot verwarring tussen behandelaren en vervolgens tot onduidelijkheid bij de patiënt.

Uit de signaalanalyse blijkt dat de meldingen omtrent vaccinaties voor medische risicogroepen voor de meerderheid afkomstig waren van de patiënt zelf (zie Bijlage 1). Deze signalen waren gericht op specifieke informatie over (bij)werkingen van geïndiceerde vaccins, vergoeding van vaccins, en de toegankelijkheid van vaccins. Dit bevestigt dat patiënten behoefte hebben aan betrouwbare informatie over vaccinaties en hun vergoedingsstatus. Mogelijk wordt er niet aan deze informatiebehoefte voorzien tijdens het vaccinatieconsult met de behandelaar. Dit is in overeenstemming met de studie van Doornekamp et al. die stelt dat vaccinaties niet standaard worden besproken tijdens een consult met de hoofdbehandelaar. Dit wordt mogelijk deels veroorzaakt door het ontbreken van prioriteit voor vaccinatie, lage verwachtingen over vaccineffectiviteit en tijdsgebrek.¹⁴ Een sterke aanbeveling voor vaccinatie van een vertrouwde behandelaar is echter één van de meest effectieve manieren om de vaccinatiebereidheid van patiënten te bevorderen.¹³

¹⁵ Lammers AJ, Hoekstra JB, Spielman P, Lombarts KM. Physicians report barriers to deliver best practice care for asplenic patients: a cross-sectional survey. PLoS One. 2011; 6:e17302.

4.1.3

Oplossingsrichtingen

Het kennisniveau onder behandelaren en patiënten kan worden verbeterd door:

- de richtlijnen rondom vaccinaties van medische risicogroepen te centraliseren, zodat behandelaren ze eenvoudig digitaal kunnen raadplegen;
- het ontwikkelen van overkoepelende richtlijnen 'vaccinatiezorg medische risicogroepen'
- het maken van afspraken met betrekking tot de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen binnen de vaccinatiezorg;
- meer aandacht te geven aan vaccinatiezorg voor medische risicogroepen in de geneeskunde (vervolg)opleidingen en tijdens bijscholingen voor medische professionals;
- de informatievoorziening richting de patiënt te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door:
 - digitale patiëntinformatie over vaccinatiezorg van medische risicogroepen te centraliseren;
 - behandelaren naast medisch-inhoudelijke informatie over vaccins, ook uitleg te laten geven over de logistieke route om toegang te krijgen tot de geïndiceerde vaccins en de mate van vergoeding die daarbij van toepassing is.

Voor de informatievoorziening richting de patiënt heeft de behandelaar een belangrijke rol, maar kan daarbij ook zeker ondersteund worden met digitale middelen. Het centraliseren van richtlijnen en patiënten informatie ten behoeve van vaccinatiezorg voor medische risicogroepen, is één van de te verwachten resultaten van het Immunostart project binnen het Universitair Medisch Centrum Utrecht dat per mei 2021 van start zal gaan.¹⁶ Dit project heeft als doelstelling om een online beschikbaar startpakket te ontwikkelen voor behandelaren ten behoeve van vaccinatie consultvoering voorafgaand aan de start van immuunsuppressie. Een ander voorbeeld is het online beschikbare 'volwassenen vaccinatie beoordelingsinstrument' van het Centers for Disease Control and Prevention (CDC).¹⁷ Door het beantwoorden van een beperkt aantal online vragen, kan de patiënt snel achterhalen welke vaccinaties voor hem/haar zijn geïndiceerd. Dit instrument zou ook relatief eenvoudig naar de Nederlandse situatie te vertalen zijn.

¹⁶ Bruns A, van Lelyveld S. Immunostart consult 2019: Geraadpleegd via: <https://www.internisten.nl/werken-als-internist/richtlijnenindicatoren/lopende-projecten>.

¹⁷ CDC. The Adult Vaccine Assessment Tool 2021: Geraadpleegd via: <https://www2a.cdc.gov/nip/adultimmsched/>.

5 Betaalbaarheid

Op basis van het wettelijke takenpakket en de beschreven ontwikkelingen in en rond de zorg heeft Zorginstituut Nederland in het Meerjarenbeleidsplan¹⁸ drie ambities geformuleerd. Een van deze ambities is het "behouden van een betaalbaar zorgstelsel voor zowel de individuele burger als de rijksoverheid". Dit betekent dat we kritisch kijken naar wat er wel en niet vergoed kan worden uit de basisverzekering (vergoeding van zorg). En geven we een begrijpelijk inzicht aan beleidsmakers, zorgverzekeraars en zorgprofessionals in de uitgaven en opbrengsten van deze verzekeringen (bekostiging van zorg). Als fondsbeheerder beheren we het zorggeld van deze verzekeringen en verdelen dat eerlijk over de zorgverzekeraars (financiering van zorg).

In dit hoofdstuk worden de geïdentificeerde problemen binnen het onderwerp 'betaalbaarheid' besproken en oplossingsrichtingen geschetst (zie Kader 1 voor definities). Gezien het aanzienlijke aantal geïdentificeerde problemen is ervoor gekozen om de meest zwaarwegende problemen in detail te bespreken: de problemen met een *grote* impact en/of *lagere* complexiteit.

Kader 1. Definities binnen betaalbaarheid

Grofweg kan een onderscheid worden gemaakt tussen drie facetten van betaalbaarheid. Ten aanzien van dit advies zijn deze als volgt gedefinieerd:

Financiering

De wijze waarop de zorg in haar middelen (budget) is voorzien: "hoe komt het geld binnen?"

Bekostiging

De wijze waarop de zorg kan worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

Vergoeding

Het betalen (vergoeden) van de geleverde zorg vanuit de collectieve basisverzekering: "welke zorg wordt vergoed vanuit de Zvw of Wlz?"

Op het gebied van financiering werden geen problemen geïdentificeerd. Dit onderdeel van betaalbaarheid komt daarom niet apart aan bod.

¹⁸ Zorginstituut Nederland. Meerjarenbeleidsplan 2018-2022. Diemen, 27 juni 2018. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/06/27/zorginstituut-nederland-meerjarenbeleidsplan-2018-2022>

Bekostiging

5.1 **Vershil in bekostiging van intramurale en extramurale vaccinatiezorg**

5.1.1 *Probleemomschrijving*

In Nederland worden geneesmiddelen, inclusief vaccins, op twee plekken verstrekt: intramuraal (in het ziekenhuis) en extramuraal (vanuit de openbare apotheek). Beide zijn vergoed ten laste van de Zorgverzekeringswet, maar op grond van verschillende aanspraken: farmaceutische zorg (extramurale verstrekking) of geneeskundige zorg (intramurale verstrekking). Er zitten financiële verschillen tussen intramurale en extramurale verstrekkingen. Bij een extramurale verstrekking is de betaling afhankelijk van de opname van het vaccin in het GVS. Indien, bij extramurale verstrekking, het vaccin is opgenomen in het GVS, wordt het vergoed vanuit de basisverzekering. Hierover wordt eigen risico betaald. Indien het vaccin niet is opgenomen in het GVS, zijn de kosten voor de patiënt. Deze kosten komen bovenop het eigen risico van de patiënt. Bij intramurale verstrekkingen worden de kosten van behandeling vanuit een DBC vergoed aan het ziekenhuis. De patiënt betaalt het eigen risico dat hiervoor geldt. Deze constructie leidt tot ongewenste prikkels bij ziekenhuizen. Voor een ziekenhuis is het financieel voordelig om een patiënt te verwijzen voor een vaccinatie, zodat de kosten niet vanuit de DBC of 'eigen' middelen te hoeven worden betaald.

5.1.2 *Onderbouwing*

Vanuit de signaalanalyse en gesprekken met experts uit het veld zijn verschillende problemen rondom intramurale en extramurale verstrekkingen gesignaleerd. Er is niet vastgelegd bij welke zorgverleners de verantwoordelijkheid van vaccinatiezorg ligt. Het gevolg hiervan is dat er geen duidelijkheid is waar vaccinatiezorg onderdeel van is: medisch specialistische zorg (intramuraal) of eerstelijns zorg (extramuraal)? Hier komen een aantal knelpunten uit voort.

Ten eerste signaleren verschillende stakeholders een knelpunt in de financiële dekking van de DBC. Het RVS rapport '*Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend*' beschrijft hetzelfde knelpunt. Indien de bekostiging vanuit de DBC onvoldoende dekkend is om de benodigde vaccinatiezorg te leveren, ontstaat er een prikkel tot beknipting op zorg. Het gevolg hiervan is dat de medisch specialist de vaccinatiezorg niet levert, of deze zorg verwijst naar de eerste lijn. In sommige gevallen wordt door ziekenhuizen een andere oplossing gezocht voor de beperkte dekking binnen de DBC. Uit het registratiesysteem van twee UMC's blijkt dat de vaccinatiezorg werd doorberekend naar een andere bekostigingsbron, buiten de DBC.

Dat er in ziekenhuizen weinig gevaccineerd wordt, wordt ondersteund door het lage aantal verstrekkingen van Prevenar 13 aan ziekenhuisapotheken. Dit aantal schommelt de laatste jaren tussen de 1.600 en 3.000.¹⁹ Aannemelijk is dat het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor deze pneumokokkenvaccinatie tijdens de behandeling door een medisch specialist een stuk groter is aangezien hier bijvoorbeeld patiënt onder vallen die met immunosuppressiva starten. Dit omdat juist Prevenar 13 als eerste wordt

¹⁹ Gegevens afkomstig vanuit persoonlijke correspondentie met Farminform. <https://www.farminform.nl>

gegeven – en dus meestal in de periode wanneer een indicatie gesteld wordt – aan medisch risicogroepen (onder andere personen met een (functionele) asplenie en immuungecompromitteerde personen). Hoeveel patiënten per medische risicogroep in aanmerking komen voor vergoeding van vaccinaties uit de basisverzekering, is niet exact bekend. Dit zal verder geanalyseerd kunnen worden in toekomstig onderzoek.

Ten tweede blijkt uit de signaalanalyse, signalen van verschillende stakeholders, en het RVS rapport² dat er een knelpunt is in de vergoeding van geleverde vaccinatiezorg in de extramurale setting. Alleen vaccinaties die zijn opgenomen in het GVS, worden vergoed vanuit de basisverzekering voor de geïndiceerde groepen. Niet alle vaccinaties die voor medische risicogroepen worden aanbevolen in de richtlijnen, zijn opgenomen in het GVS. In dat geval worden de kosten van vaccinatie volledig betaald door de patiënt en komen niet in mindering van het eigen risico, ondanks aanspraak. Dit probleem kan ook voortkomen uit verwijzing van zorg uit de tweede lijn. Het gevolg is dat de patiënt zelf de kosten draagt voor vaccinatie, terwijl het deel uitmaakt van de behandeling van de onderliggende aandoening. Daarnaast zijn sommige vaccinaties wel opgenomen in het GVS, maar op bijlage 1A geplaatst. Dit betekent dat er een vergoedingslimiet geldt en de patiënt de kosten boven de vergoedingslimiet (eigen bijdrage) zelf moet betalen. Patiënten die al veel eigen bijdragen moeten betalen en hun eigen risico elk jaar opmaken, of met minder financiële draagkracht kunnen deze kosten als een grotere barrière ervaren, waardoor zij afzien van hun geadviseerde vaccinaties. Dit leidt tot verminderde toegankelijkheid van zorg voor deze patiënten en daarmee mogelijk tot gezondheidsverschillen.²⁰

5.1.3 *Oplossingsrichtingen*

De vaccinaties die als onderdeel van de behandeling binnen de intramurale zorg toegediend worden, dienen op een adequate manier bekostigd te kunnen worden. De prikkel tot onderbehandeling of doorverwijzing naar de eerste lijn wordt hierdoor weggehaald. Hieronder worden de mogelijkheden besproken om dit te bereiken. Wijzigingen in bekostiging van intramurale vaccinatiezorg kunnen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) doorgevoerd worden.

5.1.3.1 Aanpassing van DBC

Een mogelijke oplossing is het aanpassen van de DBC's. Een verrichting voor verlening van vaccinatiezorg biedt uitkomst. Hierbij wordt het tarief voor de DBC hoger wanneer een verrichting voor vaccinatiezorg geregistreerd is. Door de kosten voor vaccinatie structureel te bekostigen via een DBC, zou dit kostendekking moeten bieden. Tevens wordt de prikkel voor verwijzing van de zorg naar de eerste lijn weggenomen. Het voordeel daarvan is dat vergoeding via de DBC loopt en geen los onderdeel is. Een nadeel van is dat dit een wijziging vraagt van de huidige DBC-structuur. Er is minder flexibiliteit omdat vaccinatiezorg gekoppeld is per DBC, per diagnose. Hierdoor is het lastiger om vergoeding te krijgen voor nieuwe indicaties.

5.1.3.2 Overig zorgproduct (OZP)

Een OZP²¹ is een prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet

²⁰ Reza Rezayatmand, Milena Pavlova, Wim Groot, The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review, *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 1, February 2013, Pages 74–79, Geraadpleegd via: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks034>

²¹ Nederlandse Zorgautoriteit. Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg - BR/REG-

vallend onder een DBC-zorgproduct. Het is een losse verrichting waar een financiële vergoeding voor het ziekenhuis aan vast zit. Door een OZP voor vaccinatiezorg in te richten, kunnen de kosten voor vaccinatie van medische risicogroepen in de intramurale setting, los gedeclareerd worden. Het voordeel van een OZP is dat deze niet gekoppeld hoeft te zijn aan de DBC structuur en separaat gedeclareerd kan worden. Indien er nieuwe indicaties komen voor vaccinaties voor medische risicogroepen, hoeft de DBC structuur niet te worden aangepast. Het nadeel is dat de controle of de zorg passend is bij de betreffende indicatie ontbreekt.

5.1.3.3 Facultatieve prestatie

Een facultatieve prestatie²² is een aanvullende mogelijkheid om medisch-specialistische zorg te bekostigen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken afspraken over zorg die lastig te bekostigen is via reguliere DBC's. Het voordeel hiervan is dat maatwerk mogelijk is. Het nadeel is dat facultatieve prestaties per ziekenhuis afgesproken dienen te worden met zorgverzekeraars.

19122. Geraadpleegd via:

[https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21815_22/2/#:~:text=Een%20overig%20zorgproduct%20\(ozp\)%20C,gekoppeld%20aan%20een%20ZI%2Dnummer.&text=Een%20verzameling%20van%20dbc%2Dzorgproducten](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21815_22/2/#:~:text=Een%20overig%20zorgproduct%20(ozp)%20C,gekoppeld%20aan%20een%20ZI%2Dnummer.&text=Een%20verzameling%20van%20dbc%2Dzorgproducten).

²² Nederlandse Zorgautoriteit. Wat is de facultatieve prestatie? Geraadpleegd via:

<https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-de-facultatieve-prestatie#:~:text=Met%20de%20facultatieve%20prestatie%20is,niet%20in%20de%20bekostiging%20past>.

Vergoeding

5.2 **Discrepantie tussen indicatie en vergoeding van extramurale vaccinaties**

5.2.1 *Probleemomschrijving*

Niet alle patiënten die vallen binnen een medische risicogroep die op basis van de richtlijnen een indicatie hebben voor een vaccinatie, krijgen deze vaccinatie vergoed vanuit de basisverzekering wanneer deze door een openbare apotheek is verstrekt. De volgende oorzaken kunnen hieraan ten grondslag liggen:

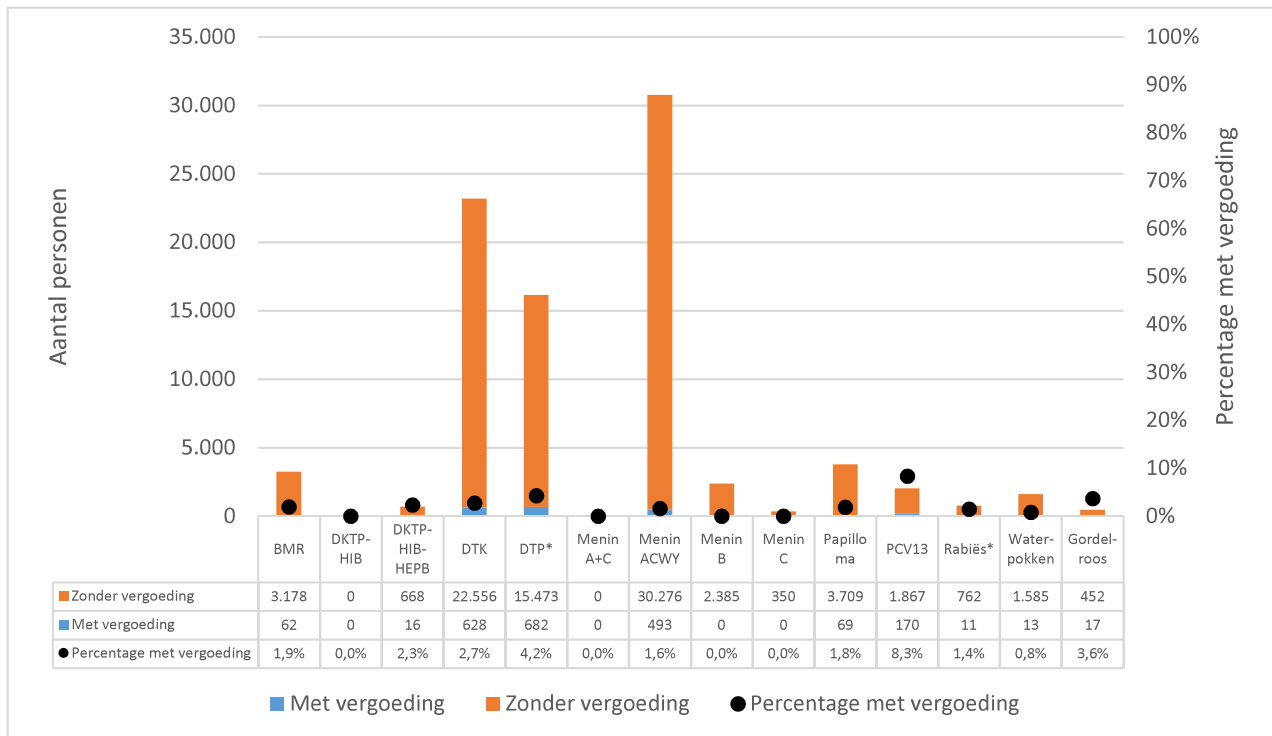
1. Het vaccin is *niet* in het GVS opgenomen en wordt daarom niet vergoed;
2. Het vaccin is *wel* in het GVS opgenomen met bijlage-2-voorwaarden en wordt bij een deel van de patiënten niet vergoed;
3. Het vaccin is *wel* in het GVS opgenomen zonder bijlage-2-voorwaarden en wordt bij een deel van de patiënten niet vergoed.

Het ontbreken van een vergoeding kan ertoe leiden dat minder patiënten behorend tot een medische risicogroep de vaccinatiezorg krijgen waar zij baat bij hebben.

5.2.2 *Onderbouwing*

5.2.2.1 Het vaccin is niet in het GVS opgenomen en wordt daarom niet vergoed

Een deel van de vaccins waar medische risicogroepen volgens de richtlijnen baat bij hebben, zijn niet opgenomen in het GVS. Dit komt doordat er nooit een beoordeling heeft plaatsgevonden of doordat er een beoordeling heeft plaatsgevonden met een negatief oordeel. Het gevolg is dat deze vaccins bij uitgifte door een openbare apotheek niet vergoed worden. Het gaat daarbij om de volgende vaccins: BMR, DKTP-Hib, DKTP-Hib-HepB, DTK, meningokokken A/C, meningokokken ACWY, meningokokken C, papillomavirus en varicella zoster (zowel tegen waterpokken als gordelroos). Voor DTP en rabiës is een deel van de vaccins wel en een deel van de vaccins niet in het GVS opgenomen (voor DTP is Revaxis niet in het pakket opgenomen en voor rabiës is Rabipur niet in het pakket opgenomen). De vaccins tegen meningokokken B en Prevenar 13 (PCV13) zijn recent in het GVS opgenomen met bijlage-2-voorwaarden (respectievelijk eind 2019 en begin 2021). Op basis van data van de SFK is inzichtelijk gemaakt hoeveel personen in 2019 vaccinaties hebben gehad die in dat jaar niet in het GVS waren opgenomen (Figuur 5.1) (zie voor nadere toelichting Bijlage 4). Uit de SFK data blijkt dat er in 2019 in totaal 101.026 extramurale uitgiftes zijn gedaan van vaccins die niet opgenomen waren in het GVS, met een kostenpost van €5.105.145. Ongeveer €100.000 hiervan werd alsnog vergoed, waarschijnlijk in het kader van een coulanceregeling (zie hoofdstuk 6.3).



Figuur 5.1 Aandeel van personen met vergoeding uit de basisverzekering, voor vaccins niet opgenomen in de basisverzekering, 2019. *De vaccins voor deze ziekten zitten deels wel en deels niet in de basisverzekering. Alleen deel dat niet in de basisverzekering zit is meegenomen in deze figuur.

5.2.2.2 Het vaccin is wel in het GVS opgenomen met bijlage-2-voorwaarden en wordt bij een deel van de patiënten niet vergoed

Uit de SFK data blijkt dat een deel van de personen die een extramurale vaccinatie hebben gehad, opgenomen in het GVS met aanvullende bijlage 2 voorwaarden, deze niet vergoed krijgen. Het gaat daarbij om de volgende vaccins: DKTP, DTP, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis A+B, PPV23 en rabiës (Merieux). Het percentage dat vergoed wordt varieert van 5,1 procent voor hepatitis A tot 45,5 procent voor PPV23. Mogelijke redenen voor het niet vergoed krijgen van het vaccin zijn:

- de persoon voldoet niet aan de bijlage-2-voorwaarden die zijn opgesteld;
- het vaccin is gegeven in het kader van reizigers- of beroepsvaccinatie;
- de persoon heeft onterecht geen vergoeding gekregen.

In Tabel 1 in Bijlage 4 zijn per vaccin de bijlage-2-voorwaarden en of het geïndiceerd is als reizigers- of beroepsvaccinatie weergegeven. Met de beschikbare data hebben we de onderliggende reden voor het niet vergoed krijgen van het vaccin niet kunnen achterhalen. We kunnen daardoor geen conclusies trekken over het deel dat onterecht geen vergoeding heeft gekregen. Er moet worden opgemerkt dat er in een aantal gevallen een discrepantie is tussen de medische risicogroepen die baat hebben bij een vaccinatie volgens de in Nederland beschikbare richtlijnen en de medische risicogroepen die volgens de bijlage-2-voorwaarden recht hebben op vergoeding.

5.2.2.3 Het vaccin is wel in het GVS opgenomen zonder bijlage-2-voorwaarden en

wordt bij een deel van de patiënten niet vergoed

Voor personen die gevaccineerd worden met een vaccin dat zonder aanvullende bijlage-2-voorwaarden is opgenomen in het GVS, vindt soms ook geen vergoeding plaats (zie Tabel 5.1). Dit geldt met name voor het Hib-vaccin, wat in 2019 bij bijna een kwart van de personen niet vergoed werd (347 personen). Dit is opmerkelijk omdat het vaccin niet wordt gegeven in het kader van reizigers- of beroepsvaccinatie.

Tabel 5.1. Vaccins in het GVS voor medische risicogroepen zonder bijlage-2-voorwaarden (2019)

Vaccin	Deel vergoed vanuit basisverzekering
Hib	1.253 van de 1.600 personen: 78,3%
Tetanus	142.120 van de 145.454 personen: 97,7%

5.2.3 *Oplossingsrichtingen*

Voor de oplossingsrichtingen focussen wij ons op de eerste twee oorzaken die benoemd zijn in de probleemomschrijving:

- 1) het vaccin is niet in GVS opgenomen en wordt daarom niet vergoed;
- 2) het vaccin is wel in GVS opgenomen met bijlage-2-voorwaarden en wordt bij deel van de patiënten niet vergoed.

Voor de derde oorzaak "het vaccin is wel in het GVS opgenomen zonder bijlage-2-voorwaarden, maar wordt bij een deel van de patiënten niet vergoed", benoemen wij op dit moment geen oplossingsrichting. Op basis van de SFK data uit 2019 blijkt hier voornamelijk sprake van te zijn bij het Hib-vaccin. De oorzaak hiervoor is onduidelijk en daarom is eerst nader onderzoek vereist om goed onderbouwde oplossingen te kunnen aandragen.

5.2.3.1 Uitbreiden van mogelijkheden voor indienen van vergoedingsaanvraag extramurale geneesmiddelen

Uit de voorgaande analyse komt naar voren dat een deel van de vaccins nooit ter beoordeling zijn aangeboden aan Zorginstituut Nederland, waardoor ze niet in het GVS zijn opgenomen en niet voor vergoeding in aanmerking komen. Een oorzaak van dit probleem is dat op dit moment alleen de registratiehouder van het geneesmiddel en zorgverzekeraars een officiële aanvraag voor vergoeding kunnen indienen bij Zorginstituut Nederland. Als dit niet gebeurt, vindt er geen beoordeling plaats. Zorginstituut Nederland heeft geïnventariseerd of het mogelijk is dat andere partijen (bijvoorbeeld medische beroepsverenigingen) een vergoedingsaanvraag van extramurale geneesmiddelen indienen. Deze inventarisatie loopt nog, maar meerdere stakeholders hebben reeds aangegeven hier positief tegenover te staan. Deze oplossingsrichting biedt mogelijk een aantal verbeteringen in het huidige beoordelingsproces, namelijk:

- het borgen van doorgang van vergoedingsaanvragen voor vaccins in situaties dat de registratiehouder van het geneesmiddel daarvan afziet;
- het stimuleren van betrokkenheid van de wetenschappelijke en beroepsverenigingen bij vergoedingsaanvragen voor vaccins;
- het creëren van meer inzicht voor zorgverleners in het geneesmiddelen vergoedingsproces.

5.2.3.2 Verbetering van het proces van vergoedingsaanvraag extramurale geneesmiddelen

De instroom van vaccins in het GVS kan bevorderd worden door het proces van vergoedingsaanvragen door Zorginstituut Nederland te verbeteren. Deze potentiële verbeteringen zijn aan de hand van een recente

vergoedingsaanvraag opgesteld. Het betreft een vergoedingsdossier dat door de registratiehouder is opgesteld voor het 13-valente pneumokokkenconjugaat vaccin (Prevenar13®) en werd besproken in de vergadering van de WAR op 25 januari 2021.²³

De vergoedingsaanvraag van Prevenar 13 toont aan dat er binnen Zorginstituut Nederland reeds optimalisatie heeft plaatsgevonden, namelijk:

- Zorginstituut Nederland gaat laagdrempelig het gesprek met registratiehouders aan om vergoedingsaanvragen voor vaccins te faciliteren.
- de registratiehouder kan snel en efficiënt een vergoedingsdossier samenstellen.

Er is bij deze vergoedingsaanvraag optimaal gebruik gemaakt van de 'passend-bewijs benadering' voor het beoordelen van wetenschappelijke bewijs, waarbij de beschikbare (inter)nationale richtlijnen op het gebied van pneumokokkenziekte een belangrijke rol spelen. De 'passend-bewijs benadering' wil zeggen dat er voor de beoordeling van de relatieve effectiviteit van een geneesmiddel gekeken kan worden naar het meest passend bewijs dat wenselijk en haalbaar is in de klinische setting. In dat kader hoeft het meest passende bewijs niet alleen maar gestoeld te zijn op onderzoek met de hoogste validiteit, zoals randomized controlled trials (RCT's). De praktijk wijst namelijk uit dat RCT's voor vaccins vaak niet haalbaar zijn in verband met te kleine aantallen patiënten, sterke voorkeur van patiënten voor een bepaalde interventie arm, of het onethisch zijn van het onderzoeksdesign.

- het verbeteren van de aansluiting tussen bijlage-2-voorwaarden en medische indicaties in richtlijnen. Op dit moment komen de medische risicogroepen die volgens de bijlage-2-voorwaarden recht hebben op vergoeding van vaccins niet altijd overeen met de medische risicogroepen die in de geldende richtlijnen worden benoemd. Hierdoor komt niet iedere patiënt binnen een medische risicogroep, die volgens de richtlijn baat heeft bij vaccinatie, in aanmerking voor vergoeding. De bijlage-2-voorwaarden worden opgesteld bij opname in het GVS, maar worden niet standaard bijgewerkt bij voortschrijdende wetenschappelijke inzichten. Door te verwijzen naar de richtlijnen (zoals in het geval van pneumokokkenvaccinatie), wordt de aanspraak op vergoeding verbeterd en wordt voorkomen dat de bijlage-2-voorwaarden herhaaldelijk moeten worden aangepast bij verandering van de richtlijnen. Een voorwaarde hierbij is wel dat de geldende richtlijnen voldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn. Voor opname in het GVS moet namelijk een therapeutische meer (1B) waarde of gelijke (1A) waarde zijn aangetoond.

5.3 **Personen met een medische indicatie voor vaccinatie lopen deze mis doordat de Zvw mogelijk te strikt wordt geïnterpreteerd**

5.3.1 *Probleemomschrijving*

Aan de vergoeding van vaccinaties vanuit de basisverzekering zit een aantal beperkingen. Preventieve zorg kan alleen vergoed worden als de individuele verzekerde een hoger risico loopt op een ziekte, aandoening of beperking dan de populatie in het algemeen.²⁴ In de praktijk betekent dit dat de arts

²³ Zorginstituut Nederland. GVS-advies 13-valent pneumokokkenconjugaat vaccin (Prevenar13)2021: 3 maart 2021. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/03/03/gvs-advies-13-valent-pneumokokkenconjugaat-vaccin-prevenar13>.

²⁴ Zorginstituut Nederland. Van preventie verzekerd. 16 juli 2007. Geraadpleegd via:

op grond van individuele omstandigheden vaststelt of er bij een verzekerde sprake is van een indicatie voor vaccinatie (geïndiceerde preventie). De huidige opvatting over preventieve zorg als onderdeel van de Zvw zorgt ervoor dat sommige risicogroepen niet in aanmerking komen voor vergoeding van een vaccinatie vanuit de basisverzekering, terwijl dit vanuit de zorginhoudelijke richtlijnen wel wordt aangeraden. Hierbij lijkt het hoofdzakelijk te gaan om vaccinaties die door patiënten op recept van een medisch specialist of huisarts worden verkregen bij een openbare apotheek. De vraag is of deze situatie onvermijdelijk volgt uit de bestaande wetgeving, of dat er mogelijkheid is tot een meer passende interpretatie, waarbij deze groepen (gedeeltelijk) wel onder de Zvw vallen.

5.3.2 *Onderbouwing*

5.3.2.1 Praktijkvoorbeelden

Aan de hand van praktijkvoorbeelden zijn er vier groepen te definiëren waarbij een bepaalde vaccinatie vanuit de zorginhoudelijke richtlijn wordt aangeraden, maar waarvoor nu geen vergoeding vanuit de Zvw passend wordt geacht. De praktijkvoorbeelden worden in het kader hieronder (Kader 2) inhoudelijk besproken.

Kader 2. Groepen die nu tussen "wal en schip" vallen

1. Volwassenen die een bepaalde kinderziekte niet hebben doorgemaakt: waterpokkenvaccinatie bij seronegatieve volwassenen uit een risicogroep.

Een klein deel van de Nederlandse bevolking heeft geen waterpokken (infectie met varicellazostervirus) gehad gedurende de kinderleeftijd en heeft het risico dit alsnog op volwassen leeftijd op te lopen. Bepaalde groepen lopen een verhoogd risico ernstig ziek te worden van de waterpokken op volwassen leeftijd. Om het risico op infectie bij risicogroepen te beperken wordt in de 'conceptrichtlijn varicella', vaccinatie van de volgende groepen aanbevolen:

- Varicella seronegatieve volwassenen met een beroep binnen de pediatrie sector of verloskundige sector, of die beroepshalve intensief contact hebben met ernstig immuungecompromitteerde patiënten;
- Seronegatieve vrouwen met een kindrewens;
- Varicella IgG-negatieve gezinsleden van varicella IgG-negatieve kinderen met verhoogd risico op ernstig ziektebeloop wegens chemotherapie behandeling.

In een recent GVS-advies door Zorginstituut Nederland is getoetst of vaccinaties tegen waterpokken kunnen worden opgenomen in het GVS. Van de hierboven beschreven risicogroepen kan een aantal niet zelf gevaccineerd worden door de aard van het vaccin (levend verzwakt varicellazostervirus). Bij andere risicogroepen en groepen waarvoor vaccinatie wordt aanbevolen, werd geoordeeld dat er geen sprake van geïndiceerde preventie was. Zorginstituut Nederland zag daarom af van de beoordeling of de beschikbare vaccins bij waterpokken opgenomen kunnen worden in het GVS.

Het is onderwerp van discussie of er in dit geval sprake is van geïndiceerde preventie, vanwege onduidelijkheid over het infectierisico bij volwassenen

die nog geen waterpokken hebben doorgemaakt.²⁵ Het staat wel vast dat zij ernstiger ziek kunnen worden van een waterpokken infectie op latere leeftijd. Er lijkt daarmee dus een *individueel vastgesteld verhoogd risico* op gezondheidsschade. Dit is vergelijkbaar met asplenie patiënten, die een sterk verhoogd risico op ernstig verlopende infecties hebben. De pneumokokkenvaccinatie wordt bijvoorbeeld vergoed voor deze groep.

2. Patiënten die een verwacht verhoogd risico hebben op gezondheidsschade: waterpokkenvaccinatie bij seronegatieve vrouwen met een zwangerschapswens

Bij zwangere vrouwen die geen waterpokken hebben doorgemaakt (seronegatief) geldt dat zowel de zwangere zelf als het ongeboren kind een verhoogd risico op ernstige complicaties lopen bij een waterpokken infectie. Omdat het (levend verzwakte) vaccin niet gegeven mag worden tijdens de zwangerschap, dient het vaccin aan vrouwen met een kinderwens te worden gegeven. De vaccinatie wordt nu niet vergoed vanuit de basisverzekering. Deze situatie is vergelijkbaar met patiënten die immunosuppressiva (zullen) krijgen. Ook deze patiënten kunnen meestal niet met een levend verzwakt vaccin worden behandeld. Daarom worden zij vóór het starten van de behandeling gevaccineerd. Een voorbeeld hiervan is vergoeding van het meningokokken B vaccin dat wordt toegediend voor gebruik van het geneesmiddel eculizumab. Deze vaccinatie wordt wel vergoed vanuit de basisverzekering.³

3. Vaccinaties ter bescherming van directe contacten van kwetsbare patiënten die zelf niet kunnen worden gevaccineerd

Voor een aantal groepen patiënten (onder andere met een verminderde afweer) is vaccinatie tegen influenza, mazelen en waterpokken niet mogelijk. Door gezinsleden te vaccineren worden de personen die het verhoogde risico lopen op een (gecompliceerde) infectie alsnog beschermd. Dit type preventie heeft kenmerken van zowel collectieve als individuele preventie en valt daarmee tussen selectieve en geïndiceerde preventie in. In de wetenschappelijke literatuur wordt deze vorm van vaccinatie als 'cocooning' vaccinatie aangeduid. Deze zorg is vooralsnog niet binnen bestaande regelingen opgenomen.

Uit de hierboven beschreven praktijkvoorbeelden komt naar voren dat begrippen als *verhoogd risico*, *risicofactor* en *individuele zorgvraag* in het kader van vaccinaties voor medische risicogroepen niet altijd op dezelfde wijze lijken te worden geïnterpreteerd. Ze zijn echter wel cruciaal bij het beoordelen of vaccinaties vanuit de basisverzekering kunnen worden vergoed. De huidige werkwijze heeft als gevolg dat, ondanks dat vaccinatie van bepaalde groepen is aangewezen, er nu geen voorzieningen voor zijn getroffen. Eén van de voorliggende vragen is dan ook hoe moet worden omgegaan met groepen die nu tussen 'wal en schip' vallen. Burgers mogen

²⁵ Na het 12^e levensjaar heeft 95% waterpokken doorgemaakt, waarna nagenoeg iedereen immuun is (re-infectie komt in uitzonderlijke gevallen voor). Dit betekent dat van alle zwangere vrouwen het risico op waterpokken nihil is. Dit ligt voor individuen (zwangere vrouwen, maar ook volwassenen is het algemeen) die nog geen waterpokken hebben doorgemaakt (seronegatief) echter anders. Zij behoren immers tot de 5% die nog geen infectie heeft doorgemaakt. Voor hen geldt de incidentie zoals die voor jonge (seronegatieve) kinderen geldt. Deze is daarmee dus per definitie hoger. Aan de andere kant kan ook worden geredeneerd dat de seronegatieve en -positieve groepen niet afzonderlijk, maar als geheel moeten worden bekeken. Dan kan men dus niet spreken van een verhoogd risico op een waterpokkeninfectie.

immers van de overheid verwachten dat wanneer blijkt dat vaccinatie van bepaalde groepen (kosten)effectief is, hier ook voorzieningen voor worden getroffen. Ook bij de beoordeling van het 'Advies over vaccinatie tegen waterpokken (*varicellazostervirus*)' vroeg de Adviescommissie Pakket zich af of er mogelijkheden zijn voor een meer passende interpretatie van geïndiceerde preventie en of het noodzakelijk is dat de interventie altijd op het individu moet zijn gericht.²⁶

5.3.2.2 Advies RVS

In het recent verschenen rapport 'Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend'²⁷ stelt de RVS ook vast dat het huidige beleid er toe leidt dat niet alle gezondheidswinst wordt verzilverd. De RVS geeft als voorbeeld dat vaccinaties voor een flinke gezondheidswinst bij ouderen kunnen zorgen. Vaccinatie op basis van leeftijd worden echter niet vanuit de Zvw vergoed, omdat leeftijd binnen de huidige kaders van de Zvw niet als individuele medische indicatie wordt gezien (zie Kader 3). Daarbij past dit ook niet goed binnen de Wet publieke gezondheid (Wpg), omdat het niet gaat om het beschermen van de hele bevolking. Om de gezondheidswinst toch te verzilveren, moeten nu aparte publieke programma's worden opgezet, met alle kosten, tijd en uitvoeringsproblemen die dit met zich meebrengt. De RVS vraagt zich af of er binnen de Zvw een te rigide interpretatie van het begrip 'medische indicatie' en 'individuele zorgvraag' wordt gehanteerd. Leeftijd is immers in veel gevallen een risicofactor voor slechtere gezondheid,²⁷ het immuunsysteem gaat bijvoorbeeld slechter functioneren naarmate mensen ouder worden (immunoscenescence).²⁸ Er is in die zin dus wel degelijk sprake van onderliggend lijden (indicatie) met een individuele zorgvraag (vaccinatie), zo stelt de RVS.

Kader 3. Vaccinatie o.b.v. een verhoogd risico passend bij een gevorderde leeftijd

In het verleden heeft Zorginstituut Nederland een aantal beoordelingsaanvragen gehad voor vaccins waarbij de indicatie voor vaccinatie op basis van leeftijd plaatsvond.^{29,30} Hierbij werd vooralsnog altijd geconcludeerd dat leeftijd alleen geen indicatie is voor preventieve zorg, aangezien het niet kan worden beschouwd als een *individueel vastgestelde risicofactor*.

Vaccinatiezorg die is gericht op bepaalde (leeftijds)groepen wordt als een vorm van selectieve preventie beschouwd (Figuur 5.2). Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van lokale, regionale of landelijke

²⁶ Zorginstituut Nederland. Advies over vaccinatie tegen waterpokken (*varicellazostervirus*). 1 oktober 2020. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/10/01/advies-over-vaccinatie-tegen-waterpokken>

²⁷ Dit is een factor die het effect van een bestudeerde mogelijke oorzakelijk factor beïnvloedt.

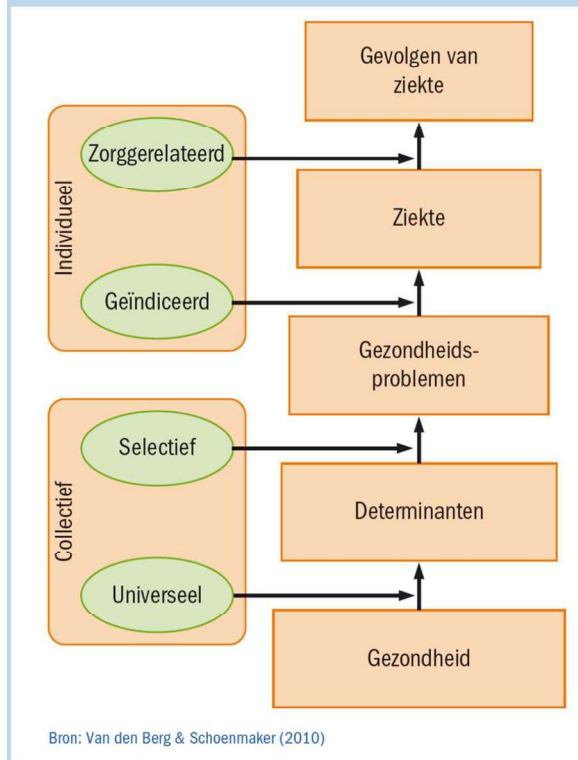
²⁸ Gustafson, C. E., Kim, C., Weyand, C. M., & Goronzy, J. J. (2020). Influence of immune aging on vaccine responses. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 145(5), 1309-1321. doi:10.1016/j.jaci.2020.03.017

²⁹ Zorginstituut Nederland. GVS-advies 13-valent geconjugerd pneumokokkenvaccin (Prevenar® 13) bij vaccinatie van ouderen vanaf 65 tot en met 74 jaar. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/01/19/13-valent-geconjugerd-pneumokokkenvaccin-prevenar-13-bij-vaccinatie-van-ouderen-vanaf-65-tot-en-met-74-jaar>

³⁰ Zorginstituut Nederland. Herpes zoster vaccin (Zostavax®) bij gordelroos. Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2014/03/27/herpes-zoster-vaccin-zostavax-bij-gordelroos>; <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/06/29/gezamenlijke-notitie-van-zorginstituut-nederland-en-gezondheidsraad-bij-adviezen-over-gordelroosvaccinatie>

preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.

Figuur 5.2. Schematische weergave doelgroepen en preventiemaatregelen, wetten en verantwoordelijke opdrachtgevers. Bron: Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? Heijink R, Struijs JN, RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016



Vanuit de Zvw kan enkel individuele zorg worden vergoed. Dit betekent dat collectieve preventieve zorg niet onder de basisverzekering valt. Eén van de voorliggende vraagstukken is hoe omgegaan moet worden met het 'gat' dat is ontstaan tussen groepen waarvoor actief en ongevraagd de mogelijkheid tot vaccinatie wordt geboden (bijvoorbeeld als onderdeel van het *Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie Volwassenen*) en vaccinaties waarvoor geen programmatisch aanbod bestaat, maar waarbij individuen met een gevorderde leeftijd wel een verhoogd risico lopen op gezondheidsschade door een infectieziekte. Het mag verwacht worden dat wanneer blijkt dat een vaccinatie voor bepaalde (leeftijdsgroepen (kosten)effectief blijkt te zijn, hier ook voorzieningen voor worden getroffen.

5.3.3

Oplossingsrichtingen

Er lijkt aanleiding om te bekijken hoe voor de hierboven beschreven groepen patiënten vaccinatie alsnog kan worden vergoed. Daarnaast lijkt het wenselijk om de begrippen *verhoogd risico*, *risicofactor* (tevens in het kader van leeftijd), *gezondheidsschade* en *individuele zorgvraag* in het kader van vaccinatiezorg nader te definiëren om vergelijkbare problemen met vergoeding in de toekomst³¹ te voorkomen.

Een groep die vooralsnog buiten de reikwijdte van de Zvw valt is de groep die wordt gevaccineerd ter bescherming van de gezondheid van anderen

(‘cocooning’). Omdat het om een goed gedefinieerde en relatief beperkte groep gaat, zorg betreft die is aangewezen aan de verzekerde risicodragers en is beschreven in richtlijnen van beroepsgroepen, zou het voor de hand liggen deze zorg uit de basisverzekering te vergoeden. Echter zal dan nader moeten worden onderzocht of hiervoor aanpassing van de wetgeving nodig is.

5.4 **De eigen bijdrage voor vaccins wordt niet eenduidig en correct toegepast.**

5.4.1 *Probleemomschrijving*

Een extramuraal geneesmiddel wordt alleen vergoed als het is opgenomen in het GVS. De hoogte van de vergoeding hangt af van de lijst waarop deze middelen worden geplaatst. Onderling vervangbare geneesmiddelen worden in één cluster geplaatst op bijlage 1A. Hierbij kan een vergoedingslimiet gelden. Elk cluster bevat tenminste één geneesmiddel dat zonder eigen bijdrage van de patiënt kan worden verkregen. Unieke geneesmiddelen komen op bijlage 1B. De geneesmiddelen op deze lijst hebben géén vergoedingslimiet. Het blijkt dat er op de bijlage 1A clusters bestaan met slechts één geneesmiddel, waarvoor soms een eigen bijdrage wordt gevraagd. Dit worden ‘spookclusters’ genoemd. Binnen de vaccinaties is bij het pneumokokkenpolysaccharide vaccin Pneumovax 23, sprake van een spookcluster waar een eigen bijdrage voor gevraagd wordt. Dit kan een drempel vormen voor patiënten om zich te laten vaccineren. Te meer omdat dit vaccin bij veel patiënten elke 5 jaar moet worden herhaald. Dit leidt mogelijk tot ongelijke behandeling en geeft onduidelijkheid bij patiënten en zorgverleners.

5.4.2 *Onderbouwing*

Uit de signaalanalyse komt naar voren dat patiënten uit een medische risicogroep een eigen bijdrage moeten betalen voor Pneumovax 23. Dit komt bovenop het mogelijk resterende eigen risico. In 2021 geldt voor Pneumovax 23 een eigen bijdrage van gemiddeld €12,70.³² Uit de SFK data blijkt dat dit bedrag per persoon in 2019 iets lager lag: gemiddeld betaalde de patiënt een eigen bijdrage van €9. Wanneer dit vaccin wordt gegeven in het kader van het Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie Volwassenen (NPPV)³³ zijn er geen extra kosten voor de patiënt. Bij een verdere analyse blijkt dat er in het geval van Pneumovax 23 sprake is van een spookcluster, er is slechts één geneesmiddel (met twee toedieningsvormen) dat onder cluster ‘0J07ALAP’ staat vermeld in bijlage 1A van de Regeling zorgverzekeringen. De eigen bijdrage zou daarmee mogelijk onterecht worden gevraagd. In het recent verschenen rapport *Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend*² draagt de RVS de eigen bijdrage voor bepaalde vaccins aan als knelpunt.

³² Medicijnkosten.nl. Geraadpleegd via:

<https://www.medicijnkosten.nl/medicijn?artikel=PNEUMOVAX+23+INJVLST+WWSP+0%2C5ML&id=d4fcc53e8ec98e96c0b163360e848823>

³³ In oktober 2020 is gestart met het Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie Volwassenen (NPPV), uitgevoerd door de huisarts en in de zorginstellingen. De SNPG biedt hierbij de nodige begeleiding en ondersteuning, net zoals bij de griepvaccinatie. Op advies van de Gezondheidsraad heeft de minister van VWS besloten alle 60- tot en met 75-jarigen eens in de vijf jaar op te roepen voor een vaccinatie tegen de pneumokokken-bacterie. Niet iedereen wordt tegelijk uitgenodigd. Men krijgt een uitnodiging in het jaar dat men 60, 65, 70 of 75 jaar wordt. Mede door de coronacrisis is er voor gekozen om te starten met de hoogste leeftijdscategorie. Het vaccin is na 5 jaar uitgewerkt. De herhaalde vaccinatie na 5 jaar zorgt opnieuw voor bescherming.

5.4.3

Oplossingsrichtingen

VWS is voornemens om spookclusters in het GVS op te heffen door de middelen zo mogelijk te clusteren, als ze onderling vervangbaar zijn met andere middelen. Zorginstituut Nederland is gevraagd om te adviseren over het clusteren van bepaalde (groepen van) onderling vervangbare geneesmiddelen in het GVS. Wanneer dit niet mogelijk is wordt bekeken of de geneesmiddelen in bijlage 1B moeten worden opgenomen. Hierbij wordt ook Pneumovax 23 meegenomen. Dit advies wordt in het tweede kwartaal van 2021 verwacht.

6 Uitvoering

In dit hoofdstuk bespreken we de geïdentificeerde problemen en hun oplossingsrichtingen met betrekking tot de uitvoering van de vaccinatiezorg voor medisch risicogroepen. Alleen de meest zwaarwegende problemen zijn in detail besproken. Dit betreft de problemen die een veronderstelde *grote* impact en/of *lagere* complexiteit hebben. De resterende problemen komen beknopt aan het einde van het hoofdstuk aan de orde.

6.1 Ontbreken van een centraal vaccinatieregistratiesysteem

6.1.1 *Probleemomschrijving*

Om de juiste vaccinatiezorg te kunnen bieden is een adequate registratie van de vaccinatiestatus van patiënten onontbeerlijk. Tot op heden is hiervoor het *gele* – en in een ver verleden *blauwe* – vaccinatieboekjes voor handen. Dit “vaccinatiepaspoort” is het internationale bewijs van inenting. In het boekje kunnen vaccinaties voor bijvoorbeeld gele koorts, DTP, hepatitis A en B in geregistreerd worden, maar ook kan hier de coronavaccinatie aan toegevoegd worden.³⁴ Een van de grootste problemen van het gele boekje is dat het onpraktisch is in gebruik en daarom grotendeels in onbruik is geraakt. Ook bleek recent dat sommige GGD'en helemaal geen gebruik meer maken van het gele boekje en dat zij de coronavaccinatie weigeren bij te schrijven.³⁵

Het ontbreken van een centraal vaccinatieregistratiesysteem leidt ertoe dat de actuele vaccinatiestatus niet altijd inzichtelijk is voor patiënten en zorgverleners. Voor patiënten is het bijvoorbeeld moeilijk in te schatten wanneer zij voor het laatst zijn ingeënt tegen tetanus na het oplopen van een open wond. Vaak zullen zorgverleners in dit soort situaties het zekere voor het onzekere worden genomen en patiënten nogmaals vaccineren. Hoewel het mogelijk is voor individuele zorginstellingen (o.a. binnen de JGZ, GGD, arbodiensten en reizigersvaccinatiecentra), ziekenhuizen en huisartsen om binnen hun eigen medisch dossier de vaccinatiestatus vast te leggen, communiceren deze systemen vooralsnog niet. In de praktijk gaat de correspondentie altijd nog per (digitale) brief en is de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, organisaties en patiënten beperkt. Hierdoor is essentiële informatie, die goede vaccinatiezorg mogelijk maakt, niet altijd voorhanden.

6.1.2 *Onderbouwing*

Bij de raadpleging van experts uit het veld kwam naar voren dat de zorginhoudelijke beroepsverenigingen en kennisinstituten het ontbreken van een centraal registratiesysteem als knelpunt ervaren. Specifiek zou er meer aandacht moeten zijn voor de vaccinatiehistorie van patiënten wanneer deze bij een medisch specialist onder behandeling komen. Dat gebeurt te vrijblijvend en deze is daarom nu ook vaak onvoldoende opgenomen in de het medisch dossier. Eventueel zou nu al wel via het Landelijk Schakelpunt kunnen worden achterhaald welke vaccinaties zijn verstrekt. Echter heeft dit systeem zijn beperkingen: weinig patiënten maken er gebruik van doordat

³⁴ Geraadpleegd via: <https://www.sdu.nl/over-sdu/producten-diensten/formulieren/mijnvaccinatieboekje>

³⁵ NOS. Niet iedere GGD registreert coronavaccinatie in het gele boekje. 10 mei 2021. Geraadpleegd via: <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2380218-niet-iedere-ggd-registreert-coronavaccinatie-in-het-gele-boekje>

de aanmelding voor iedere betrokken zorgverlener nodig is, het systeem alleen uitgiftegegevens van *openbare* apotheken bevat en omdat niet alle zorgverleners op het systeem zijn aangesloten.

De RVS stelt in het recent verschenen rapport *Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend*² vast dat huidige vaccinatieboekje niet volstaat. De RVS vindt het opmerkelijk dat burgers en zorgprofessionals voor vaccinatiegegevens nog moeten vertrouwen op papier. Ook stelt de RVS dat de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners, organisaties, opdrachtgevers en de patiënt niet optimaal verloopt. Hierdoor is essentiële informatie voor goede zorg niet voorhanden. Dit geldt overigens beide voor zorggegevens in het algemeen als mede voor de gegevensuitwisseling over de vaccinatiezorg.

6.1.3 *Oplossingsrichtingen*

Het is wenselijk om beschikking te hebben over een centraal digitaal registratiesysteem, waarin de vaccinatiegegevens van elke burger wordt bijgehouden. Aangezien vaccinatie een domein overstijgende zorgvorm is en gedurende het gehele leven plaatsvindt, is het belangrijk dat deze systemen voor alle betrokken partijen toegankelijk zijn. In een dergelijk systeem moet informatie zijn opgenomen over de vaccinaties van medische risicogroepen, vaccinatie in het kader van het RVP, reizigersvaccinaties, griep- en pneumokokkenvaccinatie en beroepsvaccinaties.

Er lopen op dit moment verschillende initiatieven die (gedeeltelijk) kunnen voorzien in een oplossing. Het is het meeste voor de hand liggend om de vaccinatiegegevens op te nemen in de nog in te richten Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO).³⁶ Binnen deze omgeving zou het mogelijk moeten zijn om op een veilige manier de informatie van verschillende zorgverleners in te zien en te koppelen. Voordeel van deze benadering is dat dit systeem ook veel bredere ondersteuning biedt voor andere gezondheidsgegevens. De PGO is echter nog niet in gebruik.³⁷ Daarnaast zijn er systemen (in ontwikkeling) die specifiek ingezet kunnen worden voor het registreren van vaccinatiegegevens. In Vlaanderen bestaat bijvoorbeeld de digitale vaccinatiekaart.³⁸ Hierin worden alle vaccinaties die door huisartsen, medisch specialisten, preventiediensten en de basisvaccinaties (equivalent van het RVP) geregistreerd. In Nederland werkt het RIVM aan een registratiesysteem. Via MijnRIVM wordt in eerst instantie het verkregen vaccin tegen COVID-19 inzichtelijk gemaakt. Later in 2021 kan via dit portaal ook informatie over de verkregen RVP-vaccinaties worden geraadpleegd. Overige vaccinaties worden vooralsnog niet opgenomen binnen dit systeem.³⁹

6.2 **Regionale verschillen uitvoering vaccinatiezorg**

6.2.1 *Probleemomschrijving*

In Nederland zijn medisch specialisten en huisartsen hoofdzakelijk verantwoordelijk voor het uitvoeren van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. De zorg wordt dus – wanneer deze voldoet aan de hieraan

³⁶ Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 januari 2021, 1798759-215910-PG. Geraadpleegd via: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2021/01/28/kamerbrief-verder-met-vaccineren/Kamerbrief+over+actieplan+Verder+met+Vaccineren.pdf>

³⁷ <https://www.pgo.nl/>

³⁸ <https://www.vlaanderen.be/vaccinatiekaart>

³⁹ <https://www.rivm.nl/mijnrivm-vaccinaties>

gestelde voorwaarden – vergoed vanuit de basisverzekering. In sommige regio's wordt de zorg ook (gedeeltelijk) door GGD'en verzorgd. Op zich is het positief dat er lokale initiatieven ontstaan om de vaccinatiezorg te verbeteren, maar er kunnen ook nadelen aan kleven. De noodzaak voor dergelijke initiatieven duiden op een tekortkoming van een eenduidig en landelijk beleid. Ten eerste leiden deze initiatieven mogelijk tot toegankelijkheidsverschillen (per regio). Dit verschil ontstaat doordat medisch specialisten, huisartsen en GGD'en op basis van verschillende waarden (bijvoorbeeld vanuit gezondheidswinst, het tegengaan van gezondheidsverschillen en het beschermen van de volksgezondheid) ook verschillend handelen. In sommige regio's is het primair de medisch specialist die verantwoordelijk is, in andere regio's juist weer de huisarts of de GGD. Sommige GGD'en zijn bereid vaccinaties aan medische risicogroepen te geven omdat het gezondheidswinst oplevert. Andere GGD'en doen dit niet omdat het direct raakt aan deze toegankelijkheidsverschillen. Deze verschillen leiden tot onduidelijkheid bij behandelaren en met name bij patiënten. Daarnaast betekent dit ook dat medisch specialistische of huisartsenzorg wordt verschoven naar zorginstanties die belast zijn met andere taken en ook anders gefinancierd worden.⁴⁰

6.2.2

Onderbouwing

Vanuit de raadpleging van experts kwam naar voren dat er een aantal regio's is waar de GGD een rol heeft in het vaccineren van patiënten met een medische indicatie. In Noord-Brabant worden patiënten van de MDL met bijvoorbeeld een auto-immuunziekte in sommige ziekenhuizen verwezen voor een vaccinatiecheck gericht op een inventarisatie van de basisimmunitet en toekomstige vaccinatiebehoeften vanuit werk en reizen.⁴¹ Voor de daadwerkelijke vaccinatie gaan deze patiënten dan naar de GGD of eigen huisarts. In Gelderland kunnen medisch specialisten en huisartsen patiënten met een verstoorde afweer of een 'cochleair implantaat' doorverwijzen voor vaccinatie naar de GGD.⁴² Deze zorg wordt vaak aangeduid met 'vaccinaties op maat'. Helaas leidt deze werkwijze veelvuldig tot problemen met de vergoeding van de geleverde zorg, waardoor patiënten vaak zelf de kosten dragen. Andersom verwijzen GGD'en op hun beurt soms (groepen) patiënten, die in verband met een buitenlandreis moeten worden gevaccineerd, door naar de reumatoloog omdat de zorg op deze manier dan wel vergoed zou worden. Samengenomen is het vaccineren van medische risicogroepen door de GGD nog in ontwikkeling en lijkt voorsnog niet optimaal te functioneren.

De RVS stelt in het rapport *Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend*² tevens vast dat er door de huidige betrokkenheid van de GGD in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen onbedoelde verschillen in de toegang ontstaan. Ook voert de RVS aan dat een overkoepelende visie op de wijze waarop verschillende zorgverleners omgaan met het verzoek om 'vaccinaties op maat' zou helpen.

⁴⁰ Taken die GGD'en vanuit het oogpunt van infectieziektebestrijding uitvoeren worden vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) bekostigd. De Wpg regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren.

⁴¹ Geraadpleegd via: <https://www.ggdreisvaccinaties.nl/actueel/vaccinatiecheck-bij-auto-immuunziekte>

⁴² Hoefnagel J, Sonder G, Visser L. Afweeronderdrukker beperkt vaccinatieopties. Medisch Contact. 22 juni 2016. Geraadpleegd via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/afweeronderdrukker-beperkt-vaccinatieopties.htm>

Er is een duidelijke samenhang met eerder beschreven problemen. Er lijkt een bredere tendens te bestaan in het doorschuiven van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen tussen verschillende specialismen (van de medisch specialist naar de huisarts) en instanties (medisch specialist/huisarts naar GGD en andersom). Verschillende oorzaken zijn al beschreven: versnippering van de kenbaarheid van de vaccinatiezorg, het ontbreken van domeinoverstijgende en transmurale werkafspraken, verschillen en problemen in bekostigingsmogelijkheden en een kennisgebrek bij behandelaren. Deze oorzaken lijken ook ten grondslag te liggen aan het hier beschreven probleem. Bovenliggend lijkt het gebrek aan een breed gedragen beleidsopvatting ten aanzien van de vaccinatie van medische risicogroepen ervoor te zorgen er geen duidelijke regiehouder is.

6.2.3 *Oplossingsrichtingen*

De rol van de GGD bij de vaccinatie van medische risicogroepen is gezien de missie en taken, en de huidige bekostigingsbron van deze dienst misschien niet voor de hand liggend. Daarbij gaat het om regionale initiatieven die daarmee toegankelijkheidsverschillen tot noodzakelijke zorg in de hand werken. Dit soort toegankelijkheidsverschillen zijn niet wenselijk. Aan de andere kant zijn deze initiatieven uit 'nood' geboren en voldoen daarmee aan een vraag vanuit medisch specialisten, huisartsen en patiënten. Wie welke verantwoordelijkheid moet krijgen is voornamelijk niet duidelijk. Het is daarom van belang om tot breed gedragen (landelijke) beleidsopvatting ten aanzien van de vaccinatie van medische risicogroepen te komen. Het is wenselijk om hierin naast de rol van de medisch specialisten en huisartsen, ook de rol van de GGD mee te nemen. Zij hebben immers veel ervaring opgedaan met vaccineren binnen het RVP, maar ook in het kader van reizigers- en beroepsvaccinaties. Ten tijde van de coronacrisis is deze basis alleen maar verder versterkt.

Verder kan ook worden gedacht aan een centraal georganiseerd en compleet aanbod van vaccinaties voor volwassenen, zowel voor volwassenen met en zonder een medische indicatie. Een dergelijk 'Rijksvaccinatieprogramma voor volwassenen' is als oplossingsrichting gesuggereerd door meerdere stakeholders, waaronder de RVS.

6.3 **Verschillen in vergoeding tussen zorgverzekeraars**

6.3.1 *Probleemomschrijving*

Uniformiteit in het vergoedingsbeleid van zorgverzekeraars voor vaccins is belangrijk. Echter lijken verzekeraars niet geheel consequent in het naleven van vergoedingsvoorwaarden. Hierbij lijkt soms ook gebruik te worden gemaakt van een coulanceregeling. Hoewel dit vermoedelijk met de beste bedoelingen is, leidt het tot willekeur. Een gevaar is dat dit afdoet aan een inzichtelijk en eerlijk vergoedingsbeleid voor vaccinaties, waarbij er onduidelijkheid over vergoedingsstatus van vaccinaties bij behandelaren en patiënten ontstaat. Door deze verschillen tussen zorgverzekeraars wordt ook een verschil in de toegankelijkheid van zorg gecreëerd.

Met betrekking tot extramuraal verstrekte geneesmiddelen is afgesproken dat verzekeraars de taak hebben om te controleren op de voorwaarden voor de geneesmiddelen opgenomen op bijlage 2 van de regeling zorgverzekering. De minister laat het aan de zorgverzekeraars over hoe zij dat doen. Niet voor elk middel op bijlage 2 is een uitvoerige controle noodzakelijk: om de administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken is

voor een beperkt aantal bijlage-2-geneesmiddelen een formulier nodig. Hierbij zijn er vier mogelijkheden (zie Kader 4). Vaccins vallen allemaal onder groep 1, wat betekent dat er geen toetsing nodig is en declaratie plaatsvindt op basis van het recept.

Kader 4. Groepen die worden onderscheiden bij het controleren op de voorwaarden voor vergoeding

Groep 1: geen toetsing. Voor deze geneesmiddelen is geen toetsing (meer) nodig. De apotheker hoeft de voorwaarden niet te controleren: declaratie vindt plaats op basis van het recept.

Groep 2: apotheekinstructie. Dit betekent dat de voorschrijver geen formulier hoeft in te vullen, de apotheek voert wel een eenvoudige controle uit m.b.v. de apotheekinstructie of er ten laste van de zorgverzekeraar afgeleverd kan worden.

Groep 3: artsenverklaring en apotheekinstructie: Bij deze geneesmiddelen dient de voorschrijver een artsenverklaring in te vullen, om (zelf) te beoordelen of de verzekerde voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden. De apotheker controleert of het formulier volledig is ingevuld en ondertekend en doet soms nog aanvullende controles o.b.v. de apotheekinstructie. Vervolgens wordt al dan niet ten laste van de zorgverzekeraar afgeleverd.

Groep 4: bij uitzondering is een uniform beleid via deze formulieren niet mogelijk. Op dit moment betreft dat een aantal PAH geneesmiddelen en de anticonceptiemiddelen. Op de website van de individuele zorgverzekeraar staat aangegeven hoe met geneesmiddelen in deze groep wordt omgegaan.

Bron: Zorgverzekeraars Nederland. Formulieren: Farmacie. Geraadpleegd op 29 april 2021 via: <https://www.znformulieren.nl/formulieren>

6.3.2

Onderbouwing

Vanuit de signaalanalyse komt naar voren dat verzekeraars sommige vaccinaties, die niet zijn opgenomen in het GVS, soms vergoeden vanuit coullance. Dit betekent dat een verzekeraar in een individueel geval kan kiezen om een vaccinatie voor een verzekerde toch te vergoeden vanuit eigen budget.

Bij de raadpleging van experts komt naar voren dat zowel huisartsen als medisch specialisten wisselende vergoeding per verzekeraar ervaren. Soms wordt na afwijzing middels een brief aan de verzekeraar aanspraak gedaan op coullance. Dit is echter tijdrovend en wordt daarom veelal achterwege gelaten. Dat veel aanvragen voor extramurale verstrekking van vaccins worden afgewezen wordt ook beaamt door ZN.

Voor apothekers is het vaak onduidelijk wat de indicatie is, deze staat vaak niet of onvolledig op het recept vernoemd. Daardoor kan controle op basis van het recept niet plaatsvinden. Vervolgens levert het vergoedingstraject apothekers veel administratief werk op, zoals het invullen van een machtigingsformulier. In praktijk worden de aanvragen vaak afgewezen en moeten patiënten het vaccin nadien dan alsnog zelf betalen. Dit proces neemt veel tijd in beslag en schept onduidelijkheid. Patiënten wordt daarom gevraagd het bedrag voor te schieten of helemaal zelf te betalen. Het is niet duidelijk waarom er gebruik wordt gemaakt van machtigingsformulieren,

aangezien de controle enkel op basis van het recept hoeft te gebeuren.

6.3.3

Oplossingsrichtingen

Binnen het bestek van dit advies hebben wij geen onderzoek kunnen verrichten naar de redenen voor het verschil in het hanteren van vergoedingscriteria door zorgverzekeraars. Hierover moet eerst duidelijkheid komen alvorens er concrete oplossingsrichtingen kunnen worden opgemaakt. Over dit onderwerp moet met de zorgverzekeraars worden gesproken. Helaas is ook hier weer zichtbaar dat door problemen met de vergoeding van vaccins, de zorg of verantwoordelijkheid wordt verschoven tussen behandelaars en uiteindelijk naar de patiënt.

6.4

Overig geïdentificeerde problemen

De onderstaande problemen zijn slechts beperkt beschreven. Hiervoor is gekozen omdat het knelpunten zijn die waarschijnlijk maar in geringe mate bijdragen aan het probleem van suboptimale vaccinatiezorg voor medische risicogroepen.

Zo kwam naar voren dat het lastig is om vaccinaties voor bepaalde indicaties tijdig te geven. Dit gaat onder andere om patiënten die starten met immunosuppressiva. Het is wenselijk om geïndiceerde vaccinaties voor het starten van de behandeling toe te dienen. Dit leidt echter tot logistieke problemen, waardoor behandeling moet worden uitgesteld. In de praktijk leidt dit ertoe dat patiënten de vaccinaties niet ontvangen. Dit probleem heeft veel samenhang met andere problemen, zoals de versnippering van de kenbaarheid van de vaccinatiezorg, een kennisachterstand bij behandelaren, problemen met vergoeding en de rolverdeling in de vaccinatiezorg. Een eenvoudige oplossing is daarom ook niet voorhanden.

Als laatste lijkt het voor apotheken niet altijd haalbaar is om voldoende voorraad aan te houden van de verschillende vaccins. Vaccins worden – op een paar vaccins na – meestal ad hoc ingekocht. Hoewel wij zelf geen signalen hebben gekregen dat dit probleem speelt, is het mogelijk wel een knelpunt ten aanzien van de fragmentatie van het huidige vaccinatiebeleid voor medische risicogroepen.

7 Conclusie en aanbevelingen

7.1 **Belangrijkste bevindingen**

Binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen zijn veel verschillende belanghebbenden betrokken, waardoor de planning, organisatie en uitvoering van deze vaccinatiezorg in Nederland complex is. De behandeling van deze patiënten vindt plaats door zowel de huisarts, een aantal medische specialisten en soms de GGD. De betrokkenheid van verschillende behandelaren en stakeholders vertaalt zich tevens in het grote aantal richtlijnen dat aanbevelingen geeft over de vaccinatie van medische risicogroepen. Dit betekent dat beschrijving van wat goede vaccinatiezorg behelst, is versnipperd en daarmee moeilijk vindbaar is. Daarnaast is niet afgesproken wie welke verantwoordelijkheid draagt: er bestaan geen transmurale en domeinoverstijgende werkafspraken. Hoewel de meeste richtlijnen kwalitatief en inhoudelijk op orde zijn, nemen de aanbevelingen voor vaccinatie geen prominente plek in. Er bestaat slecht één richtlijn ('Landelijke adviezen voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen') die vanuit het oogpunt van de vaccinatie van een medische risicogroep is opgesteld. Daarbij lijken behandelaren soms onvoldoende kennis te hebben van de inhoud van de richtlijnen, maar ook van de vergoedingsmogelijkheden voor vaccinaties. Hierdoor lopen patiënten nu vaccinaties mis. Oorzaken hiervan zijn onder andere dat preventie geen prioriteit heeft, er geringe aandacht is voor het onderwerp in de medische (vervolg)opleiding, dat behandelaren denken dat vaccinatie niet effectief zijn en dat de beschikbare tijd tijdens het consult niet voldoende is om de vaccinatie te geven.

Naast de versnippering van het vaccinatielandschap zijn er ook problemen met de betaalbaarheid van de zorg. Zo is de bekostiging en vergoeding van aangewezen vaccinaties niet voldoende gewaarborgd. Jaarlijks worden bijvoorbeeld extramuraal verstrekte vaccins van meer dan 100.000 patiënten niet vergoed. Ook is er in de huidige DBC structuur geen ruimte voor vergoeding van vaccinaties. Dit heeft tot gevolg dat zorg van het ziekenhuis naar de huisarts en GGD wordt verschoven, ziekenhuizen vaccinaties soms vanuit "eigen" middelen bekostigen, er lokale initiatieven en samenwerkingsverbanden ontstaan (met regionale toegankelijkheidsverschillen voor patiënten als gevolg), zorgverzekeraars geregeld de kosten voor vaccinaties binnen hun coulanceregeling opvangen en dat patiënten noodzakelijk vaccinaties soms niet helemaal niet ontvangen.

Om tot een duurzame verbetering van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen te komen moet er aandacht gegeven moeten worden aan de versnippering van het vaccinatielandschap en de problemen met de vergoeding en bekostiging van de vaccinatiezorg. Wij denken dat de hieronder beschreven aanbevelingen sterk zullen bijdragen aan het realiseren van deze verbetering.

7.2 **Aanbevelingen**

7.2.1 *Regie en verantwoordelijkheid*

In Nederland is er geen landelijk beleid over de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Vaak is onduidelijk wie de regie en

verantwoordelijkheid heeft: is dit de medisch specialist, de huisarts, de GGD of een andere instituten, zoals het RIVM? Dit verschilt nu veelal per zorgverlener, ziekenhuis of regio. Uiteindelijk heeft dit als gevolg dat patiënten die vanuit een medisch risico baat hebben bij vaccinatie deze zorg niet altijd ontvangen en dat het ontvangen van deze zorg afhankelijk is van de zorgverlener of van de regio waar de patiënt woont. Het is daarom noodzakelijk dat er een breed gedragen en landelijke visie wordt gevormd waarin afspraken staan over de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners.

7.2.2

Zorgpad vaccinatiezorg medische risicogroepen

Fragmentatie van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen leidt ertoe dat gezondheidswinst onbenut blijft. Het is van belang dat deze zorg een eenduidige en vaste structuur krijgt, die richting geeft aan de te volgen routes voor zowel advies, follow-up en uitvoering van het vaccinatieconsult. Dit geeft duidelijkheid voor zowel de behandelaar als de patiënt en voorkomt gezondheidsverschillen door variatie in toegankelijkheid van vaccinatiezorg. Mede afhankelijk van te maken keuzes voor de regie en verantwoordelijk van de vaccinatiezorg, zijn hiervoor meerdere oplossingsrichtingen mogelijk, waarbij verschillende facetten moeten worden gewaarborgd:

- **waarborgen kennis en kenbaarheid goede vaccinatiezorg:** het verbeteren van kennis van vaccinatierichtlijnen onder behandelaren, het bevorderen van kennisoverdracht naar medische risicogroepen en het centraliseren van richtlijnen en patiënten informatie;
- **waarborgen kennisoverdracht behandelaren:** het ontwikkelen van een centraal vaccinatieregistratiesysteem;
- **waarborgen uitvoering vaccinatiezorg:** het ontwikkelen van een uniform vaccinatiebeleid voor medische risicogroepen;
- **waarborgen toetsing vergoedingscriteria:** zorgen voor eenduidigheid in de toepassing van de indicatievoorwaarden en coulancregeling door zorgverzekeraars.

7.2.3

Eenduidige routes voor vergoeding van vaccinaties

Onduidelijke vergoedingsroutes van vaccinaties leiden tot beperktere toegankelijkheid van vaccinatiezorg bij medische risicogroepen. Eén van de knelpunten hierbij is het ontbreken van een vergoedingsaanvraag voor het vaccin, waardoor het niet in het GVS is opgenomen. Indien de patiënt naar de eerste lijn wordt doorverwezen voor de vaccinatie, krijgt de patiënt deze niet vergoed. Binnen Zorginstituut Nederland zijn er initiatieven gaande om het indienen en beoordelen van vergoedingsaanvragen te optimaliseren, zoals:

- het indienen van vergoedingsaanvragen voor vaccins ook mogelijk te maken voor medische beroepsverenigingen;
- het verwijzen naar richtlijnen in de bijlage-2-voorwaarden van het GVS zodat alle medische risicogroepen die in de richtlijnen geïndiceerd zijn voor een vaccinatie deze vergoed krijgen. Een voorwaarde is dan wel dat de richtlijnen voldoende wetenschappelijk zijn onderbouwd.

Daarnaast zijn er signalen dat een meer passende interpretatie van geïndiceerde preventie binnen de Zvw ertoe kan leiden dat medische risicogroepen die nu tussen wal en schip vallen (bijvoorbeeld zwangeren, patiënten met een immuundeficiëntie, en ouderen) ook in aanmerking zou

kunnen laten komen voor vergoeding van de geïndiceerde vaccinaties. In de uitwerking is het echter noodzakelijk om te bepalen wat de gevolgen hiervan zijn voor andere vormen van preventie.

7.3

Bijdrage Zorginstituut Nederland

Dit adviesrapport is een eerste stap in het inzichtelijk maken van de knelpunten binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Zorginstituut Nederland kan in het vervolgtraject fungeren als 'procesarchitect'. Het kan daarin helpen bij het agenderen en het bij elkaar brengen van de betrokken partijen. Gezamenlijk kan dan een begin worden gemaakt met de verbetering van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Het vormen van een werkgroep bestaande uit de belangrijkste betrokken partijen op basis van invloed, leiderschap, en belang bij uitkomsten van dit adviesrapport kan daarbij raadzaam zijn. Hoewel Zorginstituut Nederland dit proces kan begeleiden zal de uitvoering uiteindelijk bij de betrokken zorgverleners en organisaties liggen.

Bijlagen

Bijlage 1: Signaalanalyse

Bijlage 2: Stakeholderanalyse

Bijlage 3: Richtlijnanalyse

Bijlage 4: Analyse farmaceutische kengetallen extramurale vergoeding vaccins

Bijlage 5: Stakeholderinterviews

Bijlage 1. Signaalanalyse

Signaalanalyse van de knelpunten binnen het vaccinatielandschap van medische risicogroepen

Aanleiding voor het onderzoek

Het eerste doel van het advies over het vaccinatielandschap van medische risicogroepen is het in kaart brengen van de knelpunten die ertoe leiden dat het vaccineren op basis van een medische indicatie geen doorgang kan vinden. Bij het opstellen van de uitvoeringstoets voor dit advies heeft Zorginstituut Nederland reeds een globale oriëntatie verricht over signalen met betrekking tot knelpunten bij de vaccinatie van medische risicogroepen. Dit is echter onvoldoende om uitspraken te kunnen doen over de precieze aard van de bestaande knelpunten, zoals welke medische risicogroepen en welke vaccinaties het betreffen. Om een beter gefundeerd beeld te krijgen van de knelpunten die worden ervaren door patiënten, zorgprofessionals en andere stakeholders is het daarom wenselijk om een brede en meer systematische aanpak te kiezen. Om een compleet beeld te krijgen is het noodzakelijk om te evalueren welke signalen Zorginstituut Nederland met betrekking tot dit soort knelpunten heeft binnengekregen.

Methode

Onderzoeksvraag

Waar lopen patiënten, zorgprofessionals en andere stakeholders tegen aan, waardoor het vaccineren op basis van een medische indicatie in het kader van geïndiceerde preventie geen doorgang vindt?

Doelstelling

Het identificeren van knelpunten die door patiënten, zorgprofessionals en andere stakeholders zijn gerapporteerd aan Zorginstituut Nederland, om inzicht te krijgen in de meest relevante problematiek.

Gegevensverzameling

Ten eerste, zijn er signalen verzameld uit interne bronnen binnen Zorginstituut Nederland. Dit betreft meldingen vanuit de telefonische helpdesk en het contactformulier van de corporate websites van Zorginstituut Nederland, Farmacotherapeutisch Kompas, Medicijnkosten.nl en de Horizonscan Geneesmiddelen.⁴³ Hierbij is gezocht naar meldingen die zijn geregistreerd in het centrale service management systeem (TopDesk) tussen 1 januari 2017 en 31 oktober 2020 met het trefwoord 'vaccin' of 'vaccinatie'. Daarnaast hebben we signalen verzameld die medewerkers van Zorginstituut Nederland op individuele basis toegezonden hebben gekregen, zonder dat er van tijdsbegrenzing sprake was.

Wij hebben alleen zorginhoudelijke signalen meegenomen, dat wil zeggen dat alleen medisch- of zorginhoudelijke vragen van een zorgvrager of zorgverlener zijn meegenomen. Algemene (niet-casus gebonden) meldingen of meldingen over foutieve medicijnprijzen of bijsluiterteksten hebben we

⁴³ Contactformulieren op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/contact/contactformulier>; <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/algemeen/contact>; <https://www.medicijnkosten.nl/contact>; <https://www.horizonscangeneesmiddelen.nl/contact>;

meegenomen in deze analyse.

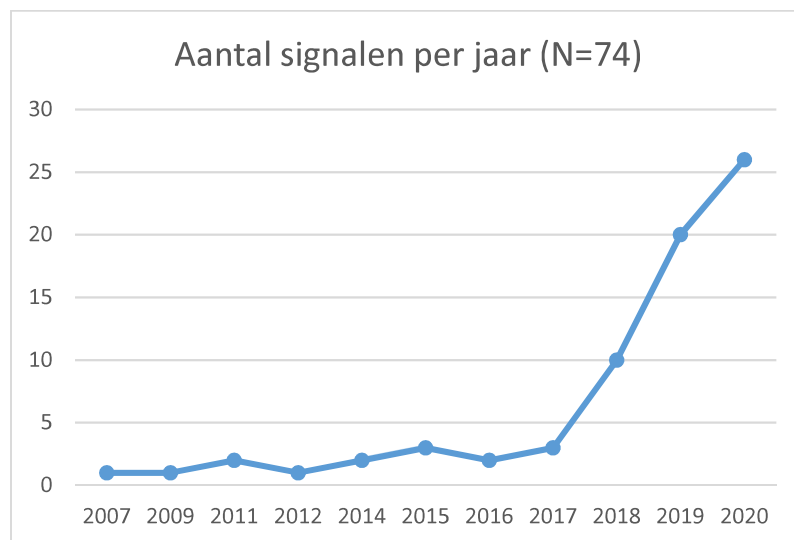
Naast deze historisch verzamelde signalen, zijn stakeholders actief benaderd om actuele en aanvullende signalen te verzamelen omtrent de door hen ervaren knelpunten. De resultaten hiervan worden besproken in Bijlage 5.

Resultaten

Aantal signalen

In totaal hebben we tussen 2007 en 2020 74 signalen gevonden. In sommige signalen noemt de signaalgever meerdere vaccins (maar altijd wel één indicatiegroep): gemiddeld 1,4 vaccin per signaal. Vanaf 2007 tot heden is er een toename in het aantal ontvangen signalen (Figuur 1). In 2017 kwamen er slechts drie signalen binnen met betrekking tot vaccinaties. Dit aantal neemt toe tot zesentwintig signalen in 2020.

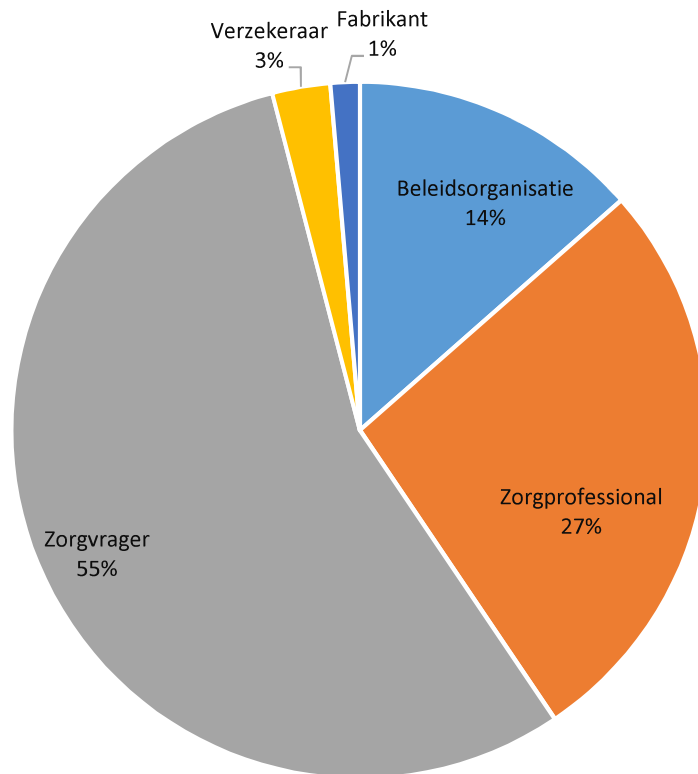
Figuur 1. Aantal ontvangen signalen met betrekking tot vaccinaties per jaar in het service managementsysteem van Zorginstituut Nederland.



Signaalgever

De helft van de signalen (41/74; 55%) is afkomstig vanuit een zorgvrager (burgers/patiënten) (Figuur 2). Een kwart is afkomstig van zorgprofessionals die direct bij de vaccinatiezorg betrokken zijn (20/74; 27%). Enkele signalen zijn door beleids- en kennisinstituten afgegeven (10/74; 14%).

Figuur 2. Overzicht soort signaalgever (N=74)



Indicaties

In totaal hebben we 18 verschillende indicatiegroepen (doelgroepen) geïdentificeerd. Het grootste deel van de signalen betreft patiënten met (functionele) hyposplenie of asplenie (n=24, 32%), en patiënten met een verminderde afweer door onder andere het gebruik van immunosuppressiva, orgaantransplantatie of een hematologische aandoening (n=12, 16%) (Tabel 1). Van één kwart (n=19) van de signalen is de doelgroep niet duidelijk op te maken vanuit de melding.

Tabel 1. Overzicht van genoemde indicaties

Indicatie	Aantal signalen	Percentage
Patiënten met (functionele) hyposplenie of asplenie	24	32%
Onbekend	19	26%
Patiënten met een verminderde afweer	12	16%
Kinderen	3	4%
Patiënten met verwondingstrauma	2	3%
Patiënten die een medische indicatie hebben voor pneumokokkenvaccinatie	2	3%
Patiënten die in aanmerking komen voor pneumokokken vaccinatieprogramma	1	1%

Patiënten met doorgemaakte COVID-19	1	1%
Bedrijfsvaccinaties	1	1%
Patiënten met recidiverende pneumonie	1	1%
Reizigers	1	1%
Patiënten met doorgemaakte baarmoederhalskanker	1	1%
Patiënten met Fanconi Syndroom	1	1%
Patiënten met ernstige nierfunctiestoornis	1	1%
Preventief vaccineren tekenbeet	1	1%
Vrouwen boven 16 jaar die niet aanmerking komen voor HPV vaccinatie vanuit RVP	1	1%
Verpleeghuispatiënten	1	1%
Patiënten die niet in aanmerking komen voor griepprik	1	1%
<i>Totaal</i>	<i>74</i>	<i>100%</i>

Vaccins

Binnen alle meldingen zijn er in totaal 22 verschillende vaccins gerapporteerd (zie Tabel 2). Het meest voorkomende signaal betreft de vaccinatie tegen pneumokokken (n=35, 47%). Daarna volgen de vaccinaties tegen meningokokken ACWY (n=11, 15%), varicella zoster (gordelroos, n=8, 11%), meningokokken B (n=7, 9%) en humaan papillomavirus (HPV) (n=7, 9%). De overige genoemde (n<3) vaccinaties zijn die tegen *Haemophilus influenzae* type b (Hib), overige typen meningokokken en hepatitis A en/of B.

Tabel 2. Overzicht van vaccinatie genoemd in signaal.

Vaccinatie	Totaal	Percentage
Pneumokokken	35	47%
Meningokokken ACWY	11	15%
Varicella zoster (gordelroos)	8	11%
HPV	7	9%
Meningokokken B	7	9%
Hib	6	8%
Meningokokken C	6	8%
Hepatitis B	4	5%
Hepatitis A	3	4%
Influenza	2	3%
Meningokokken (type onbekend)	2	3%
Onbekend	2	3%
Rabiës	2	3%
Tetanus	2	3%
Meningokokken C	2	3%
Dengue	1	1%
DKT	1	1%
Hepatitis A/B	1	1%
Meningokokken W	1	1%

TBC	1	1%
Teken meningo-encefalitis	1	1%
Varicella zoster (waterpokken)	1	1%

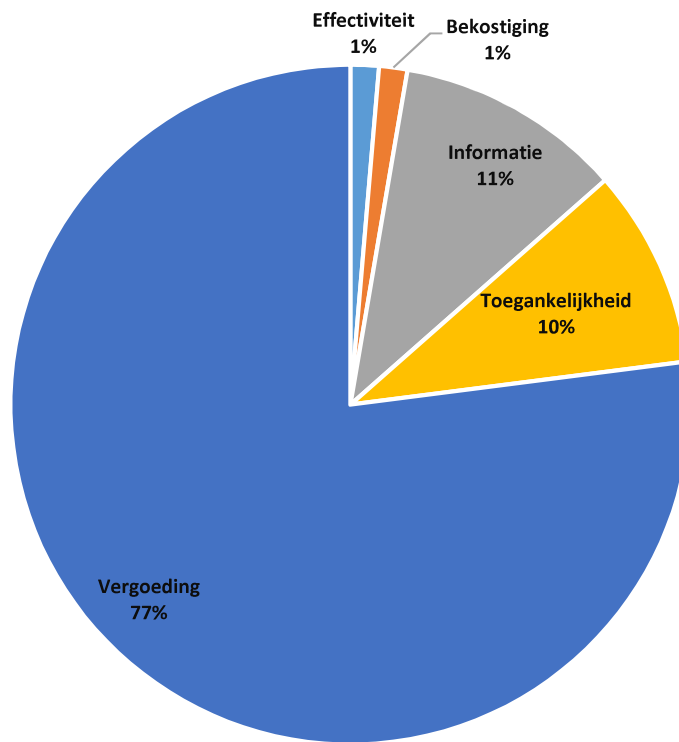
Thema

Driekwart (77%) van de signalen gaat over de vergoeding van een vaccinatie (Figuur 4). In 80 procent van daarvan (n=59) over een vaccin die niet in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) is opgenomen. Dit betekent dat vergoeding niet vanuit de basisverzekering kan plaatsvinden (Figuur 5). In 62 procent ligt volgens de signaalgever de oplossing in de opname van het vaccin in het GVS. In 8 procent ligt de gewenste oplossing voor de signaalgever in het uitbreiden van de nadere vergoedingsvoorwaarden, beschreven op bijlage-2-voorwaarden van de Regeling zorgverzekering.⁴⁴ Dit betrof dus een vaccin dat wel in het GVS was opgenomen.

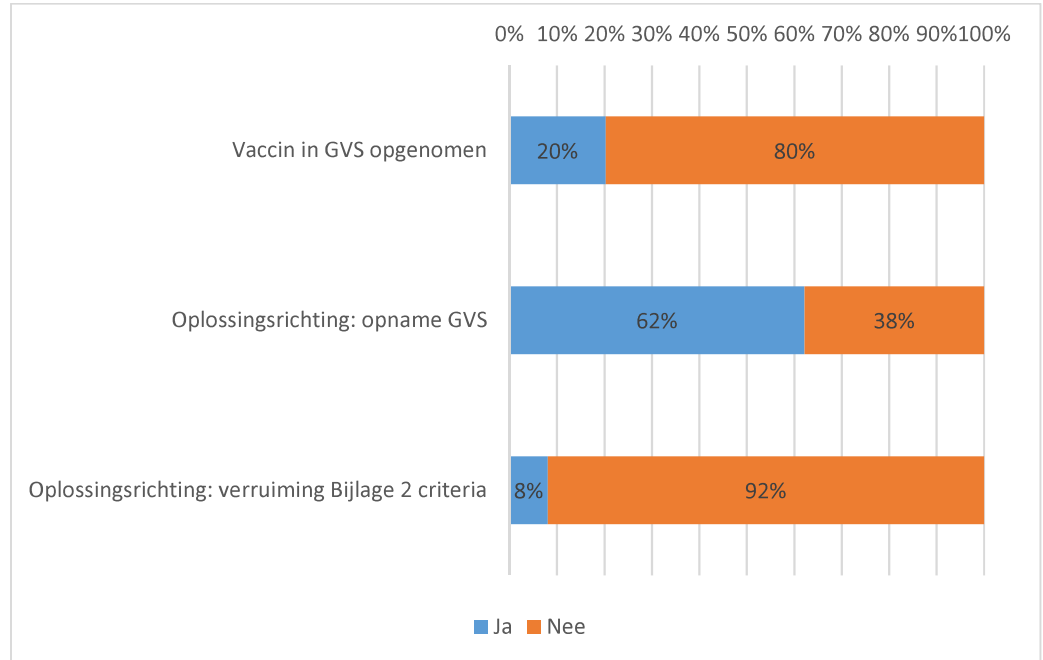
Eén op de tien signalen gaat over de toegankelijkheid tot (10%) en algemene informatie over (11%) een bepaalde vaccinatie. Vragen over toegankelijkheid betroffen zowel vragen over de beschikbaarheid van een vaccin als over de uitvoerende instanties voor een vaccinatie. We hebben slechts één melding gekregen over de bekostiging (waarbij onduidelijk was of de betaling van vaccinatie vanuit de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg moest gebeuren) en één over vaccineffectiviteit.

Figuur 4. Thema van ontvangen signaal (N=74)

⁴⁴ Een vaccin kan in het GVS opgenomen zijn, maar alleen vergoed worden voor specifieke patiëntengroepen, die zijn beschreven in de nadere vergoedingsvoorwaarden. Zie voor een nadere toelichting Hoofdstuk Betaalbaarheid.



Figuur 5. Aandeel van meldingen over vaccin met vergoeding vanuit GVS en gewenste oplossingsrichting voor signaalgever (N=74).



Specifiek benoemde knelpunten

Bij een aantal signalen benoemd de melder specifieke knelpunten die individueel dienen te worden toegelicht.

In meerdere signalen kwam naar voren dat verzekeraars sommige vaccinaties, met vaccins die niet zijn opgenomen in het GVS, lijken te vergoeden vanuit coulance. Dit betekent dat een verzekeraar in een individueel geval kan kiezen om een vaccinatie voor een verzekerde toch te vergoeden.

Ook de eigen bijdrage voor bepaalde vaccins is als probleem genoemd, bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor het pneumokokkenvaccin Pneumovax 23 kan patiënten ervan weerhouden zich te laten vaccineren. Wanneer deze vaccinatie buiten het Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie Volwassenen (NPPV)⁴⁵ is verstrekt, moet een eigen bijdrage worden betaald van €12,70 bovenop het mogelijk resterende eigen risico. Dit terwijl deze vaccinatie binnen het NPPV gratis is voor de patiënt.

Beperkingen analyse

Er zijn een paar relevante beperkingen aan de hierboven beschreven analyse. Ten eerste, het stijgend aantal signalen per jaar moet als indicatie worden gezien voor een mogelijke trend in de ervaren problematiek op het gebied van vaccinatiezorg binnen de Zvw. Zo kan de stijging ook worden verklaard door een toename in bewustwording ten aanzien van vaccinaties voor medische risicogroepen (al dan niet door toedoen van de coronacrisis), toenemende bekendheid van Zorginstituut Nederland, en kunnen oudere signalen bij andere instanties terecht zijn gekomen (e.g. RIVM en VWS). Ook zijn de binnengekomen meldingen voor 2017 geregistreerd in een systeem dat niet meer actief is. De aantallen vóór 2017 zijn daarmee

⁴⁵ Zie hoofdstuk 3

mogelijk onvolledig. Desalniettemin, geven de resultaten voldoende aanleiding voor het ontwikkelen van duurzame oplossingen voor de geregistreerde knelpunten. Verder kan door een gebrek aan informatie voor een deel van de signalen (19 van de 74) niet worden vastgesteld tot welke medische risicogroep de betrokkene behoorde. Mogelijk dat deze groep dus als zodanig niet de doelgroep van het advies betrof. Omdat dit niet aannemelijk is of te verifiëren valt, hebben we gekozen om deze groep toch mee te nemen in de analyse.

Samenvatting

Er zijn 74 signalen geïdentificeerd. Vanaf 2007 tot eind 2020 is er een forse toename in het aantal ontvangen signalen. Iets meer dan de helft van de signalen komt vanuit een zorgvrager en één kwart vanuit zorgprofessionals. Van de achttien verschillende indicatiegroepen betreft het grootste deel van de signalen patiënten met (functionele) hypo- of asplenie (32%) of met een verminderde afweer (11%). Er zijn tweeëntwintig verschillende vaccinaties genoemd, met in de top drie de vaccinatie tegen pneumokokken (47%) meningokokken ACWY (15%) en gordelroos (varicella zoster, 11%). Driekwart van de signalen heeft betrekking op een vraag over de vergoeding van een vaccinatie, waarvan 80 procent een vaccin betreft die niet werd vergoed vanuit de Zvw. In 62 procent ligt de potentiële oplossing in de opname van het vaccin in het GVS zijn.⁴⁶ Slechts een enkele keer ligt de mogelijke oplossing in het opnemen van een aanvullende indicatie in bijlage-2-voorwaarden. Daarnaast komt uit de signalen naar voren dat zorgverzekeraars in sommige gevallen vaccins - die niet zijn opgenomen in het GVS - uit coulance vergoeden. Ook de eigen bijdrage voor vaccinatie wordt als barrière kan worden ervaren door patiënten.

Beschouwing

Uit de analyse van de signalen blijkt dat de aandacht onder burgers en professionals voor vaccinatiezorg onder medische risicogroepen is toegenomen. Hoewel de oorzaak hiervoor niet is op te maken uit de beschikbare gegevens, weten zij wel steeds frequenter Zorginstituut Nederland te vinden met hun vragen. Verder blijkt uit de analyse dat er voor een aanzienlijk aantal verschillende indicatiegroepen (doelgroepen) en vaccins knelpunten bestaan. Hoewel een groot deel van de signalen de pneumokokkenvaccinatie en de groep met (functionele) hyposplenie of asplenie betreft, is de ervaren problematiek over het gehele vaccinatielandschap van medische risicogroepen verspreid. Dit illustreert de complexiteit en het multifactoriële karakter van de problemen die zijn ontstaan binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Omdat in 80 procent van de gevallen het knelpunt ligt in de vergoeding van een vaccin dat niet in het GVS was opgenomen, lijkt het zinnig om de huidige beoordelingssystematiek te evalueren. Als laatste komt naar voren dat het wisselende beleid door zorgverzekeraars ten aanzien van vergoeding van vaccinaties en de eigen bijdrage voor vaccinaties aandacht behoeft. Aangezien beide tot ongelijkheid in de toegang tot de zorg kunnen leiden.

⁴⁶ Als alternatief zou deze zorg ook bekostigd kunnen worden binnen de DBC voor de medisch specialistische behandeling. Dit onderwerp wordt verder besproken in het hoofdstuk Betaalbaarheid.

Bijlage 2. Stakeholderanalyse

Introductie

Binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen zijn veel verschillende belanghebbenden betrokken, variërend van o.a. patiënten, behandelaren in de eerste en tweede lijn tot vertegenwoordigers van farmaceuten, zorginstellingen of kennisinstituten. Deze belanghebbenden, ook wel "stakeholders" genoemd, hebben elk hun eigen rol, behoeften, en belangen binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen in Nederland. Dit maakt de planning, organisatie, en uitvoering van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen in Nederland complex. Nederland heeft weliswaar een sterk Rijksvaccinatieprogramma en daarmee een hogere vaccinatiegraad ten opzichte van andere Europese landen^{47,48}, maar binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen blijven er knelpunten bestaan.

Hierdoor blijven er patiëntengroepen over die niet de vaccinatiezorg krijgen waar zij vanwege een medisch indicatie op aangewezen zijn.^{49,50} Om deze knelpunten goed te kunnen inventariseren vanuit meerdere gezichtspunten, is het vereist om eerst goed inzicht te hebben in de verschillende stakeholders binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Daarnaast, kan de stakeholderanalyse worden gebruikt als instrument om informatie te genereren voor actie, zoals het bepalen van strategieën om het draagvlak te vergroten voor de voorgestelde adviezen en/of beleid.

In dit kader werd een stakeholderanalyse verricht met de volgende doelstellingen:

- 1 het in kaart brengen van relevante stakeholders binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen;
- 2 het inventariseren van hun onderlinge positie;
- 3 het in kaart brengen van het belang en mate van invloed van elke relevante stakeholder.

Methode

De stakeholderanalyse werd verricht door een werkgroep uit het team Infectieziekten, Bloed en Immunziekten (IBI) van Zorginstituut Nederland (ZIN) gedurende twee besloten digitale werksessies eind 2020. De werkgroep bestond uit 5 inhoudelijke adviseurs (waaronder 2 artsen, 1 apotheker, 1 manager zorg, en 1 communicatieadviseur). De communicatieadviseur was deskundig op het gebied van

⁴⁷ WHO. Routine immunization summary - WHO European Region, 20192020: Geraadpleegd via: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/467674/Routine-immunization-summary-WHO-European-Region-2019-eng.pdf.

⁴⁸ RIVM. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 20192020: Geraadpleegd via: <file:///intern.zinl.nl/dfs/HomeFolder/skm/Downloads/vaccinatiegraad-en-jaarverslag-rijksvaccinatieprogramma-nederland-2019.pdf>.

⁴⁹ Schierenberg A, Waal van der A, Meer van der H. Uitvoeringstoets vaccinatielandschap medische risicogroepen2020: Geraadpleegd via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/08/13/uitvoeringstoets-vaccinatielandschap-medische-risicogroepen>.

⁵⁰ Opstelten W, Bijlsma JWJ, Gelinck LBS, Hielkema CMJ, Verhey TJM, Eden van W. Verminderde afweer: risicogroepen en gevolgen voor de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk. 2016; 160:A9752.

stakeholdermanagement en had daarom een begeleidende rol tijdens de digitale werksessies. De eerste werksessie bestond uit de identificatie en positionering van de stakeholders in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. De eigenschappen van elke stakeholder werden gekarakteriseerd op basis van kennis (weinig/gemiddeld/veel), positie (leverancier/gebruikers/beslissers/beïnvloeders), belang (voordeel/neutraal/nadeel), alliantie vorming, middelen (weinig/enkele/veel), invloed (weinig/matig/veel), en leiderschap (ja/nee) (Tabel 1).⁵¹ Deze stakeholders werden gepositioneerd binnen één of meerdere van de volgende categorieën, als:

- i) leveranciers van kennis voor het eindproduct;
- ii) gebruikers van de uitkomsten van het eindproduct;
- iii) beslissers over het proces en eindproduct;
- iv) beïnvloeders van het proces en eindproduct.

Het proces en eindproduct werden in deze analyse gedefinieerd als respectievelijk het adviestraject en het adviesrapport. Op basis van deze resultaten vond er door de werkgroep een selectie van stakeholders plaats. De stakeholders met de hoogste relevantie voor het adviesrapport werden meegenomen voor de krachtenveldanalyse tijdens de tweede werksessie. De relevantie van de stakeholder werd bepaald voor elke positie (leverancier, eindgebruiker, beslisser, of beïnvloeder) op basis van mate van invloed en/of leiderschap, en het belang bij het adviestraject. Op basis van de werkgroep sessies, email-correspondentie en aanvullende interviews met de meest relevante stakeholders werd nader bepaald of een stakeholder positief, neutraal, of negatief ten opzichte van het adviestraject en rapport stond. Het interview met de stakeholder werd verricht door één lid van de werkgroep aan de hand van een vast aantal vragen over respectievelijk: i) rollen en verantwoordelijkheid; ii) knelpunten; en iii) oplossingsrichtingen (zie Bijlage 5 voor Stakeholderinterviews).

Resultaten

Binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen werden er 19 stakeholders geïdentificeerd (Figuur 1). De stakeholders werden gepositioneerd als leveranciers van kennis voor het adviesrapport (n=14), eindgebruikers van de uitkomsten van het adviesrapport (n=7), beslissers over het adviestraject en rapport (n=2), en beïnvloeders van het adviestraject en rapport (n=13) (Figuur 2). Buiten ZIN, waren het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) met bijbehorende medische beroepsverenigingen, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stakeholders die de meeste posities (n=3) innamen. Van deze subgroep had alleen het Ministerie van VWS een rol van zowel beslisser als beïnvloeder van het adviestraject en rapport. Prioritering van de stakeholders op basis van invloed en/of macht en belang bij het adviestraject leverde 8 externe stakeholders op en 3 interne stakeholders (Figuur 3). Een groot aantal stakeholders (n=18) hebben inhoudelijk bijgedragen aan dit adviesrapport, waarbij de meeste knelpunten werden aangegeven op respectievelijk het domein van betaalbaarheid (14/18; 78%) en uitvoerbaarheid (12/18; 67%). Knelpunten op het domein van bewustwording en kenbaarheid werden evenveel genoemd door

⁵¹ WHO. Stakeholder analysis guidelines2021: Geraadpleegd via: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/33.pdf>.

stakeholders (6/18; 33%). Door 8 van de 18 (44%) geraadpleegde stakeholders werden potentiële oplossingsrichtingen voorgesteld. Uitgaande van werkgroep sessies, e-mail correspondentie en interviews, bleken er van de geprioriteerde, externe stakeholders 4 positief en 3 neutraal ten opzichte van het adviestraject te staan. De interne stakeholders staan positief ten opzichte van het adviestraject.

Discussie

Strategie

Het gebruik maken van informatie die verkregen is via de stakeholderanalyse is een essentieel onderdeel van het stakeholder analyse proces.^{52,53} In het kader van vaccinatiezorg voor medische risicogroepen kan deze informatie worden gebruikt voor meerdere doeleinden, zoals bijvoorbeeld het verhogen van draagvlak voor potentiële beleidsveranderingen op het gebied van vaccinatiezorg voor medische risicogroepen of consensus vorming onder stakeholders te stimuleren. In pre-implementatie fase van eventuele nieuwe beleidsveranderingen kan het vormen van een werkgroep, bestaande uit 'key stakeholders', dienen als platform om gezondheidzorg interventies op het gebied van vaccinatiezorg voor medische risicogroepen in de klinische praktijk te initiëren en te begeleiden.

Beperkingen analyse

Een belangrijke beperking van de resultaten van deze stakeholderanalyse is dat het een momentopname is en posities en onderlinge verhoudingen van stakeholders in de loop van de tijd kunnen variëren. Het is daarom van belang om nieuwe informatie over stakeholders te blijven objectiveren en te verwerken in de stakeholderanalyse om een zo'n actueel mogelijk beeld te behouden, zodat voorgenomen strategieën de meeste kans van slagen hebben. Bias van stakeholder analyse kan niet geheel worden uitgesloten, maar werd door het vormen van een werkgroep, bestaande uit leden met verschillende professionele achtergronden die gedurende de hele analyse betrokken waren, en het gebruik maken van semi-geprotocolleerd interviews zoveel mogelijk geminimaliseerd.

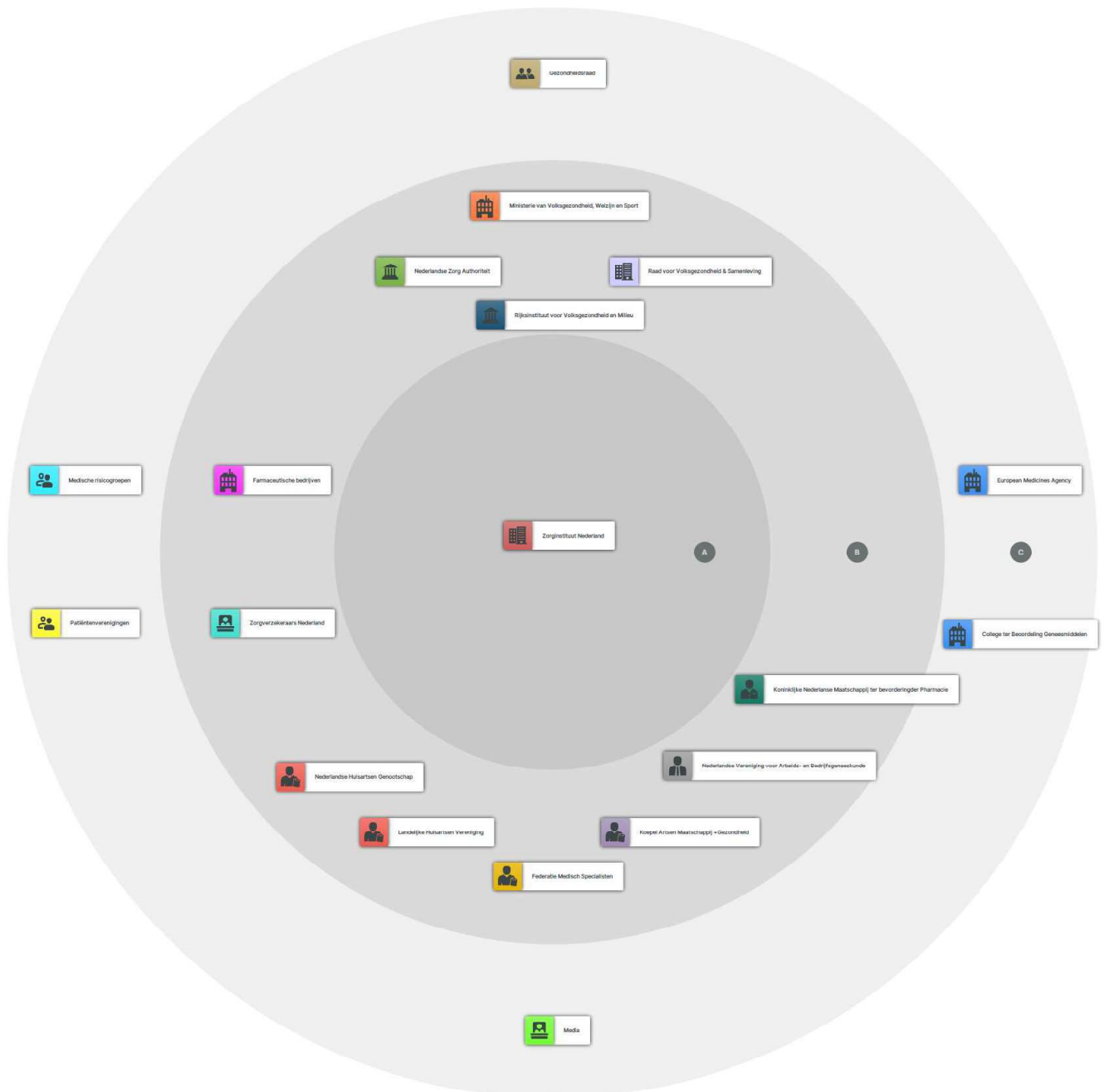
Conclusie

Het vaccinatielandschap voor medische risicogroepen is complex, mede doordat het aantal stakeholders die direct of indirect met deze vaccinatiezorg te maken hebben erg groot is. Door prioritering van de stakeholders op basis van invloed, leiderschap, en belang bij het adviestraject kan het aantal tot acht relevante stakeholders gereduceerd worden. De positionering van deze afzonderlijke stakeholders kenmerkt zich veelal door het innemen van meerdere posities, waardoor de verhoudingen ten opzichte van elkaar dynamisch en veranderlijk kunnen zijn in de tijd. Tenslotte, bestaat er een overwegend positief houding onder zowel interne als externe stakeholders ten opzichte van het adviestraject en het uiteindelijk te vormen adviesrapport.

⁵² Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review. Health Policy Plan. 2000; 15:239-46.

⁵³ Varvasovszky Z, Brugha R. A stakeholder analysis. Ibid.:338-45.

Figuur 1. Stakeholderanalyse vaccinatiezorg medische risicogroepen



Legenda Figuur 1

- A Interne stakeholders
- B Externe stakeholders, direct
- C Extern stakeholders, indirect



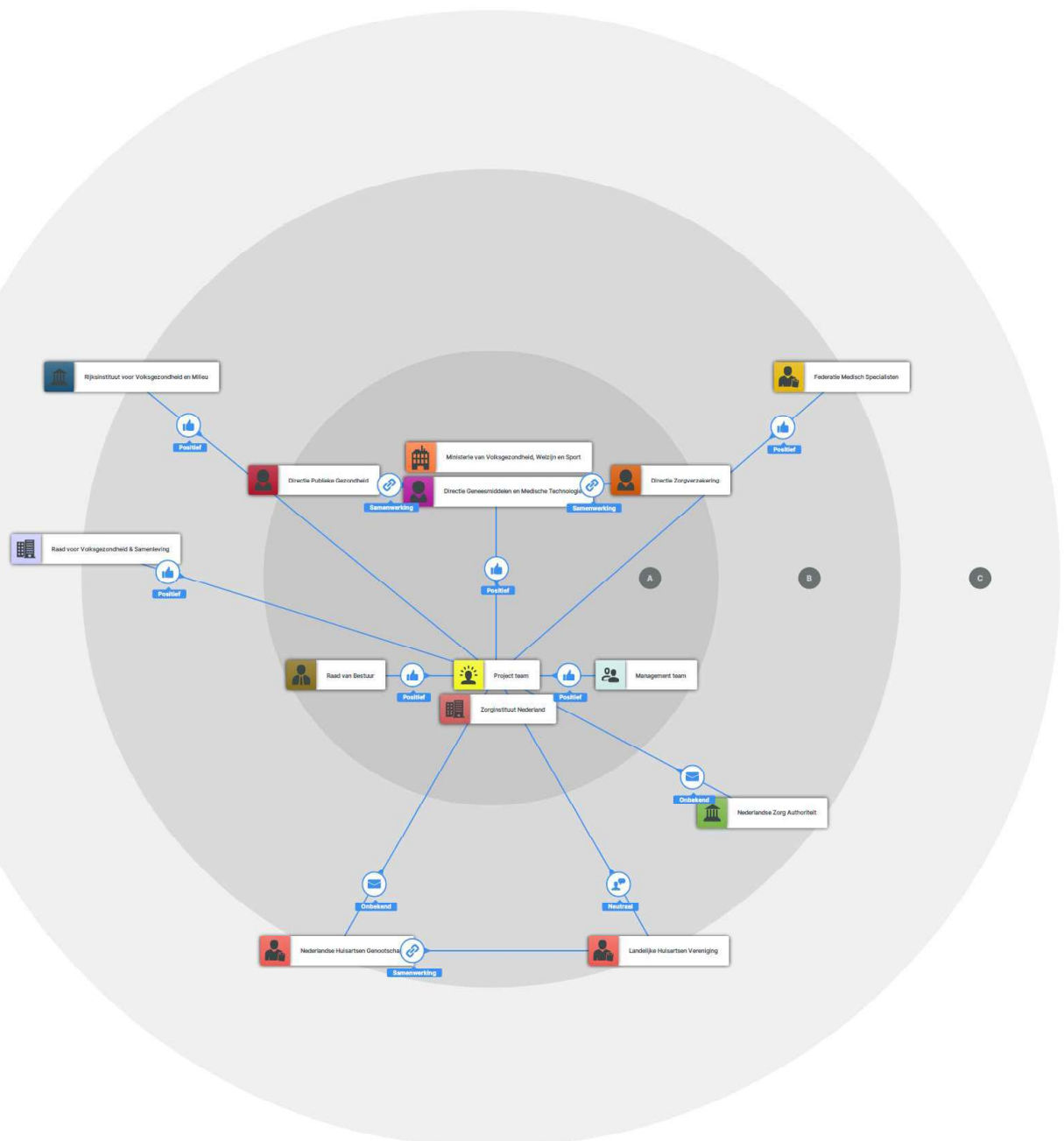
Figuur 2. Stakeholderanalyse vaccinatiezorg medische risicogroepen

Leveranciers	Gebruikers
1. EMA / CBG 9. NZa 2. Farmaceut 10. RVS 3. FMS 11. ZIN 4. GR 12. ZN 5. KAMG 6. KNMP 7. NHG / LHV 8. NVAB	1. Farmaceut 9. ZN 2. FMS 3. Medische risicogroepen 4. NZa 5. NHG / LHV 6. Patiëntverenigingen 7. VWS 8. ZIN
Beslissers	Beïnvloeders
1. VWS 2. ZIN	1. Farmaceut 9. RVS 2. FMS 10. VWS 3. GR 11. ZIN 4. KNMP 12. ZN 5. Media 6. NHG / LHV 7. Patiëntverenigingen 8. RIVM

*Lijst met afkortingen:

CBG	College ter beoordeling van Geneesmiddelen
EMA	European Medicines Agency
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GR	Gezondheidsraad
KAMG	Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland





Figuur 3. Krachtenveldanalyse



Legenda Figuur 3

- A Eindgebruiker en/of Besliss(er)
- B Leverancier van kennis
- C Beïnvloeder van proces en product



-  Positief
-  Neutraal
-  Onbekend
-  Samenwerking

Tabel 1. Stakeholder karakteristieken

Stakeholder	Kennis ¹	Positie ²	Belang ³	Alliantie ⁴	Middelen ⁵	Invloed ⁶	Leiderschap ⁷
CBG	gemiddeld	leverancier	neutraal	EMA	weinig	weinig	nee
EMA	gemiddeld	leverancier	neutraal	CBG	weinig	weinig	nee
FMS	veel	leverancier gebruiker beïnvloeder	voordeel	Afzonderlijke medische beroepsverenigingen	enkele	matig	ja
Farmaceut	gemiddeld	leverancier beïnvloeder	voordeel	HollandBIO VIG ⁸	enkele	weinig	ja
GR	gemiddeld	leverancier	neutraal	-	weinig	weinig	nee
KAMG	gemiddeld	leverancier	neutraal	Vaccinatiealliantie	weinig	weinig	nee
KNMP	gemiddeld	leverancier	voordeel	Vaccinatiealliantie	weinig	weinig	nee
LHV	veel	beïnvloeder	neutraal/voordeel	NHG	enkele	matig	ja
NHG	veel	leverancier beïnvloeder	voordeel	LHV Vaccinatiealliantie	enkele	matig	ja
NVAB	gemiddeld	leverancier	voordeel	-	weinig	weinig	nee
Nza	gemiddeld	leverancier gebruiker beïnvloeder	neutraal	-	enkele	weinig	ja
Media	weinig	beïnvloeder	neutraal	-	enkele	weinig	ja
Medische risicogroepen	weinig	gebruiker	voordeel	Patiëntenverenigingen	weinig	weinig	nee
Patiëntenverenigingen	weinig	gebruiker	voordeel	Medische risicogroepen	enkele	matig	ja
RIVM	veel	leverancier beïnvloeder	voordeel	Vaccinatiealliantie	enkele	veel	ja
RVS	veel	leverancier beïnvloeder	voordeel	Vaccinatiealliantie	enkele	matig	nee
VWS	gemiddeld	gebruiker besliser beïnvloeder	voordeel	Vaccinatiealliantie	veel	veel	ja
ZIN	veel	leverancier gebruiker besliser	voordeel	Vaccinatiealliantie	enkele	veel	nee
ZN	gemiddeld	leverancier beïnvloeder	neutraal	-	enkele	weinig	ja

¹Kennismiveau ten opzichte van eindproduct: 1 =weinig kennis, 2 =gemiddelde kennis, 3=veel kennis⁵⁴²Positie stakeholder: leverancier van kennis, gebruiker van het product, besliser over het proces en eindproduct, beïnvloeder van het proces en eindproduct³Belang stakeholder: ondervindt de stakeholder voordeel of nadeel of geen van beiden (neutraal) van het eindproduct⁴Alliantie: organisaties die samenwerken voor of tegen een specifiek product of beleid⁵Middelen: het aantal middelen (humaan, financieel, technologisch, politiek of anders) dat een stakeholder tot zijn beschikking heeft en kan inzetten⁶Invloed: het vermogen van een stakeholder om invloed uit te oefenen op het eindproduct⁷Leiderschap: het vermogen om actie te initiëren, te organiseren, of te leiden vóór of tegen een eindproduct of beleid⁸VIG: Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen

Bijlage 3. Richtlijnenanalyse

Richtlijnenanalyse binnen het vaccinatielandschap voor medische risicogroepen

Aanleiding

Een van de doelen voor het advies over het vaccinatielandschap van medische risicogroepen is het in kaart brengen van de knelpunten waardoor vaccinaties voor medische risicogroepen die onder de basisverzekering (Zvw) vallen, of zouden moeten vallen, geen doorgang kunnen vinden. Bij de verkenning voor de uitvoeringstoets is gebleken dat één van deze knelpunten plaatsvindt in het domein van de kenbaarheid van goede vaccinatiezorg voor medische risicogroepen¹. Kenbaarheid beschrijft het probleem waarbij een richtlijn de indicatie niet (helder) weergeeft. Er zijn signalen dat er onvoldoende aandacht is voor vaccinatiezorg in richtlijnen voor medische risicogroepen, zoals onduidelijke weergave van indicaties voor vaccinaties in de richtlijnen. Om een beter gefundeerd beeld te krijgen rondom de knelpunten in de kenbaarheid, evalueren wij de bestaande richtlijnen waarin de vaccinatiezorg van medische risicogroepen wordt beschreven. Hierbij onderzoeken we in hoeverre de huidige Nederlandse vaccinatierichtlijnen bijdragen aan het gebrek van kenbaarheid binnen het vaccinatielandschap voor medische risicogroepen. De uitkomst hiervan zal worden gebruikt voor inventarisatie van mogelijke oplossingsrichtingen.

Onderzoekopzet

Methode

Voor de richtlijnenanalyse met betrekking tot vaccinatie voor medische risicogroepen, werden de richtlijnen van het Landelijke Coördinatie Infectiebestrijding (LCI), het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de daartoe behorende beroepsverenigingen voor medisch specialisten geraadpleegd.^{55,56,57,58} Richtlijnen zijn geïncludeerd in de analyse indien deze de woorden "vaccin" of "vaccinatie" bevatten. Op de websites van de beroepsverenigingen voor medisch specialisten behorend bij FMS was het niet mogelijk te selecteren op 'vaccin' of 'vaccinatie'. Deze richtlijnen zijn handmatig doorgezocht.

Richtlijnen zijn uitgesloten wanneer vaccinaties alleen benoemd wordt en er een expliciete beschrijving of zorgpad van vaccinaties ontbreekt. Er is gezocht naar richtlijnen in oktober 2020.

Om eventuele knelpunten inzichtelijker te maken werden de richtlijnen voor vaccinaties voor medische risicogroepen op basis van vijf criteria beoordeeld (Tabel 1). Deze evaluatiecriteria zijn gebaseerd op gesignaleerde knelpunten in de Uitvoeringstoets Vaccinatielandschap medische risicogroepen, en de Guidelines International Network en op het Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation

⁵⁵ <https://www.mdl.nl/richtlijnen/>

⁵⁶ <https://hematologienederland.nl/kwaliteit/richtlijnen/>

⁵⁷ <https://www.nefro.nl/richtlijnen/>

⁵⁸ <https://www.nvalt.nl/kwaliteit/richtlijnen/nvalt-richtlijnen/>

(AGREE) II instrument. AGREE II is een hulpmiddel voor de beoordeling van richtlijnen op kwaliteit, het ontwikkelen van richtlijnen, en het opnemen van noodzakelijke informatie in richtlijnen.⁵⁹

De volgende evaluatiecriteria werden in deze analyse gebruikt:

- **Indicatie:**
Dit criterium betreft de duidelijke en specifieke beschrijving van de doelgroep. Dit criterium komt voort uit het AGREE instrument;
- **Compleetheid:**
Dit criterium betreft de volledigheid van de aanbeveling of overweging die beschreven wordt in de richtlijn. We hebben gekozen voor vier categorieën: (1) aanbeveling met vaccinatieschema, (2) aanbeveling zonder vaccinatieschema, (3) overweging met vaccinatieschema of (4) overweging zonder vaccinatieschema. Een vaccinatieschema bevat bij voorkeur het type vaccin (preparaatnaam en sterkte), dosering, de toedieningswijze (bijvoorbeeld intramusculair) en moment van toediening (inclusief eventuele herhaling van vaccinatie). Algemene benoeming van een vaccinatie wordt niet gezien als vaccinatieschema. Dit criterium komt voort uit het AGREE instrument;
- **Actueel:**
Dit criterium betreft de actualiteit van de richtlijn. Wij beoordelen richtlijnen als actueel wanneer deze minder dan vijf jaar geleden gepubliceerd zijn. Deze tijdsspanne is gebaseerd op Guidelines International Network waarin drie tot vijf jaar als redelijke termijn wordt beschreven;
- **Herleidbaarheid:**
Dit criterium betreft de weergave van de bron waar de aanbeveling of overweging op gebaseerd is. Het criterium herleidbaarheid komt voort uit het AGREE instrument;
- **Consistentie:**
Dit criterium betreft de overeenkomst tussen richtlijnen. Richtlijnen voor dezelfde aandoening dienen ook dezelfde aanbeveling rondom vaccinatie te geven. Richtlijnen worden met elkaar vergeleken om onderlinge discrepanties te achterhalen. Dit criterium is gebaseerd op eerdere signalering van mogelijke knelpunten in de Uitvoeringstoets Vaccinatielandschap medische risicogroepen. Voor dit adviestraject is het van waarde om inzicht te verkrijgen in de consistentie van richtlijnen.

⁵⁹ AGREE II. Instrument voor beoordeling van richtlijnen. Mei 2009. Geraadpleegd via: https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf

Tabel 1. Criteria voor de beoordeling van richtlijnen

Criteria	Wat wordt beoordeeld?	Beoordeling
Indicatie	Is de doelgroep duidelijk weergegeven?	Ja/Nee
Compleetheid	Beschrijft de richtlijn een aanbeveling of een overweging tot vaccinatie en is hierbij een vaccinatieschema gespecificeerd?	1: Een aanbeveling inclusief vaccinatieschema 2: Een aanbeveling exclusief vaccinatieschema 3: Een overweging inclusief vaccinatieschema 4: Een overweging exclusief vaccinatieschema
Herleidbaarheid	Staat de bronvermelding genoemd?	Bron aanwezig/Bron niet aanwezig
Actueel	Is de richtlijn langer dan vijf jaar geleden gepubliceerd	Ja/Nee
Consistentie	Is er verschil tussen richtlijnen voor dezelfde aandoening?	Vershil/Geen verschil tussen de richtlijnen

Resultaten

Resultaten zoekactie

Er zijn richtlijnen gevonden door te zoeken op websites van LCI, NHG, FMS en daartoe behorende beroepsverenigingen voor medisch specialisten. In totaal zijn er 93 richtlijnen gevonden waarin de woorden 'vaccin' of 'vaccinatie' werden genoemd.

Er zijn vier richtlijnen geïnccludeerd welke gevonden zijn op de website van het LCI. Er staan zes aanbevelingen voor vaccinaties beschreven. Drie van deze aanbevelingen zijn gevonden in één richtlijn. Deze staan beschreven in hetzelfde document: Landelijke adviezen voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen. Dit document is specifiek gericht op vaccinatiezorg. Dit is de enige gevonden richtlijn die zich daar specifiek op richt. Er zijn via de LCI website geen andere geschikte richtlijnen gevonden. Het oudste publicatiejaar van de richtlijn waar de aanbeveling gevonden is, is 2019.

Er zijn in totaal 33 richtlijnen gevonden waar 'vaccin' of 'vaccinatie' in staat via de website van NHG. Hiervan zijn 7 richtlijnen geschikt gebleken waarin 7 aanbevelingen voor vaccinaties beschreven waren. Het oudste publicatiejaar van een aanbeveling vanuit een richtlijn van NHG is 2016.

Er zijn in totaal 27 richtlijnen gevonden via de website van FMS waar 'vaccin' of 'vaccinatie' in staat. Van de FMS en daartoe behorende verenigingen voor medisch specialisten zijn 29 richtlijnen geschikt waar 46 aanbevelingen voor vaccinaties beschreven waren. Van de gevonden richtlijnen zijn er 17 gepubliceerd vóór 2015 (>5 jaar) waarvan het oudste publicatiejaar 2007 is.

Figuur 2. Aantal richtlijnen en aanbevelingen/overwegingen per organisatie.



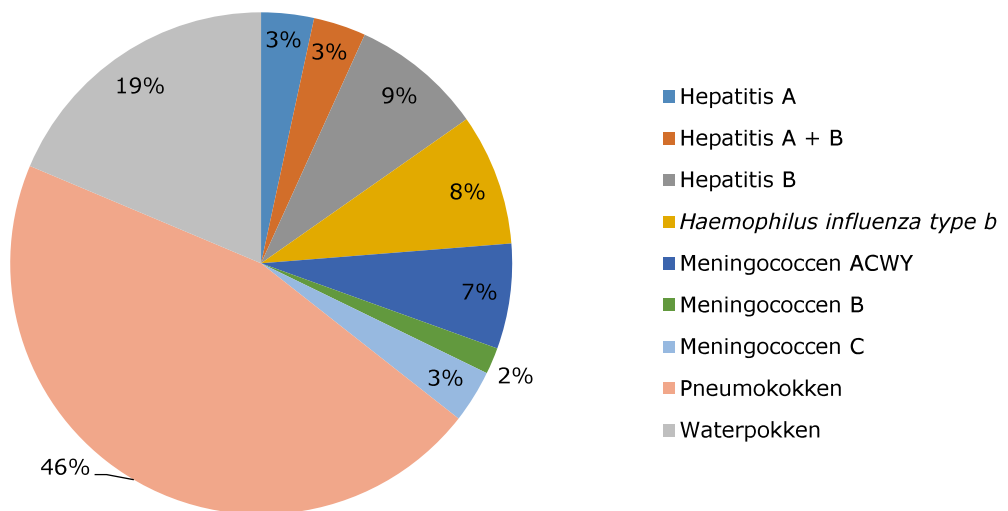
In totaal werden er 59 aanbevelingen of overwegingen in 38 richtlijnen gevonden, waarin vaccinaties voor medische risicogroepen worden beschreven, (zie Figuur 2).

Deze richtlijnen betreffen 34 verschillende aandoeningen. De aandoeningen vallen onder het specialisme interne geneeskunde, reumatologie, longgeneeskunde, en maag-darm-leverziekten. Vaak betreft het aandoeningen waarvoor behandeling met immunosuppressiva nodig is. Aan het einde van de analyse is een lijst met de richtlijnen te vinden, zie Figuur 5.

Er worden in totaal negen infectieziekten benoemd waarvoor vaccinaties mogelijk zijn (Figuur 3). Ongeveer de helft (27/59; 46%) van de aanbevelingen of overwegingen betreft de indicatie voor de pneumokokkenvaccinatie.

Figuur 3. Infectieziekten waarvoor vaccinaties worden aanbevolen in de richtlijnen

Aanbevolen vaccinaties (N=59) vanuit de richtlijnen



Indicatie

Alle richtlijnen omschrijven de doelgroep voor vaccinatie duidelijk en specifiek, inclusief de leeftijd van de doelpopulatie. Aanvullend staan in enkele richtlijnen de ernst van de ziekte, comorbiditeit of uitgesloten populaties beschreven (indien relevant).

De richtlijnen beschrijven verschillende groepen die in aanmerking komen voor vaccinatie. De eerste groep betreft patiënten met een specifieke aandoening. Door de aandoening ontstaat een individuele zorgvraag naar vaccinatie. De tweede groep betreft ontvangers van een medicamenteuze behandeling, zoals met bepaalde immunosuppressiva. Door de behandeling, ontstaat er een individuele zorgvraag voor vaccinaties.

De groepen zoals hierboven beschreven, hebben een individuele zorgvraag. Daarnaast zijn er groepen waarvoor vaccinaties aanbevolen worden in richtlijnen waarbij (nog) geen individuele zorgvraag bestaat. Deze vaccinaties vallen buiten het juridisch kader van de Zvw. Dit betreft verschillende type doelpopulaties. Eén van deze doelpopulaties zijn groepen waarbij (nog) geen medische indicatie speelt. Vrouwen met een zwangerschapswens die geen waterpokken hebben doorgemaakt, vormen zo'n groep. Er is een indicatie om zwangere vrouwen te vaccineren als zij in hun leven nog geen waterpokken doorgemaakt hebben. Echter, door de werking van het vaccin (levend verzwakt), is vaccinatie alleen vóór de zwangerschap mogelijk. Op dat moment is er echter nog geen sprake van een medische indicatie. Omdat de Zvw een schadeverzekering is en alleen zorg bij een courante individuele zorgvraag vergoed (zie hoofdstuk Betaalbaarheid) wordt vaccinatie in deze situatie niet vergoed vanuit de Zvw ondanks dat vaccinatie wel wordt aanbevolen aan deze groep in de richtlijn.

Een andere doelpopulatie is een kind dat chemotherapie ontvangt. Verschillende richtlijnen bevelen vaccinatie aan van de gezinsleden rondom het kind dat chemotherapie ontvangt. Dit wordt *cocooning* genoemd. Ook hier speelt er geen individuele zorgvraag bij de persoon/personen (bijvoorbeeld het gezin) waarvoor vaccinatie wordt aanbevolen en is er geen vergoeding vanuit de Zvw⁶⁰. In vergelijking hiermee is er discrepantie met de hepatitis B-vaccinatie. Deze vaccinatie wordt wél vergoed (vanuit bijlage-2-voorwaarden bij de Regeling zorgverzekering) voor een partner, gezinslid of huisgenoot van iemand die Hepatitis B positief is. Hierbij is er sprake van een verhoogd risico op gezondheidsschade. De vaccinatie voor Hepatitis B dient als bescherming van het individu en strookt daarom met de Zvw.

Consistentie

Aanbevelingen en overwegingen voor vaccinaties uit richtlijnen voor dezelfde aandoening zijn vergeleken om eventuele discrepanties te detecteren. In deze analyse zijn er voor acht aandoeningen meerdere richtlijnen gevonden, waarin aanbevelingen of overwegingen voor vaccinaties zijn beschreven. Er zijn geen discrepanties gevonden tussen deze de aanbevelingen of overwegingen voor dezelfde aandoening.

Actueel

Richtlijnen, en daarbij de beschreven aanbevelingen of overwegingen, dienen met enige regelmaat geactualiseerd te worden om de mogelijk nieuwe bevindingen uit onderzoeken te verwerken. Dit voorkomt het ontbreken van aanbevelingen of

⁶⁰ O. Visser JLAH, L. Kamp, J. van der Velden, M.E.J.L. Hulscher. Cocooning ter preventie van kinkhoest: een haalbare strategie in Nederland? 2012; (23):[243-5 pp.]. Geraadpleegd via: <https://www.rivm.nl/documenten/cocooning-ter-preventie-van-kinkhoest-haalbare-strategie-in-nederland>.

overwegingen op basis van de stand van huidige wetenschap en het voorkomt dat richtlijnen aanbevelingen of overwegingen bevatten die achterhaald zijn.

Van de 59 aanbevelingen of overwegingen zijn er 42 actueel (publicatie <5 jaar geleden). Deze bestaan uit 39 aanbevelingen en drie overwegingen. Alle aanbevelingen of overwegingen gevonden via LCI (n=6) en NHG (n=7) worden als actueel beschouwd. Van de aanbevelingen of overwegingen gevonden via FMS en daartoe behorende medisch specialistische beroepsgroepen zijn er 29 actueel. Bij 36 van de 42 actuele aanbevelingen of overwegingen is de bronvermelding duidelijk beschreven.

De richtlijnen waarin aanbevelingen met vaccinatieschema zijn beschreven, zijn actueel (na 2015 gepubliceerd), op één na (publicatiejaar 2012). Bij aanbevelingen zonder vaccinatieschema (n=19) zijn er tien actueel, waarvan negen richtlijnen vóór 2015 zijn gepubliceerd.

De zeventien aanbevelingen of overwegingen die niet actueel zijn, zijn allemaal afkomstig van FMS en daartoe behorende medisch specialistische beroepsgroepen. Opmerkelijk is dat aanbevelingen of overwegingen die als niet actueel beschouwd worden, vrijwel nooit een vaccinatieschema hebben toegevoegd. Van de zeventien aanbevelingen of overwegingen zijn er tien waar geen bronvermelding gegeven is.

Herleidbaarheid

De aanbevelingen of overwegingen beschreven in de richtlijnen dienen over het algemeen gebaseerd te zijn op peer-review gepubliceerde studies. De bronvermelding is beschreven in 39 aanbevelingen en vier overwegingen.

De aanbevelingen of overwegingen van richtlijnen die gevonden zijn via FMS zonder bronvermelding bestaan uit vijf overwegingen en elf aanbevelingen.

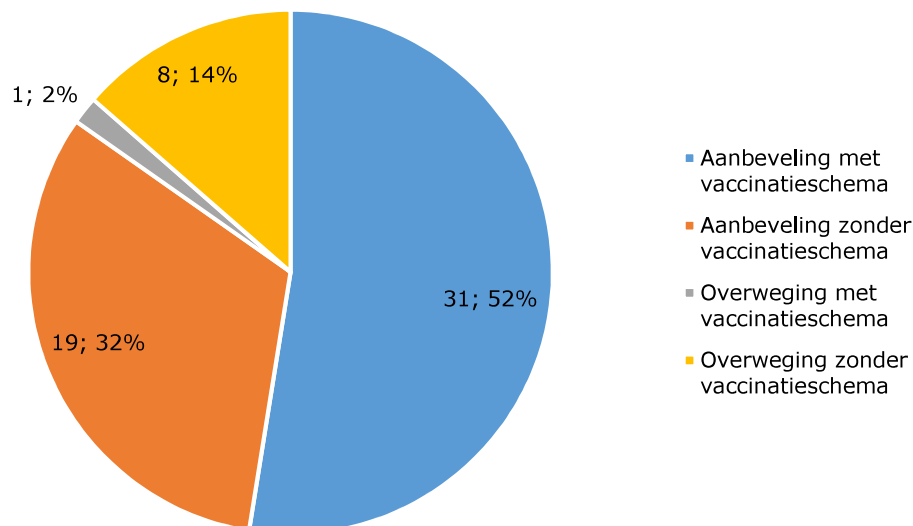
Een overeenkomst tussen de aanbevelingen of overwegingen *zonder* vaccinatieschema is de afwezigheid van een bronvermelding. In alle aanbevelingen of overwegingen voor vaccinatie voor pneumokokken waar géén bronvermelding is, wordt ook géén vaccinatieschema gegeven.

In de richtlijn voor patiënten met een disfunctionele milt (hyposplenie/asplenie) staan vier aanbevelingen voor vaccinatie in. De aanbevelingen voor een pneumokokkenvaccinatie, bestaande uit twee vaccins, hebben een bronvermelding. In dezelfde richtlijn wordt ook de vaccinatie voor Hib en meningokokken C aanbevolen. Hier is echter géén bronvermelding bij gegeven.

Compleetheid

In de helft van de gevallen (aanbevelingen en/of overwegingen) (31;52%) is een aanbeveling en/of overweging met vaccinatieschema beschreven (Figuur 4). Richtlijnen gevonden via het NHG of LCI bevatten alleen aanbevelingen met vaccinatieschema.

Figuur 4. Compleetheit van de aanbeveling en/of overweging richtlijnen



In totaal waren er acht overwegingen zonder vaccinatieschema. Deze zijn allen gevonden via FMS en de daartoe behorende beroepsverenigingen. De overwegingen betreffen alleen de infectieziekten Hib (2), waterpokken (1) en pneumokokken (5). Voor Hib en waterpokken is slechts één vaccin beschikbaar in Nederland. Omdat er bij deze vaccins geen keuze is tussen verschillende type vaccinaties, is een vaccinatieschema van minder toegevoegde waarde. Voorafgaand de toediening, dienen dosering en toedieningsvorm opgezocht te worden. Voor pneumokokken zijn meerdere vaccins beschikbaar. Daarom is het van meerwaarde om een vaccinatieschema op te nemen in de richtlijn. De richtlijnen waar de overwegingen in beschreven staan, zijn gepubliceerd in 2008, 2011, 2019 of 2020. Vier van de overwegingen hebben een bronvermelding naar literatuur, vijf van de overwegingen hebben dat niet. Er is geen verband tussen de bronvermelding en publicatiejaar van de richtlijnen waargenomen.

Samenvatting richtlijnanalyse

De 59 aanbevelingen en overwegingen gevonden in 38 richtlijnen, beschrijven specifiek de doelpopulatie waarvoor de richtlijn is bedoeld. Er zijn 50 aanbevelingen gegeven en negen overwegingen. Er zijn geen discrepanties tussen aanbevelingen/overwegingen gevonden in richtlijnen voor dezelfde aandoening. Ongeveer driekwart van de aanbevelingen/overwegingen zijn na 2015 gepubliceerd en worden daarom beschouwd als actueel. 43 aanbevelingen/overwegingen hebben een bronvermelding, waarvan er 36 actueel zijn.

Discussie

Voor deze analyse zijn vijf criteria gehanteerd met als doel het verkrijgen van meer inzicht in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen, zoals beschreven in richtlijnen.

Een opvallende bevinding uit de analyse is de groep die buiten de scope van de Zvw valt. Hierbij is de indicatie voor vaccinatie duidelijk en specifiek, maar is de vergoeding van vaccinatiezorg niet mogelijk door het juridisch kader van de Zvw. Ook via andere wegen, zoals het RVP, worden de aanbevolen vaccinaties niet vergoed. Daardoor moet deze groep zelf hun vaccinaties bekostigen. Dit heeft als

gevolg dat de patiënt zelf de afweging maakt om de vaccinatie te halen. Hierdoor vormt er een barrière in de toegang tot vaccinatiezorg. De adequate zorgverlening voor deze groep is verhinderd doordat minder mensen gebruik maken van de vaccinatiezorg, terwijl hier zorgvraag naar is.

Aanbevelingen of overwegingen voor dezelfde aandoening, beschreven in verschillende richtlijnen, komen overeen. Er is géén discrepantie gevonden tussen verschillende richtlijnen voor dezelfde aandoening. Dit resultaat is in contrast met de bevinding vanuit de Uitvoeringstoets vaccinatie medische risicogroepen (2020) waar aangegeven werd dat er discrepanties zijn tussen richtlijnen voor dezelfde aandoening.

De resultaten van deze analyse suggereren een verband tussen de overwegingen en aanbevelingen *zonder* vaccinatieschema en de afwezigheid van een bronvermelding waarop de aanbeveling of overweging gebaseerd is. Dit kan wijzen op een verband tussen verminderd beschikbaar bewijs voor een aanbeveling of overweging en de mate van beschrijving van een vaccinatieschema in de richtlijn.

Een ander resultaat is dat de aanbevelingen of overwegingen, gevonden in de richtlijnen van de FMS of de daartoe behorende medisch specialistische beroepsverenigingen, vaker niet actueel zijn of een bronvermelding missen ten opzichte van LCI en NHG. Daarentegen zijn er aanzienlijk meer aanbevelingen/overwegingen gevonden via de richtlijnen van FMS of de daartoe behorende medisch specialistische beroepsverenigingen (n=27) dan LCI (n=4) of NHG (n=7). Dit kan ertoe leiden dat er meer kans is op afwijkingen op de gestelde criteria voor deze groep.

Beperkingen

Er zijn alleen richtlijnen vergeleken waarin expliciet aanbevelingen of overwegingen voor vaccinaties beschreven staan. Richtlijnen waar geen 'vaccin' of 'vaccinatie' in beschreven staat, zijn niet meegenomen in de analyse. Hierdoor is het mogelijk dat discrepanties aanbevelingen of overwegingen gemist zijn.

Conclusie

Het doel van de richtlijnenanalyse is het blootleggen van knelpunten in de kenbaarheid van vaccinatiezorg, zoals beschreven in de richtlijnen voor medische risicogroepen.

Uit de analyse is gebleken dat vaccinatiezorg geen prominente plaats heeft in de richtlijnen, met de uitzondering van de richtlijn "Landelijke adviezen voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen". Daarnaast is de beschrijving van de vaccinatiezorg in sommige richtlijnen onvoldoende concreet. Onduidelijke aanbevelingen of overwegingen kunnen leiden tot een onduidelijke weergave van de indicatie in een richtlijn. Dit draagt bij aan het knelpunt kenbaarheid in de richtlijnen voor medische risicogroepen.

Figuur 5. Referenties van richtlijnen die geraadpleegd zijn in de analyse

Geraadpleegde richtlijnen
Federatie Medisch Specialisten. (2011, januari). Biologicals. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/biologicals/biologicals_-_startpagina.html
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. (2011, januari). Verantwoord gebruik van biologicals. MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_biologicals_geautoriseerd.pdf
Loogman, M. C. M., Opstelten, W., & Wiersma, T. J. (2019, januari). Waterpokken. NHG-Richtlijnen. https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/waterpokken
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, sectie Infectieziekten. (2017). Richtlijn Diagnostiek en behandeling van patiënten met bronchiëctasieën. NVALT. https://www.nvalt.nl/kwaliteit/richtlijnen/infectieziekten/_/Infectieziekten/Richtlijn%20diagnostiek%20en%20behandeling%20van%20pati%C3%ABnten%20met%20bronchi%C3%ABctasie%C3%ABn%202017.pdf
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. (2012). Richtlijn behandeling van chronische hepatitis-B-virusinfectie. MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_HBV_nieuwe_inzichten_2012.pdf
de Grauw, W., de Leest, K., Schenk, P., Scherpbier-De Haan, N., Tjin-A-Ton, J., Tuut, M., & van Balen, J. (2018, april). Chronische nierschade. NHG-Richtlijnen. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/chronische-nierschade
Nederlands Huisartsen Genootschap. (2018, januari). Influenza- & pneumococcenvaccinatie bij CNS. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_nierschade_cns/beleid_en_behandeling_bij_cns/influenza-_pneumococcenvaccinatie_bij_cns.html
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. (2008). Richtlijn Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis. MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/richtlijn_Coeliakie_definitief.pdf
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2010). Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD. NVALT. https://www.nvalt.nl/kwaliteit/richtlijnen/copd-astma-allergie/_/COPD%20-%20astma%20-%20allergie/Richtlijn-Diagnostiek-en-behandeling-van-COPD-maart-2010.pdf
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2010a). Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Cystic Fibrosis. MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_Cystic_Fibrosis_CB_O14_februari_2008.pdf
Homan van der Heide, J. J. (2008, juni). Evaluatie van Potentiële Donoren voor Levende Donor Niertransplantatie. Transplantatievereniging. https://www.transplantatievereniging.nl/files/Richtlijn_nierdonatie_bij_leven__2008_t.b.v._NTV_website.pdf
NFN Kwaliteitscommissie. (2012). Hepatitis B vaccinatie (pre)dialyse patiënten. Nefrologie. https://www.nefro.nl/sites/www.nefro.nl/files/richtlijnen/Protocol%20hepatitis%20B%20vaccinatie%202012.pdf
Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen. (2011). Richtlijn hepatitis C monoïnfectie. MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_HCV_definitief_t.b.v._website.pdf

Richtlijncommissie van de Nederlandse Federatie voor Nefrologie. (2016). Richtlijn voor onderzoek en behandeling van patiënten met HIV en nierziekten. Nefrologie. https://www.nefro.nl/sites/www.nefro.nl/files/richtlijnen/Richtlijn%20HIV%20en%20nierziekten%2C%20aangepast%202016.pdf
Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm- en Leverartsen. (2015, oktober). Handleiding Behandeling IBD. MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Document_volledig_Handleiding_met_literatuur_def.pdf
Richtlijncommissie NFN. (2016). Richtlijn Laboratoriumbepalingen en periodiek onderzoek bij stabiele chronische HD en PD patiënten. Nefrologie. https://www.nefro.nl/sites/www.nefro.nl/files/richtlijnen/Laboratoriumbepalingen%20en%20periodiek%20onderzoek%20dialysepatienten%2C%202016.pdf
Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding. (2020). Landelijke adviezen voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen. RIVM. https://lci.rivm.nl/sites/default/files/2020-02/Chronisch%20inflammatoire%20aandoeningen_0.pdf
Nederlandse Vereniging voor Neurologie. (2012, december). Immunomodulerende en -suppressieve behandeling MS. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/multipele_sclerose/immunomodulerende_en_immunosuppressieve_beh.html?query=vaccinatie#tab-content-substantiation
Vereniging Klinische Genetica Nederland. (2012). Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Begeleiding van volwassenen met Myotone Dystrofie type I (DM1). MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Richtlijn_Myotone_Dystrofie_2013.pdf
Vereniging Klinische Genetica Nederland. (2013, maart). Behandeling respiratoire complicaties bij DM1. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/myotone_dystrofie_type1/respiratoire_zorg_bij_dm1/behandeling_respiratoire_complicaties_bij_dm1.html#tab-content-substantiation
Landelijke werkgroep Paroxysmale Nachtelijke Hemoglobinurie. (2016). Richtlijn Paroxysmale Nachtelijke Hemoglobinurie. Hematologie. https://hematologienederland.nl/wp-content/uploads/2019/07/Richtlijn-PNH-2016_def.pdf
Nederlandse Federatie voor Nefrologie. (2020, mei). Hepatitis-B-vaccinatie bij eindstadium nierfalen. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg_bij_eindstadium_nierfalen/startpagina_-_zorg_bij_eindstadium_nierfalen.html?query=hepatitis#preface
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. (2019, oktober). Reumatoïde Artritis. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/reumato_de_artritis_ra/organisatie_van_zorg_bij_reumatoide_artritis.html
Werkgroep Hemoglobinopathie Behandelaren. (2017, oktober). Richtlijn behandeling sikkelcelziekte. Hematologie. https://hematologienederland.nl/wp-content/uploads/2019/07/richtlijn_sikkelcelziekte_2017.pdf
Nederlandse Vereniging Maag-Darm-Leverziekten. (2020, januari). Tofacitinib bij Colitis Ulcerosa. MDL. https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/richtlijnen/Tofacitinib%20bij%20Colitis%20Ulcerosa%20%28finale%20versie%2027-1-2020%29.pdf
Werkgroep niet-oncologische hematologie van de Nederlandse Vereniging voor Hematologie. (2019). Richtlijn voor behandeling van patiënten met trombotische microangiopathie. Hematologie Nederland. https://hematologienederland.nl/wp-

content/uploads/2020/02/Richtlijn-TMA-2019_.pdf
Nederlandse Federatie voor Nefrologie. (2020, mei). Zorg bij eindstadium nierfalen. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg_bij_eindstadium_nierfalen/hepatitis-b-vaccinatie_bij_eindstadium_nierfalen.html
Numans, M. E., Perquin, M. J., van Putten, A. M., Richter, C., Vrolijk, J. M., Sijborn, M., & Bouma, M. (2016, maart). Virushepatitis en andere leveraandoeningen. NHG. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/virushepatitis-en-andere-leveraandoeningen
Nederlandse Internisten Vereniging. (2020, mei). Zorg bij eindstadium nierfalen. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg_bij_eindstadium_nierfalen/hepatitis-b-vaccinatie_bij_eindstadium_nierfalen.html
Nederlandse Federatie voor Nefrologie. (2019). Richtlijn voor behandeling van patiënten met trombotische microangiopathie. Hematologie Nederland. https://hematologienederland.nl/wp-content/uploads/2020/02/Richtlijn-TMA-2019_.pdf
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). Vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen. LCI. https://lci.rivm.nl/richtlijnen/vaccinatie-bij-chronisch-inflammatoire-aandoeningen
Nederlandse Internisten Vereniging. (2020, mei). Hepatitis-B-vaccinatie bij eindstadium nierfalen. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/zorg_bij_eindstadium_nierfalen/startpagina_-_zorg_bij_eindstadium_nierfalen.html
Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie. (2016, april). Therapie miltschade Hodgkinlymfoom. Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/miltschade_na_hodgkinlymfoom/therapie_miltschade_hodgkinlymfoom.html
Bischoff, E., Bouma, M., Broekhuizen, L., Donkers, J., Hallensleben, C., de Jong, J., Snoeck-Stroband, J., in 't Veen, J. C., van Vugt, S., & Wagenaar, M. (2020). COPD. NHG. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/copd
De Jong-Potjer, L. C., Beentjes, M., Bogchelman, M., Jaspar, A. H. J., & van Asselt, K. M. (2011, juni). Preconceptiezorg. NHG-Richtlijnen. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/preconceptiezorg
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2007). Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Cystic Fibrosis. NVALT. https://www.nvalt.nl/kwaliteit/richtlijnen/infectieziekten/_/Infectieziekten/Richtlijn%20Cystic-Fibrosis%20September%202009.pdf

Bijlage 4. Analyse farmaceutische kengetallen extramurale vergoeding vaccin

Introductie

In dit adviesrapport zijn de knelpunten in kaart gebracht waardoor vaccinaties voor medische risicogroepen die onder de basisverzekering vallen geen doorgang vinden. Om inzicht te krijgen in de omvang van dit probleem, zijn data benodigd over de vergoeding van vaccinaties. Vaccinaties kunnen zowel intramuraal als extramuraal worden geleverd. Vanwege het ontbreken van een zorgactiviteit kunnen de intramuraal geleverde vaccinaties niet achterhaald worden in ziekenhuisdatabases. Extramuraal geleverde vaccinaties worden wel geregistreerd en zijn onder andere terug te vinden in de database van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). De SFK heeft gegevens beschikbaar over alle verstrekkingen van openbare apotheken: wijkapotheken, dienstapotheken, poliklinische apotheken en verstrekkingen die artsen in hun dokterstas beschikbaar hebben. Intramurale verstrekkingen of leveringen aan (Wlz-)instellingen zijn niet in de data opgenomen. Van de SFK hebben we geaggregeerde gegevens ontvangen over leveringen en kosten van vaccins.

Met behulp van data van de SFK hebben we de volgende vragen onderzocht:

- In hoeverre krijgen de personen die een vaccinatie hebben gehad die in de basisverzekering is opgenomen, deze vergoed?
- In hoeverre krijgen de personen die een vaccinatie hebben gehad die niet in de basisverzekering is opgenomen, deze toch vergoed? Dit geeft inzicht in hoe vaak de coulanceregeling is toegepast.
- Bij welke vaccins is er sprake van een eigen bijdrage en hoe hoog is deze eigen bijdrage? Uit de signaalanalyse kwam dit voor Pneumovax 23 als een knelpunt naar voren.

Methoden

De SFK data is voor het jaar 2019 geanalyseerd, het meest recente jaar beschikbaar. We hebben de vaccins geëxcludeerd die voornamelijk worden gegeven in het kader van reizigersvaccinaties en niet in het kader van medische risicogroepen. Dit leidde tot de selectie van de volgende vaccins:

- BMR
- DKTP
- DKTP-Hib
- DKTP-Hib-HepB
- DTK
- DTP
- Hib
- HepA
- HepA+B
- HepB
- Meningokokken A+C
- Meningokokken ACWY
- Meningokokken B
- Meningokokken C
- Papillomavirus
- Pneumokokken
- Rabiës
- Tetanus

- Varicella zoster (waterpokken en gordelroos)

De volgende gegevens zijn geanalyseerd, opgesplitst voor de vaccins die wel en niet zijn opgenomen in de basisverzekering:

- Het aantal personen met vergoeding en de bijbehorende kosten.
- Het aantal personen zonder vergoeding en de bijbehorende kosten.
- Het percentage van de personen dat het vaccin vergoed heeft gekregen.
- Het percentage van de kosten dat vergoed werd. Indien een vaccin vergoed is, maar een eigen bijdrage gold, is deze eigen bijdrage meegenomen als eigen betaling.

Voor de vaccins die onderdeel uitmaken van de basisverzekering en die patiënten vergoed hebben gekregen, hebben we geanalyseerd of en hoeveel eigen bijdrage is betaald door de patiënt zelf.

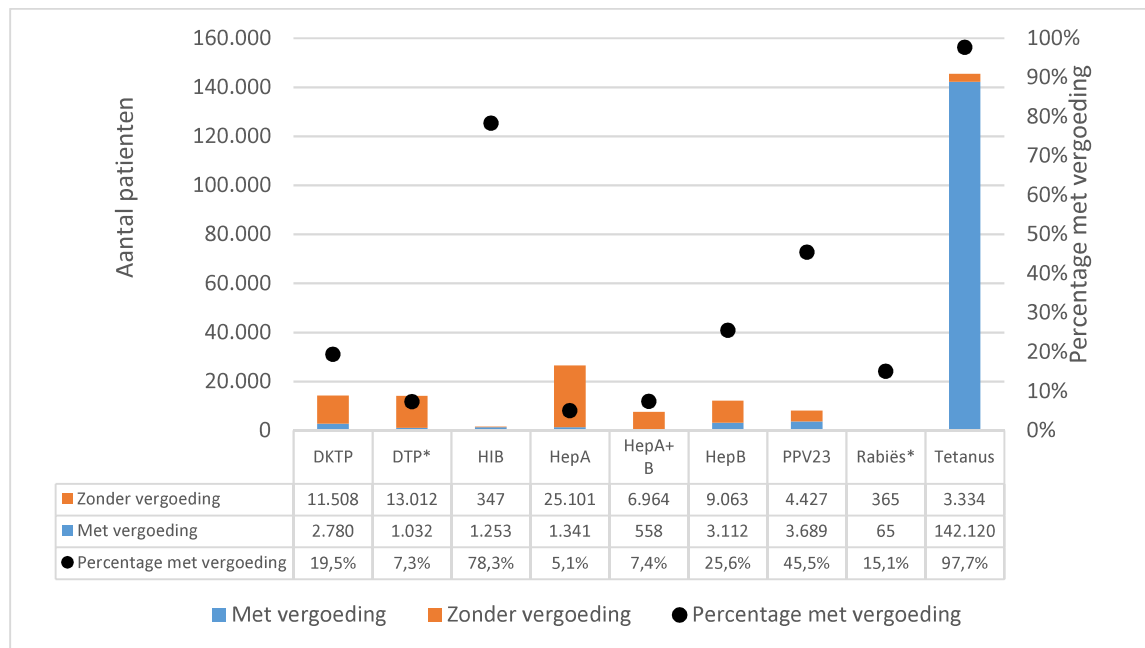
Resultaten

Vaccins opgenomen in basisverzekering

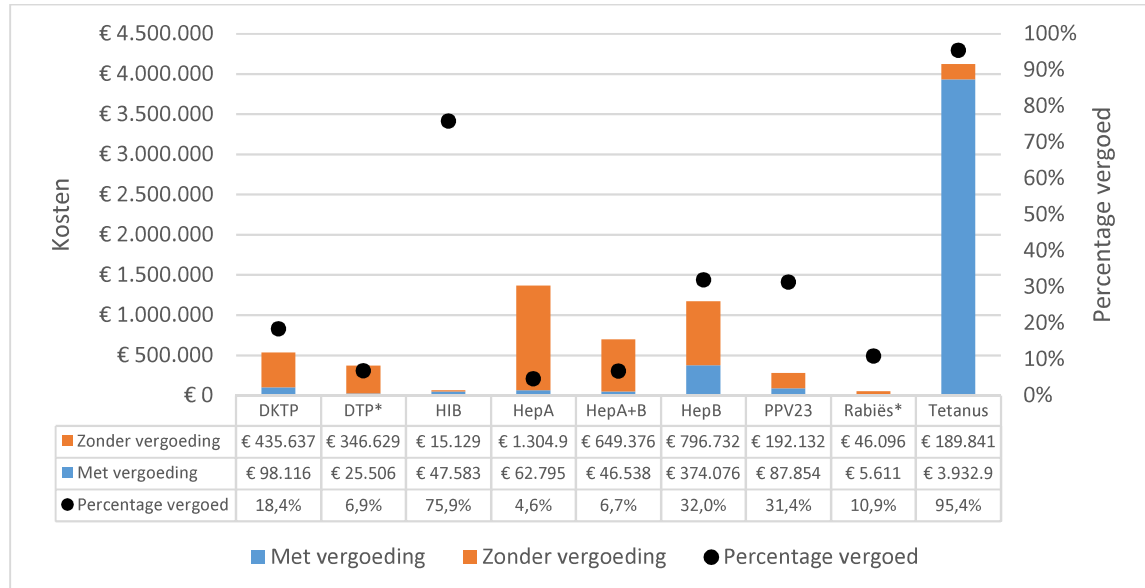
De volgende vaccins zijn opgenomen in de basisverzekering:

- DKTP
- DTP (deels, Revaxis niet)
- Hib
- Hepatitis A
- Hepatitis A+B
- Hepatitis B
- Pneumokokken 23
- Rabiës (deels, alleen Merieux)
- Tetanus

In Figuur 1 is te zien hoeveel personen deze vaccins hebben gehad in 2019 en welk deel van hen deze vergoed heeft gekregen. Figuur 2 laat zien hoeveel kosten hiermee gepaard zijn gegaan en welk deel is vergoed. Uit deze figuren komt naar voren dat voor de meeste vaccins die onder de basisverzekering vallen een groot deel niet betaald werd uit deze basisverzekering. Alleen voor Tetanus kregen in 2019 bijna alle personen de vaccinatie vergoed uit de basisverzekering (97,7 procent). Voor de andere vaccinaties was dit percentage lager, variërend van 5,1 procent voor Hepatitis A tot 78,3 procent voor Hib.



Figuur 1 Aandeel van personen met vergoeding, voor vaccins opgenomen in de basisverzekering, 2019. * Voor DTP zit Revaxis niet in pakket, voor rabiës zit Rabipur niet in pakket. Alleen vaccins die in de basisverzekering zitten zijn meegenomen in deze figuur.



Figuur 2 Aandeel van de kosten vergoed, voor vaccins opgenomen in basisverzekering, 2019. * Voor DTP zit Revaxis niet in pakket, voor rabiës zit Rabipur niet in pakket. Alleen vaccins die in basisverzekering zitten zijn meegenomen in deze figuur

Een deel van de vaccins is opgenomen in het GVS met aanvullende bijlage-2-voorwaarden. De patiënt krijgt het vaccin alleen vergoed vanuit de basisverzekering als hij voldoet aan deze voorwaarden. In Tabel 1 hieronder is weergegeven welke vaccins dit zijn, wat de bijlage-2-voorwaarden zijn en of het vaccin gegeven kan worden in het kader van reizigers- en beroeps vaccinatie. In dat laatste geval komen de kosten ook niet ten laste van de basisverzekering. Ze kunnen mogelijk wel vergoed worden vanuit een aanvullende verzekering.

Tabel 1. Vaccins in het GVS voor medische risicogroepen met bijlage-2-voorwaarden

Vaccin	Bijlage-2-voorwaarden	Vaccinatie buiten medische risicogroep mogelijk (en in SFK data zichtbaar)?	Deel dat vergoed wordt uit basisverzekering in 2019
DKTP	-Personen jonger dan 18 -Zwangeren aangewezen op tetanusprofylaxe	Beroepsvaccinatie	2.780 van de 14.288 personen: 19,5%
DTP	-Personen jonger dan 18 -Zwangeren aangewezen op tetanusprofylaxe	Reizigers- en beroepsvaccinatie	1.032 van de 14.044 personen: 7,3%
Hepatitis A	-Personen met een chronische hepatitis B-infectie -Personen met een chronische hepatitis C-infectie -Personen met een niet-virale chronische leverziekte en daarbij een verhoogde kans op een hepatitis A infectie (tenzij de verhoogde kans op besmetting een gevolg is van reizen, beroepsuitoefening of een epidemie).	Reizigers- en beroepsvaccinatie	1.341 van de 26.442 personen: 5,1%
Hepatitis B	-Personen die aangewezen zijn of op afzienbare termijn aangewezen kunnen zijn op regelmatig gebruiken van bloed- of bloedproducten of dialyse. -Personen met het syndroom van Down of met een daarmee vergelijkbare ernstige chromosomale afwijking en voor zover dit gepaard gaat met een verstoorde afweerfunctie -Partner, gezinslid of huisgenoot van iemand die HbsAg positief is, die anders dan in beroepsuitoefening in een dagverblijf, tehuis, school voor verstandelijk gehandicapten dan wel een sociale werkplaats, blijkens een risicoanalyse van de gemeentelijke gezondheidsdienst, een verhoogde kans op besmetting heeft. -Personen die lijden aan chronische leverziekte.	Reizigers- en beroepsvaccinatie	3.112 van de 12.175 personen: 25,6%
Hepatitis A+B	-Personen die zowel voldoen aan één van de voorwaarden voor een hepatitis A vaccin als aan één van de voorwaarden voor een hepatitis B vaccin.	Reizigers- en beroepsvaccinatie	558 van 7.522 personen: 7,4%
PPV23	-Personen in de leeftijd van 2 jaar of ouder met een onvolwaardige miltfunctie ofwel na miltverwijdering -Personen met lekkage van hersenvocht, sikkelcelziekte, lijdend aan ziekte van Hodgkin, non-Hodgkin lymfoom, myeloom of chronisch lymfatische leukemie. -Personen lijdend aan levercirrose, chronische nierfunctiestoornis, chronisch hartfalen met stuwings, een	Nee	3.689 van de 8.116 personen: 45,5%

Rabiës (Merieux)	<p>ischemische hartziekte of alcoholisme met pneumokokkeninfectie in de anamnese</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personen met een marginale longfunctie. -immuun-gecompromitteerde personen ten gevolge van een auto-immuunziekte, een immunosuppressieve behandeling, een orgaantransplantatie of een beenmergtransplantatie. -Hiv-geïnfekteerde personen met een goede immuunrespons. -Personen die ten gevolge van COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest en restafwijkingen op CT-thorax en afwijkingen van de longfunctie hebben. -Persoon die blootgesteld is geweest aan het rabiës-virus. 	Reizigersvaccinatie	65 van de 430 personen: 15,1%
---------------------	---	---------------------	----------------------------------

Het vaccin voor Meningokokken B is sinds eind 2019 en het vaccin voor Pneumokokken 13 is sinds 2021 in het GVS opgenomen met bijlage-2-voorwaarden voor bepaalde medische risicogroepen. Aangezien de meest recente cijfers van het SFK betrekking hebben op 2019, hebben we deze twee vaccins niet in het overzicht opgenomen.

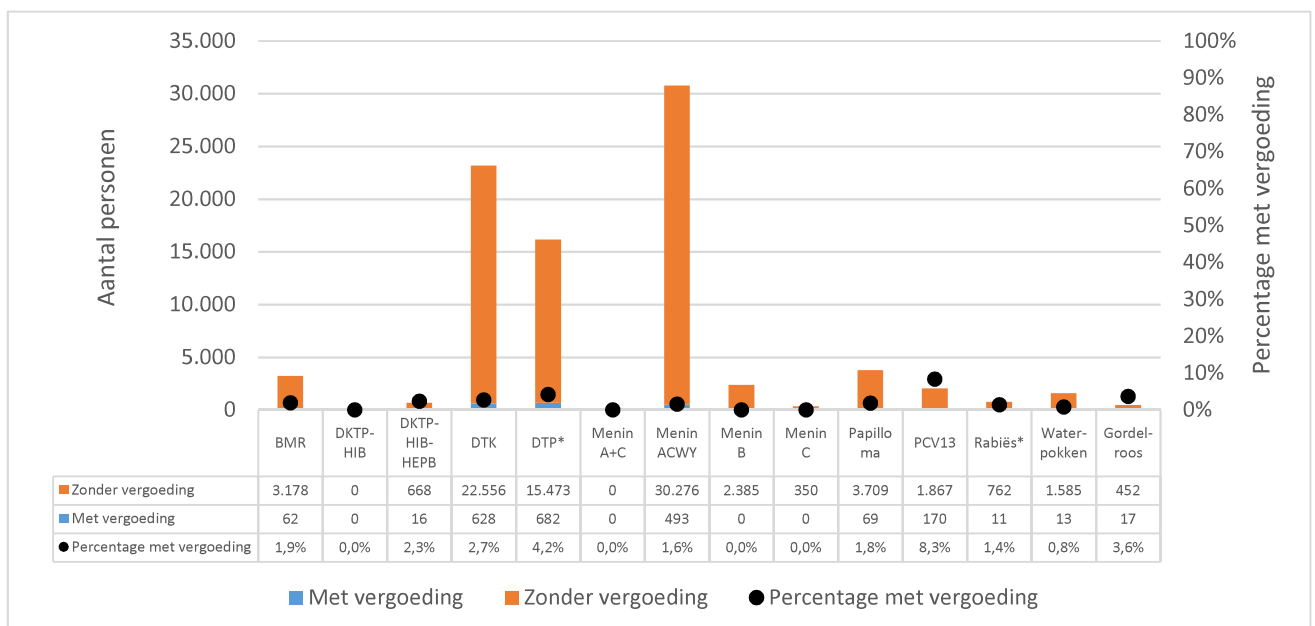
Voor de meeste vaccins die zijn opgenomen in de basisverzekering en ook vergoed zijn door de zorgverzekeraar wordt geen eigen bijdrage gevraagd. Uitzonderingen zijn Hib en PPV23. Voor Hib werd in 2019 €663 eigen bijdrage gevraagd, dat komt neer op €0,53 per persoon. Voor PPV23 werd in 2019 €35.352 eigen bijdrage gevraagd, dat komt neer op €9 per persoon.

Vaccins niet opgenomen in basisverzekering

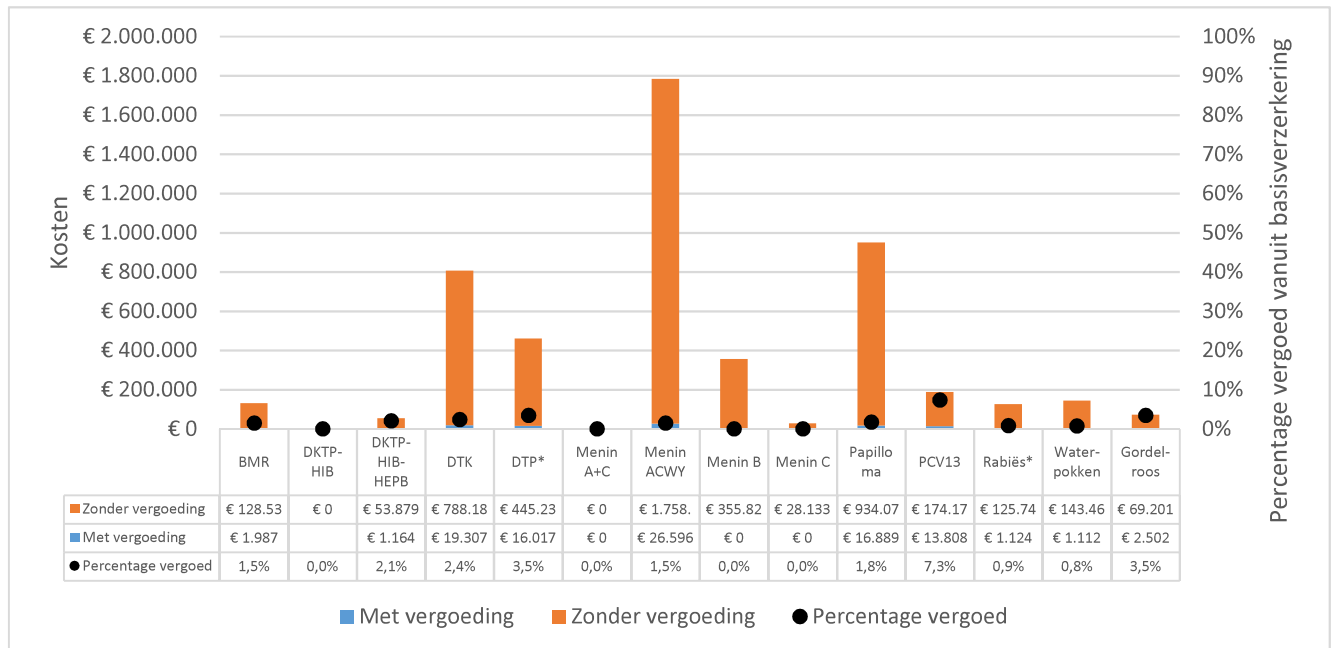
De volgende vaccins zijn niet opgenomen in de basisverzekering:

- BMR
- DKTP-Hib
- DKTP-Hib-HepB
- DTP (deels, Revaxis niet)
- Meningokokken A+C
- Meningokokken ACWY
- Meningokokken B
- Meningokokken C
- Papillomavirus
- PPV13 (vanaf 1 mei 2021 wel in basisverzekering)
- Rabiës (deels, alleen Merieux)
- Waterpokkenvaccin
- Gordelroosvaccin

Uit de analyses komt naar voren dat voor het merendeel van deze vaccins een klein percentage toch betaald wordt door de zorgverzekeraar, variërend van 0,8 procent voor waterpokken tot 8,3 procent voor PPV13 (Figuur 3). In absolute aantallen wordt het DTP het vaakst toch betaald door de zorgverzekeraar; in 2019 was dat het geval bij 628 personen. De hoogste kosten voor de zorgverzekeraar komen ten laste van het meningokokken ACWY vaccin; in 2019 werd voor bijna €27.000 vergoed (Figuur 4). In totaal kwam er een bedrag van €100.506 aan vaccins die niet in de basisverzekering zijn opgenomen ten laste van de zorgverzekeraar.



Figuur 3 Aandeel van personen met vergoeding, voor vaccins niet opgenomen in basisverzekering, 2019. * Voor DTP zit Revaxis niet in pakket, voor rabiës zit Rabipur niet in pakket. Alleen vaccins die niet in de basisverzekering zitten zijn meegenomen in deze figuur.



Figuur 4 Aandeel van de kosten betaald uit basisverzekering, voor vaccins opgenomen in basisverzekering, 2019. * Voor DTP zit Revaxis niet in pakket, voor rabiës zit Rabipur niet in pakket. Alleen vaccins die niet in de basisverzekering zit zijn meegenomen in deze figuur

Discussie

Vaccins opgenomen in de basisverzekering

Uit de resultaten blijkt dat in 2019 bij een groot deel van de patiënten die een vaccin kregen dat is opgenomen in de basisverzekering, deze niet vergoed hebben gekregen. Dit is voornamelijk het geval voor de vaccins voor DKTP, DTP, Hib, HepA, HepA+B, HepB, PPV23 en rabiës (het vaccin Merieux). Het is lastig na te gaan of de personen die het niet vergoed hebben gekregen hier wel recht op hadden gehad, omdat er: 1) aanvullende bijlage-2-voorwaarden aan zijn gesteld of 2) het vaccin gegeven kan zijn in het kader van beroeps- of reizigersvaccinatie. Voor bijna al deze vaccins, behalve Hib, zijn namelijk aanvullende bijlage-2-voorwaarden opgesteld waar iemand aan moet voldoen om recht te hebben op vergoeding. We hadden geen gegevens beschikbaar over het voldoen aan deze voorwaarden en kunnen hier dus geen uitspraken over doen. We hebben ook geen gegevens beschikbaar over vaccins gegeven in het kader van de reizigers- en/of beroepsvaccinatie, die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar mogelijk wel vanuit de aanvullende verzekering. Het enige vaccin waarvoor iedereen een vergoeding zou moeten krijgen is Hib. Hiervoor gelden geen aanvullende bijlage-2-voorwaarden en deze wordt ook niet gegeven in het kader van reizigers- en/of beroepsvaccinaties. Opvallend is dat ruim 20 procent van de personen die deze vaccinatie heeft gehad het zelf betaald heeft.

Voor Hib en voor PPV23 wordt een eigen bijdrage gevraagd. Dit bevestigt het signaal dat naar voren is gekomen over PPV23. Uit de SFK data blijkt dat deze eigen bijdrage in 2019 gemiddeld circa een halve euro per persoon bedroeg voor Hib en negen euro per persoon voor PPV23.

Vaccins niet opgenomen in de basisverzekering

Uit de resultaten komt naar voren dat voor een deel van de vaccins dat niet is opgenomen in de basisverzekering in enkele gevallen toch vergoed wordt. Dit bevestigt het signaal dat verzekeraars soms een coulanceregeling toepassen. Dit kan zorgen voor ongelijkheid in geleverde/verkregen zorg. In 2019 werd hier ruim een ton aan besteed door zorgverzekeraars.

Kanttekeningen bij data

Bij de bevindingen moeten een paar kanttekeningen geplaatst worden. Ten eerste zijn in de SFK data de intramuraal geleverde vaccinaties niet opgenomen. Het geeft daardoor geen compleet overzicht van de geleverde vaccinatiezorg in Nederland. Ten tweede zijn naast de vaccinaties voor medische risicogroepen ook de reizigers- en beroepsvaccinaties in de data opgenomen. Helaas waren er geen gegevens over de indicatie van de vaccinaties beschikbaar. Ten derde heeft de SFK de variabele of een vaccin vergoed is uit de basisverzekering gebaseerd op het gegeven of de rekening naar een verzekeraar is gegaan. Als de verzekeraar bij de SFK onbekend was, is dit in de data gecodeerd als 'niet naar de verzekeraar gegaan' en in onze analyses opgenomen in de groep 'geen vergoeding gekregen'. De SFK geeft aan dat dit om een enkel geval gaat en naar verwachting heeft dit nauwelijks invloed op onze bevindingen.

Samenvatting

Uit de SFK data met extramuraal geleverde vaccinaties in 2019 blijkt dat het merendeel van de vaccinaties dat in de basisverzekering zit, bij een groot deel van de gevaccineerde patiënten niet vergoed is. Voor een deel wordt dit veroorzaakt doordat de persoon niet voldoet aan de bijlage-2-voorwaarden die zijn opgesteld, of doordat het gegeven is in het kader van reizigers- of beroepsvaccinaties. Alleen voor het Hib vaccin maakt iedereen aanspraak op vergoeding. Uit de data blijkt dat dat bij minder dan 80 procent het Hib vaccin vergoed werd. Voor PPV23 en Hib geldt een geringe eigen bijdrage. Voor een deel van de vaccins dat niet in de basisverzekering zit wordt in sommige gevallen toch een vergoeding gegeven, waarschijnlijk in het kader van de coulanceregeling. In totaal gaat dat om ongeveer €100.000 in 2019. Tot slot geven de data aanwijzingen voor een laag aantal vaccinaties vergeleken met de medische risicogroepen die hiervoor in aanmerking komen.

Bijlage 5. Stakeholderinterviews

In aanvulling op de signaalanalyse (met signalen die intern binnen Zorginstituut Nederland zijn verzameld) en de stakeholdersanalyse, hebben we ook interviews met stakeholders gehouden. Deze interviews hadden tot doel om de knelpunten te inventariseren het draagvlak voor mogelijk oplossingsrichtingen onder deze stakeholder inzichtelijk te maken. De interviews zijn ook gebruikt als onderbouwing in de probleemuitwerking per knelpunt.

De interviews met de stakeholders werden verricht door één lid van de projectgroep aan de hand van een vast aantal vragen over respectievelijk: i) rollen en verantwoordelijkheid; ii) knelpunten; en iii) oplossingsrichtingen (zie kader Bespreekpunten interviews).

Er zijn 23 stakeholders via e-mail benaderd om een bijdrage te leveren aan de inhoud van dit adviesrapport. Daarvan hebben achttien inhoudelijk gereageerd (Tabel 1). Aanvullend is er bij dertien stakeholders een interview afgenomen. Van vijf stakeholders hebben we schriftelijke reactie ontvangen. De overige vijf stakeholders hebben niet gereageerd. Hieronder is een samenvatting te vinden over de belangrijkste thema's die tijdens de interviews zijn aangedragen.

Bespreekpunten interviews

Rollen en verantwoordelijkheid

- Hoe ziet u de rol van uw medisch specialisme met betrekking de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen *in de toekomst*?
- Hoe ziet u de rol van *andere* medisch specialismen of zorginstanties met betrekking tot de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen?
- Wie draagt of dragen volgens uw medisch specialisme waar verantwoordelijkheid voor binnen de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen?

Knelpunten

- Welke knelpunten in de toegang tot vaccins ten behoeve van medische risicogroepen worden er ervaren binnen uw medisch specialisme? (Indien verduidelijking nodig: U kan hierbij bijvoorbeeld denken aan knelpunten op het gebied van bewustwording, kenbaarheid, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid (met eventuele voorbeelden).
- Welk knelpunt heeft volgens u de hoogste prioriteit om aangepakt te worden en waarom?

Oplossingsrichtingen

- Welke oplossingen zou uw medische specialisme voor de verschillende knelpunten willen voorstellen of zijn er nodig om de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen te verbeteren?
- Welke oplossingsrichtingen liggen binnen de invloedssfeer van u of uw medisch specialisme?

Samenvatting

Rollen en verantwoordelijkheid

Volgens meerdere stakeholders moeten oplossingsrichtingen worden gezocht in het verduidelijken van de regievoerders rol en de verantwoordelijkheid voor de vaccinatiezorg van medische risicogroepen. Als potentiële oplossing hiervoor geven verschillende beroepsverenigingen voor medisch specialisten aan dat het regievoerderschap nadrukkelijker bij de hoofdbehandelaar gelegd zou kunnen worden. Echter, een belemmering hiervoor is dat de financiële randvoorwaarden voor vergoeding van vaccinatiezorg vaak niet geborgd zijn, waardoor deze rol vaak niet toegeëigend wordt. Een alternatieve oplossingsrichting is om het regievoerderschap bij de huisarts te positioneren. Echter, dit is volgens meerdere stakeholders minder gewenst, omdat vaak de medisch specialistische kennis bij huisartsen ontbreekt die vereist is voor de indicatiestelling en daaruit voortvloeiende vaccinatie advies. Er zou ook gekozen kunnen worden voor een gedeeld regievoerderschap van medisch specialist en huisarts samen, waarbij de huisarts verantwoordelijk is voor patiënten met een lager risicoprofiel en de medisch specialist voor patiënten met een hoger risicoprofiel. Dit vergt echter hele strakke indeling van risicogroepen en zeer nauwe samenwerking tussen huisarts en medisch specialist om te voorkomen dat er alsnog risicogroepen tussen wal en schip terechtkomen.

Infrastructuur vaccinatiezorg medische risicogroepen

Volgens verschillende stakeholders is het tevens van belang dat er een duidelijke en uniforme infrastructuur komt voor de vaccinatiezorg van medische risicogroepen. Nu is er te veel fragmentatie en versnippering binnen de uitvoering van deze vaccinatiezorg voor medische risicogroepen, waardoor veel patiënten tussen wal en schip belanden. Volgens stakeholders zou het creëren van een uniform zorgpad of programma met vooraf aangewezen uitvoerende instantie(s) een mogelijkheid zijn om efficiëntere en effectievere vaccinatiezorg voor medische risicogroepen te realiseren. Wederom worden hier de ontbrekende financiële randvoorwaarden genoemd die een barrière vormen om deze voorgestelde infrastructuur gestalte te geven of te kunnen continueren. Verschillende stakeholders binnen zowel 1^e als 2^e lijn werpen zich op om een prominentere rol te spelen in de uitvoering van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen, variërend van medisch specialisten, huisartsen, GGD'en tot apothekers.

Vergoeding vaccinatiezorg medische risicogroepen

Voor veel stakeholders blijkt de vergoedingsproblematiek van geïndiceerde vaccinaties voor medische risicogroepen in de weg te staan voor oplossen van veel van de genoemde knelpunten in dit adviesrapport. Om deze vicieuze cirkel te kunnen doorbreken zullen er volgens stakeholders zowel binnen de intramurale (DBC) als extramurale geneesmiddelen vergoeding (bijlage-2-voorwaarden van de regeling zorgverzekering) aanpassingen kunnen worden gedaan. Stakeholders uit zowel de 1^e als 2^e lijn geven aan dat de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen bij voorkeur onder een DBC-zorgproduct zou moeten vallen, indien het onderdeel is van een behandeltraject. Positieve gevolgen hiervan zouden kunnen zijn dat de regie over de vaccinatiezorg bij de hoofdbehandelaar blijft en dat vaccinatiezorg efficiënter wordt doordat verwijzingen naar andere uitvoerende instanties, zoals huisartsen en GGD 's, uitblijven. Andere potentiële oplossingsrichtingen binnen de extramurale vergoedingen van vaccins die ten laste kunnen komen van de Zvw betreffen: i) verruiming van potentiële instanties die een vergoedingsaanvraag voor vaccinaties kunnen indienen; ii) aanpassing van de bijlage-2-voorwaarden met verwijzing naar richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen

zijn aanvaard. Deze twee potentiële oplossingsrichtingen zijn nader besproken in Hoofdstuk 6.

Informatievoorziening vaccinatiezorg voor medische risicogroepen

Meerdere stakeholders geven tevens aan dat er op het gebied van informatievoorziening verbeteringen nodig zijn voor zowel patiënten als behandelaren. Informatievoorziening in de vorm van richtlijnen voor behandelaren kenmerkt zich nu door veel variatie en fragmentatie. Enkele stakeholders zijn van mening dat de aanbevelingen voor vaccinatiezorg voor medische risicogroepen op dit moment onvoldoende geborgd zijn in de richtlijnen van de beroepsverenigingen en indien wel aanwezig inconsequent gevolgd worden. Volgens stakeholders zou een oplossing kunnen zijn om meer uniformiteit in de richtlijnen voor vaccinatiezorg van medische risicogroepen te creëren, bijvoorbeeld door de richtlijnen meer te centraliseren. Meerdere stakeholders zijn bereid hiervoor samenwerkingen aan te gaan met andere disciplines. Een voorbeeld hiervan is het Immunostart project van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), wat een samenwerking is van meerdere medisch specialistische disciplines met als doel de vaccinatiezorg voorafgaand aan de start van immuunsuppressie te verbeteren. Centraliseren van de beschikbare richtlijnen en patiëntinformatie zijn belangrijke deelresultaten van dit project. Informatievoorziening voor patiënten moet verbeterd worden volgens meerdere stakeholders. Het initiatief van het RIVM om een digitaal vaccinatieoverzicht voor burgers mogelijk te maken per april 2021 is een goed voorbeeld hoe in de informatievoorziening richting patiënten en behandelaren verbeterd kan worden.

Tabel 1. Stakeholders die inhoudelijk bijgedragen hebben aan het adviesrapport vaccinatiezorg voor medische risicogroepen.

Naam	Functie	Organisatie
Jelte Luinburg Simone van den Bosch	Apotheker	KNMP
Iddo de Ruijter	Huisarts	LHV
Anke Bruns	Internist- infectioloog/hematoloog	NIV
Judith Wilmer	Geriater	NVKG
Joanne Wildenbeest	Kinderarts	NVK
Esther van Wissen	Senior beleidsadviseur	NVOG
Wout Mares Ad van Bodegraven	MDL arts	NVMDL
Margo Kusters-van Someren	Directeur NVMM	NVMM
Marc Bijl	Internist-klinisch immunoloog, reumatoloog	NVR
Margo Overgaag-van Hemert Edwin Stuivenwold	Senior beleidsmedewerker	NZa
Albert Vollaard Marloes Bongers Lieke Sanders	Internist-infectioloog Kinderarts, afdelingshoofd vaccinatie & COVID Kinderarts, Chief Science Officer	RIVM
Christine Ritoe Marleen Relouw Cecile Claus	Adviserend Geneeskundige Beleidsadviseur Adviserend apotheker	ZN
Marvin Berrevoets Sanjay Sankatsing	Internist-infectioloog	NVII
Sigrid van Brummelen	Longarts	NVALT
Fleur Meerstadt-Rombach	Bedrijfsarts	NVAB
Marianne van Maarschalkerweerd	Commissie Belangenbehartiging	Stichting Hematon
Brenda Bosma Agnes Sonnenschein	Associate Director Market Access & Policy Medical Advisor Vaccins	MSD