CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG

Omvang en financiering van het basispakket

Een verkennende internationale vergelijking

Omvang en financiering van het basispakket:

een verkennende internationale vergelijking

Dr. Philip van der Wees, Joost Wammes Msc, Prof.dr. Gert Westert,
Dr. Patrick Jeurissen

Nijmegen, 25 april 2014

Celsus, Academie voor betaalbare zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
	Afkortingenlijst	7
1.	Inleiding	8
2.	Methode	9
3.	Kenmerken van de zorgsystemen in de acht vergeleken landen	11
4.	De verzekerde populatie	12
5.	Het verzekerde basispakket	13
6.	Financiering van het pakket	17
7.	Pakketbeheer	21
8.	Interferenties: pakket en financiering bevinden zich niet in een vacuüm	25
9.	Bestaat er een relatie tussen de omvang van het pakket en de financiering?	28
10.	Conclusies	31
	Dankwoord	32
	Literatuur	33

Bijlagen

Bijlage 1: Indicatoren voor omvang en financiering van het basispakket

Bijlage 2: Uitwerking van de indicatoren

Samenvatting

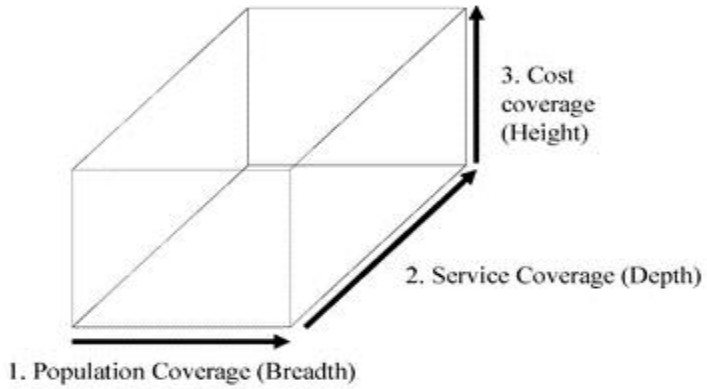
Achtergrond

De stijgende kosten van de zorg vormen een cruciale budgettaire uitdaging voor veel Westerse landen. Dit is ook in ons land het geval. Behalve meer doelmatigheid, zijn de omvang van het basispakket en de hoogte van eigen betalingen mogelijke sturingsinstrumenten voor de beteugeling van de zorguitgaven. In ons land is het verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2013 verhoogd naar € 350, een substantiële stijging. Dit onderzoek verkent op basis van een internationale vergelijking of er 'uitruileffecten' bestaan tussen (de omvang van) het pakket en de wijze waarop dit wordt gefinancierd. Twee vragen staan centraal: a) Hoe verhoudt zich de omvang en de financiering, inclusief de eigen betalingen, van het basispakket in Nederland in vergelijking met andere Europese landen?; b) Bestaat er een 'wisselwerking' (uitruil) in de vergeleken landen tussen de 'omvang' van het pakket en de financiering van het pakket, waaronder de hoogte van de eigen betalingen?

Methode

We vergelijken omvang en financiering van het Nederlandse basispakket met zeven andere Europese landen. We hebben de situatie voor 2013 onderzocht, maar we hebben ook gekeken naar mutaties in de drie jaren daarvoor. We hebben gebruik gemaakt van een explorerende methodiek gebaseerd op bestudering van literatuur en internationale databestanden. We beschrijven het pakket met behulp van drie dimensies:

1. Het deel van de populatie dat verzekerd is of recht heeft op zorg (*breedte: population coverage)*.
2. De feitelijke dekking van verstrekkingen die worden vergoed (*diepte: service coverage*).
3. De mate waarin de kosten worden vergoed, denk aan de verdeling tussen collectieve en private financiering, inclusief eigen betalingen en eventuele compensaties daarvan (*hoogte: cost coverage*).



Deze dimensies staan uiteraard niet los van elkaar; vraag is daarom in welke mate deze dimensies elkaar beïnvloeden. Zijn daarin patronen te ontdekken en welke andere (intermediërende) variabelen hebben invloed op de 'breedte', 'diepte' en 'hoogte' van de collectief gefinancierde zorg? Het is methodologisch niet mogelijk om daar kwantitatieve uitspraken over te doen. Daarvoor is de complexiteit van de zorgsystemen en intermediërende variabelen te groot. Ons verkennend onderzoek heeft daarom een kwalitatief karakter waarmee we de wisselwerking tussen de drie dimensies en beïnvloedende variabelen proberen te duiden.

Resultaten

Omvang en financiering van het pakket

Nagenoeg alle burgers in de onderzochte landen hebben toegang tot alle noodzakelijk geachte (basis)zorg; de breedte van het verzekerde pakket is daarmee nagenoeg maximaal. Alle acht onderzochte landen beschikken voorts over een uitgebreid pakket op de terreinen van de preventie, de eerstelijnszorg, de medisch specialistische zorg, de farmacie, hulpmiddelen en de verloskunde. We hebben wel enkele verschillen gevonden in de 'randen' van de dekking in het pakket voor volwassenen, zoals de tandartszorg, de fysiotherapie en sommige geneesmiddelen. Hoewel deze verschillen beperkt zijn, zijn er wel indicaties dat ons land iets vaker dan andere landen juist dit type verstrekkingen (formeel uitsluit van collectieve dekking.

Pakketbeheer is een veel genoemd instrument om de zorg (op de lange termijn) betaalbaar te houden. In alle acht onderzochte landen kiest men in toenemende mate voor het toepassen van mogelijkheden het verzekerde pakket af te bakenen met behulp van het expliciet maken van 'gepaste zorg' in *evidence-based* richtlijnen. Tegelijkertijd kunnen we van geen van de onderzochte systemen vaststellen dat zij instrumenten hebben die 'garanderen' dat de geleverde zorg vauit de basisverzekering enkel bestaat uit gepaste zorg. Wel lijken activiteiten om gepaste zorg te stimuleren in Nederland en Engeland verder ontwikkeld dan in de andere landen.

De uitgaven aan de curatieve zorg, uitgedrukt in percentages van het BBP, varieert in de onderzochte landen tussen de 7,4 en 9,1%. Nederland scoort met 7,4% het laagst van de vergeleken landen. Het aandeel publieke financiering van de curatieve zorg in de vergeleken landen varieert van 64,9% tot 82,8%. Deze publieke financiering bestaat uit heffingen via (algemene) belastingen en sociale verzekeringen (de laatste via inkomensgerelateerde bijdragen soms in combinatie met nominale premies). Veranderingen in de ene financieringsbron zijn veelal ook van invloed op andere financieringsbronnen. Zo draagt in ons land stijging van het eigen risico bij aan de huidige daling van de nominale premie.

Kijken we naar eigen betalingen dan zijn deze binnen het verzekerde basispakket onder te verdelen in eigen risico, eigen bijdragen bij bepaalde diensten, en eigen bijdragen boven een maximale vergoeding. Er zijn flinke verschillen tussen de landen voor wat betreft eigen betalingen voor (verzekerde) zorg, variërend van 9,6% tot 25,5% van de kosten van de curatieve zorg. We zien ruwweg twee categorieën: Nederland, Duitsland, Engeland, Frankrijk en Schotland hebben lagere eigen betalingen; Zwitserland, België en Zweden hebben hogere eigen betalingen. Binnen het verzekerde basispakket zijn de eigen betalingen in Nederland sterk geënt op een verplicht eigen risico; het aandeel eigen bijdragen is juist laag in vergelijking met de andere landen. Alle landen bieden in meer of mindere mate compensatie aan kwetsbare groepen voor de eigen betalingen binnen het basispakket. Deze mechanismen zijn veelal direct gekoppeld aan het gebruik van zorg; in ons land is dat echter, net zoals in België, veel minder het geval waardoor zorggebruikers relatief weinig 'gevoel' hebben bij financiële compensaties die samenhangen met zorggebruik of inkomen.

Wisselwerking pakket en financiering, met name eigen betalingen

Wij hebben geen patroon gevonden van een algemene wisselwerking tussen enerzijds de omvang van het basispakket en anderzijds de omvang van de eigen betalingen. We hebben geen aanwijzigen gevonden dat een kleiner basispakket (uitgedrukt in de drie onderzochte dimensies) samengaat met lagere eigen betalingen of omgekeerd. Echter, als we kijken naar enkele specifieke onderdelen van de zorg zien we wel een wisselwerking. Daar waar in Nederland de omvang van het basispakket bijvoorbeeld relatief beperkt is voor tandartszorg en fysiotherapie voor volwassenen, werpen andere landen juist een drempel op door middel van relatief hoge eigen bijdragen. De keuze om deze verstrekkingen al dan niet collectief te verzekeren lijkt in de praktijk tot op zekere hoogte 'inwisselbaar' met hoge of juist lagere eigen bijdragen.

De budgettaire impact van deze specifieke verstrekkingen op de totale zorg is echter beperkt. Wel is het zo dat systemen van eigen betalingen die sterk zijn gebaseerd zijn op eigen risico in plaats van op eigen bijdragen, minder (institutionele) logica bieden voor de keuze van wel verzekeren van een verstrekking in combinatie met een hoge eigen bijdrage.

Conclusie

In de onderzochte Europese landen is de diepte van het basispakket sterk vergelijkbaar voor wat betreft de gangbare curatieve zorg. Verschillen hebben hoofdzakelijk betrekking op de 'randen' van het basispakket (voor volwassenen), zoals de tandarts, de fysiotherapie en sommige specifiek uitgesloten verrichtingen en geneesmiddelen. Het niveau van eigen betalingen loopt wel behoorlijk uiteen. Om die reden kan er niet gesproken worden van een algemene wisselwerking (uitruil) tussen de omvang van het basispakket en de financiering ervan (met name in de richting van de eigen betalingen).

Als we echter kijken naar specifieke zorgonderdelen zien we wel een zekere 'wisselwerking'. Daar waar Nederland in het verleden bijvoorbeeld de omvang van het pakket heeft beperkt voor de tandarts en fysiotherapeut (voor volwassenen), werpen andere landen drempels op door middel van relatief hoge eigen bijdragen. De budgettaire en gedragseffecten daarvan op het geheel, zijn echter beperkt door de relatief kleine impact op de totale zorgkosten.

Afkortingenlijst

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAG	Bundesamt für Gesundheid
BBP	Bruto Binnenlands Product
CER	Compensatie Eigen Risico
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandelings Combinatie
DRG	Diagnosis Related Group
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HAS	Haute Autorité Santé
HTA	Health Technology Assessment
HIS	Health Improvement Scotland
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheidswesen
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
RIZIV/INAMI	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SBU	Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering
SNHTA	Swiss Network for Health Technology Assessment
SHI	Social Health Insurance
TLV	Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
WTCG	Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten
Zvw	Zorgverzekeringswet

1. Inleiding

De (stijgende) zorgkosten zijn in veel Europese landen een probleem. Demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing, voortgaande technologische ontwikkelingen en een toename van het aantal chronisch zieken leggen een grote druk op de toekomstbestendigheid van onze gezondheidszorg. Daarnaast kreeg de financiële crisis in 2008 de wereld in haar greep, vooral in Zuid-Europa. Zo zijn de zorgbudgetten in Griekenland, Portugal en - in mindere mate - Spanje met wel twintig procent gekort. Maar ook in het Verenigd Koninkrijk staat de *National Health Service* op de nullijn.[1] Beleidsmakers zien zich genoodzaakt bezuinigingen door te voeren en oplossingen te zoeken om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Ook in Nederland zijn er zorgen over de stijgende kosten. Overheid en zorgsector hebben in een reeks van akkoorden de verplichting op zich genomen om de groei van de zorguitgaven drastisch te verlagen.

Sinds 1 januari 2013 is het verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet verhoogd van €220 naar €350. Tegelijkertijd is de Zorgtoeslag voor de laagste inkomens fors verhoogd, zodat deze groep hier per saldo geen financiële hinder van zal ondervinden. De minister van Volksgezondheid heeft de Tweede Kamer toegezegd deze verhoging van het verplicht eigen risico te evalueren. Hierover heeft zij op 25 oktober 2013 een tussenrapportage naar de Tweede Kamer gestuurd.[2] In dit kader laat zij verder een internationaal vergelijkend onderzoek uitvoeren naar de mogelijke wisselwerking tussen de omvang van het basispakket in de curatieve zorg en de financiering daarvan; met name de eigen betalingen door burgers. Mogelijk is er een wisselwerking - een uitruil - tussen de omvang van het basispakket en de hoogte van de eigen betalingen binnen het pakket.

We vergelijken de omvang en de financiering van het basispakket in Nederland met zeven andere Europese landen. Dat zijn België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Schotland, Zweden en Zwitserland.

Deze internationale vergelijking is uitgevoerd door Celsus, academie voor betaalbare zorg. De resultaten staan in de voorliggende rapportage.

1.1 Doelstelling van het onderzoek

In deze studie onderzoeken we of en in hoeverre er sprake is van een wisselwerking - uitruil - tussen de omvang van het pakket en de financiering daarvan. Het doel van het onderzoek is antwoord te krijgen op de volgende twee vragen.

A. Hoe verhoudt zich de omvang en de financiering, inclusief de eigen betalingen, van het basispakket in Nederland zich in vergelijking met andere Europese landen?
B. Bestaat er een wisselwerking (uitruil) in de vergeleken landen tussen de omvang van het pakket en de financiering van het pakket, waaronder de hoogte van de eigen betalingen?

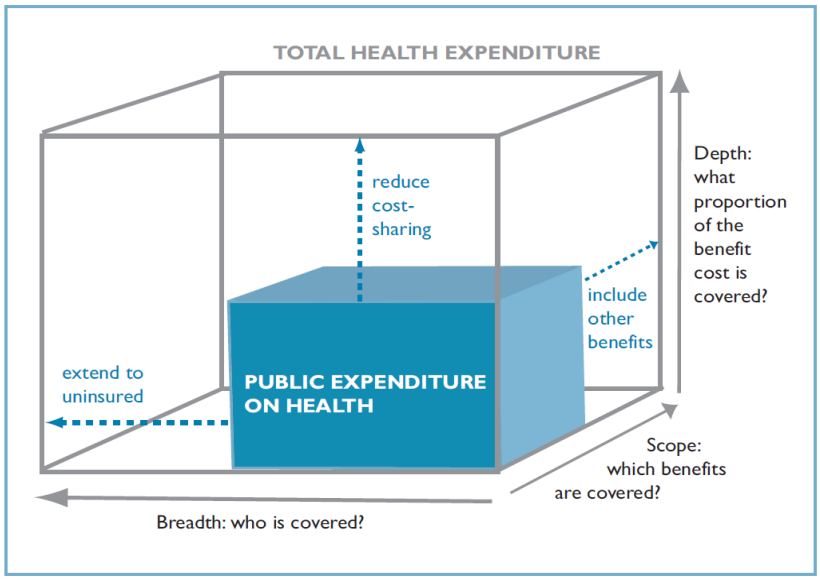
2. Methode

De samenstelling van het basispakket is niet precies vast te stellen. Dat komt door de extreem grote verschillen in diensten die elkaar ook weer beïnvloeden. De enige systematische internationaal vergelijkende pakketinventarisatie tot dusver - de Health BASKET studie die tussen 2004 en 2007 werd uitgevoerd - maakt een onderscheid in drie dimensies van het verzekerde pakket:[3,4]

1. Het deel van de populatie dat verzekerd is of recht heeft op zorg (*breedte: population coverage)*;
2. De feitelijke dekking van verstrekkingen die worden vergoed (*diepte: service coverage*), denk aan medisch-specialistische zorg en tandheelkunde.
3. De mate waarin de kosten worden vergoed (*hoogte: cost coverage*), denk daarbij aan de verdeling tussen collectieve en private financiering, inclusief de eigen betalingen en compensaties.

De 'baksteen' in figuur 1 is overgenomen uit de serie *Health Systems in Transition* van de European Observatory on Health Care System[5] en illustreert de financiële toegang tot zorg voor een individuele patiënt op basis van de hierboven genoemde dimensies. Hoewel ze in theorie een waarde kunnen vertegenwoordigen tussen nul en honderd, kunnen we in de praktijk de omvang duiden maar niet vastleggen in een getal. Met name de diepte van het pakket is lastig te definiëren. Dat geldt ook voor hoe om te gaan met compensatiemechanismen die de effecten van eigen betalingen weer in meer of mindere mate afvlakken. De baksteen maakt het wel mogelijk om tot op zekere hoogte eventuele 'uitruilsituaties' tussen de drie dimensies op het spoor te komen. Tot op zekere hoogte omdat er allerlei interfererende factoren zijn: een hoog prijsniveau heeft geen plek in de baksteen, maar kan wel de omvang van het pakket en de financiering daarvan beïnvloeden en er zijn allerlei systeemkenmerken en behandelvariaties die leiden tot meer of juist minder volume. De baksteen is dus een onderzoekshulpmiddel, geen onderzoeksdoel.

Figuur 1: Dimensies van collectief gefinancierde zorg[5]



Indicatoren

Wij hebben de baksteen geoperationaliseerd met 25 indicatoren die zijn afgestemd met de opdrachtgever. Ze hebben betrekking op het pakket en de financiering. Indicatoren voor het pakket zijn gerelateerd aan de breedte, diepte en hoogte van het pakket, maar ook aan het beheer, de toegankelijkheid en de mate van transparantie . We hebben de situatie voor deze indicatoren in 2013 onderzocht, maar ook gekeken naar mutaties in de drie jaren daarvoor. Voor de financiering zijn indicatoren vastgesteld over collectieve en private financiering, compensaties, nominale premies, eigen betalingen en transparantie. In bijlage 1 staat een specificatie van de indicatoren.

Selectie van landen

In overleg met de opdrachtgever is gekozen Nederland te vergelijken met zeven Europese landen: België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Schotland, Zweden en Zwitserland. Deze landen kennen tot op zekere hoogte vergelijkbare sociaal-culturele tradities. Zo behoren curatieve zorg en de financiering daarvan tot de kerntaken van de staat en er wordt gestreefd naar een zekere uniformiteit in gezondheidsuitkomsten. Aan de andere kant vertegenwoordigen ze het hele spectrum van zorgstelsels: van *national health services* tot sociale verzekeringen. Grofweg zijn er drie landen met een *national health service* met ofwel een centrale aansturing (Schotland), een decentrale aansturing (Zweden) of interne markwerking (Engeland). Vijf landen kennen een sociaal verzekeringsstelsel. Daarbinnen zijn verschillen in de mate van competitie: relatief veel competitie (Nederland en Zwitserland), enige competitie (Duitsland) of weinig competitie (België, Frankrijk).[6,7] We merken meteen op dat het moeilijk is internationale data vergelijkbaar te maken.[8] Dat geldt zowel voor kwantitatieve, maar zeker ook voor kwalitatieve vergelijkingen. We hebben in de analyses en interpretering van de bevindingen rekening gehouden met het plausibele feit dat we voor Nederland over meer detailinformatie beschikken.

Bronnen

De beschrijvingen zijn gebaseerd op literatuuronderzoek en waar mogelijk aangevuld met kwantitatieve gegevens. Gebruikte bronnen zijn de rapportages uit de serie *Health Systems in Transition* van de European Observatory on Health Care Systems,[9-16] de *International Profiles of Health Care Systems* van The Commonwealth Fund,[17] het *Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)* van de Europese Commissie,[18] rapportages van de Civitas Health Unit[19-21] en rapportages van de Organization of Economic Cooperation and Development (OECD).[7,22] Voor de kwantitatieve vergelijkingen hebben we gebruik gemaakt van de *Health Data* databank van de OECD[23], twee *International Health Policy* surveys onder burgers door het Commonwealth Fund[24,25] en drie *SHARE* surveys onder burgers ouder dan 50 jaar.[26] Andere gebruikte bronnen in ons onderzoek zijn via specifieke referenties in de verdere tekst aangegeven.

Analyse

De kwalitatieve en kwantitatieve beschrijvingen op basis van de geselecteerde indicatoren zijn gedetailleerd uitgewerkt in bijlage 2. In dit rapport gebruiken we alleen het meest relevante deel van de gevonden resultaten om onze analyse en de daarop gebaseerde conclusies te onderbouwen. Deze drie dimensies staan uiteraard niet los van elkaar en de belangrijkste vraag voor de analyse was daarom in welke mate deze dimensies elkaar beïnvloeden. Zijn daarin patronen te ontdekken en welke andere (intermediërende) variabelen hebben invloed op de 'breedte', 'diepte' en 'hoogte' van de collectief gefinancierde zorg? Het is methodologisch niet mogelijk om daar kwantitatieve uitspraken over te doen. Daarvoor is de complexiteit van de zorgsystemen en intermediërende variabelen te groot. Onze verkennende analyse heeft daarom een kwalitatief karakter waarmee we de wisselwerking tussen de drie dimensies en beïnvloedende variabelen proberen te duiden.

3. Kenmerken van de zorgsystemen van de acht vergeleken landen

Op metaniveau verschilt het basispakket tussen landen met een sociale verzekering (S*ocial Health Insurance*, ofwel SHI) en met voorzieningen (National Health Service, ofwel NHS). In een systeem van sociale verzekeringen is het pakket gespecificeerd in verzekerde aanspraken, waarbij de zorg wordt gefinancierd door inkomensgerelateerde heffingen (via de werkgever), soms in combinatie met een nominale premie. Nederland, België, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland hebben zo'n systeem van sociale verzekeringen; burgers hebben recht op een aanspraak als ze daadwerkelijk zijn verzekerd of staan ingeschreven.[6] In Nederland wordt de zorg gefinancierd door een combinatie van inkomensgerelateerde bijdragen en nominale premies, terwijl in Zwitserland de zorg gefinancierd wordt door met name nominale premies.[7] Bij landen met een voorziening heeft het pakket primair betrekking op de plicht van de overheid om noodzakelijke zorg te leveren, gefinancierd vanuit algemene middelen. Engeland, Schotland en Zweden kennen zo'n voorzieningensysteem waarvan alle inwoners gebruik kunnen maken. Overigens merken burgers in de praktijk veelal niet of ze nu verzekerd zijn voor zorg of 'recht' hebben op een voorziening. Doordat in een systeem van sociale verzekering de burger zich meestal actief moet inschrijven is er in een dergelijk systeem vaak een kleine groep onverzekerden. Bij belastinggefinancierde systemen is de toegang vaak regionaal geregeld: burgers kunnen terecht bij een lokale *health authority*. Hoe groter de publieke oriëntatie van het systeem, hoe groter de rol van de overheid.[7]

Tabel 1 geeft een globale typering weer hoe de zorg is geregeld. Scores voor de mate van discretionaire bevoegdheden bij zorginkoop en de mate van competitie, de inbreng van de overheid bij pakket en de mate van private aanvullingen zijn typeringen. Het Nederlandse systeem kenmerkt zich vooral door de belangrijke rol van contractering in combinatie met prikkels voor competitie onder andere door middel van vrije prijsvorming en selectieve contractering. In Nederland is bovendien sprake van een min of meer landelijke markt, waardoor de scores op deze aspecten meer geprononceerd zijn dan in Zwitserland.[27] In ons land is er relatief veel 'lokale' speelruimte in de nadere precisering en duiding van de verzekerde zorg. In ons land is de rol van de overheid bij de vaststelling van de geboden zorg daardoor iets beperkter dan bijvoorbeeld in Zweden en het Verenigd Koninkrijk door het verzekeringskarakter in combinatie met een systeem van open en functionele aanspraken.[28] In verzekeringssystemen is de rol van private aanvullingen veelal groter; in een underfunded NHS systeem ontstaan vaak private verzekeringen die dupliceren met de publieke voorziening.[6]

Tabel 1: Typering van de zorgsystemen in de verschillende landen

	NL	BE	DL	ENG	FR	SCH	ZWE	ZWI
SHI / NHS	SHI	SHI	SHI	NHS	SHI	NHS	NHS	SHI
Nationaal/Regionaal	NAT	REG	NAT	REG	REG	REG	REG	REG
Natura/Restitutie	N/R	R	N/R	N	N	N	N	N/R
Verticale Integratie	NEE	NEE	NEE	JA	NEE	JA	NEE	NEE
Discretionaire zorginkoop[a]	***	*	**	*	*	NEE	*	**
Mate van competitie	***	*	**	*	*	*	*	***
Pakket: inbreng overheid	**	***	**	***	**	***	***	*
Private financiering	**	**	**	**	***	*	*	***

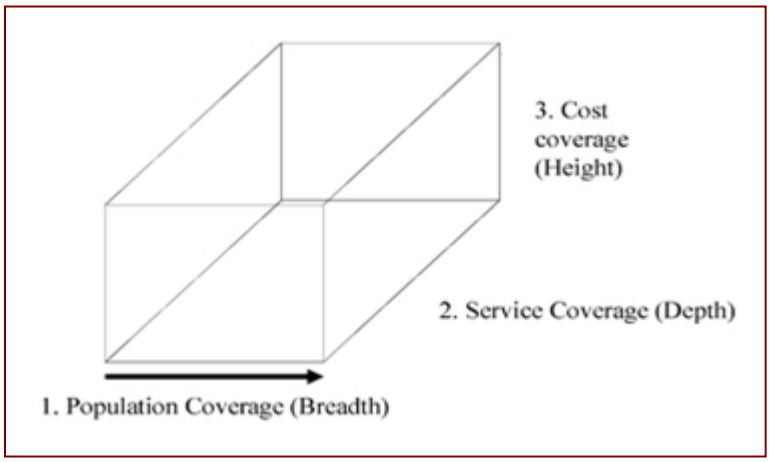
SHI: Social Health Insurance; NHS: National Health Service; NAT: Nationaal; REG: Regionaal; N:Natura, R:Restitutie

NL: Nederland, BE: België; DL: Duitsland; ENG: Engeland; FR: Frankrijk; SCH: Schotland; ZWE: Zweden, ZWI: Zwitserland

*** = veel; ** = gemiddeld; * = weinig: globale typering op basis van kenmerken van de zorgsystemen

[a] Keuzemogelijkheden voor discretionaire en autonome inkoop van zorg door verzekeraars (SHI) of commissioners (NHS)

4. De verzekerde populatie (population coverage)

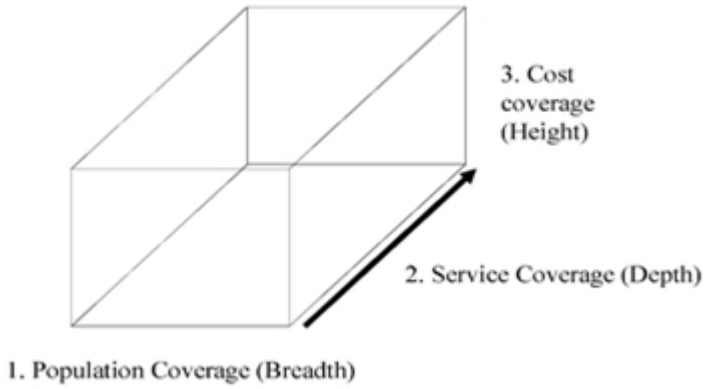


In Nederland is de zorgverzekering wettelijk verplicht voor alle ingezeten met uitzondering van een kleine groep gemoedsbezwaarden en militairen die vrijgesteld zijn van de verzekeringsplicht. Na actieve opsporing van onverzekerden door het College voor Zorgverzekeringen in 2011 en 2012 is het percentage verzekerden in 2013 gestegen tot 99.8 procent.[29] België, Duitsland en Zwitserland kennen ook wettelijk verplichte verzekeringen via een zorgverzekeraar. Ook hun dekking is met 99,5 procent vergelijkbaar met die van Nederland.[10,11,19,21,22] Duitsland heeft een systeem dat vergelijkbaar is met de situatie in Nederland voor 2006: inwoners onder een bepaalde inkomensgrens zijn verplicht verzekerd bij een ziekenfonds, terwijl hogere inkomens (de keuze hebben om) zich privaat te verzekeren.[10,21] Fransen stromen 'vanzelf' in bij een van de sociale verzekeringsmaatschappijen via bijvoorbeeld hun werkgever.[9] In Engeland, Schotland en Zweden hebben alle inwoners, dankzij het national health service, automatisch toegang tot zorg en daarmee is de dekking universeel.[7,12,14,15] Wij hebben niet specifiek onderzocht in hoeverre niet-verzekerden toch toegang hebben tot zorg. Iets wat niet ondenkbaar is omdat bijvoorbeeld het recht op zorg voor illegale immigranten op Europees niveau bij wet is vastgelegd, maar er in de praktijk ruimte is voor interpretatie en verschillen tussen landen. Dit betreft onder andere verschillen in definities van (sub)groepen van immigranten. [30]

4.1 Conclusie

Uit onze vergelijking blijkt dat in de acht onderzochte landen nagenoeg iedereen recht heeft op dan wel verzekerd is voor alle noodzakelijk geachte (basis)zorg.

5. Het verzekerde basispakket (service coverage)



Onder het verzekerde basispakket verstaan we zorg (waaronder procedures voor diagnostiek en interventie, geneesmiddelen, technologieën en hulpmiddelen) die toegankelijk is dankzij publiek geborgde financiering. In dit hoofdstuk beschrijven we de omvang (diepte) van dit pakket door middel van aanspraken of voorzieningen. De omschrijving van het basispakket kan op twee manieren plaatsvinden: via een open en via een gesloten omschrijving. Bij een open omschrijving is het pakket gedefinieerd in een generieke (functionele) omschrijving van de aanspraken waarbij in de wet- en regelgeving in grote lijnen is vastgelegd onder welke voorwaarden zorg vergoed mag worden uit de basisverzekering. Bij een gesloten omschrijving zijn de aanspraken daarentegen tot in detail vastgelegd: zorg die niet op de lijst staat, is niet verzekerd.[3,5]

Bij een gesloten omschrijving zijn de specificaties dus expliciet vastgelegd in zogenoemde positieve lijsten van alle verzekerde aanspraken. Bij een open systeem wordt vaak een negatieve lijst gehanteerd van sommige diensten, technologieën of hulpmiddelen die niet tot het verzekerde pakket behoren. Een belangrijke consequentie van een open omschrijving is dat nieuwe zorgvormen, als zij voldoen aan de bepaalde criteria, automatisch (impliciet) toetreden tot het pakket, behalve als die zorg specifiek wordt uitgesloten in een negatieve lijst. Bij een gesloten omschrijving moeten nieuwe zorgvormen eerst op een positieve lijst terechtkomen om voor vergoeding in aanmerking te komen. In de regel is de uitvoeringslast van een gesloten systeem aanmerkelijk hoger dan van een negatieve lijst en van een open systeem. Een ander voordeel van het open systeem is dat nieuwe ontwikkelingen snel in het basispakket opgenomen kunnen worden en dat zorg die niet meer wordt toegepast'vanzelf' uit het pakket verdwijnt. Nadeel is dat ongetoetste zorg het pakket instroomt zonder dat daar een integrale afweging van criteria aan ten grondslag ligt.[31,32]

In landen met een gesloten pakket geldt veelal dat de uitvoeringslast van positieve lijsten vraagt om aanvullende maatregelen om toegang van nieuwe noodzakelijke zorg te garanderen. Nuffield Trust concludeert dat controle op instroom op basis van positieve lijsten complex is, te weinig recht doet aan de professionele verantwoordelijkheid van professionals en te weinig flexibiliteit biedt aan inkopers van zorg.[32] Voor de toepassing van positieve lijsten lijkt alleen de instroom van geneesmiddelen makkelijker te beheren. Waarschijnlijk omdat het om een beperkt pakket van zorgproducten gaat waarvoor in theorie afgebakende indicaties bestaan.[33]

België en Frankrijk kennen een gesloten beschrijving van de verzekerde aanspraken met positieve lijsten met daarop 7000-8500 verrichtingen.[9,11] Ook Duitsland hanteert positieve lijsten, maar die zijn minder gedetailleerd en zijn niet voor alle onderdelen van de zorg lijsten beschikbaar.[3,10,21] Nederland, Engeland,

Schotland, Zweden en Zwitserland kennen een open systeem, waarbij in meer of mindere mate beperkingen op aanspraken in negatieve lijsten zijn ondergebracht. Geneesmiddelen nemen in de omschrijving van aanspraken een aparte positie in en zijn in vijf van de acht landen vastgelegd in een gesloten systeem met positieve lijsten. Duitsland, Engeland en Schotland hanteren een negatieve lijst van geneesmiddelen die niet vergoed worden.[7,9-15,17-21]

5.1 Wat zit er in het basispakket?

In tabel 2 staan de belangrijkste overeenkomsten en verschillen in het basispakket voor volwassenen. In alle landen zit de gangbare curatieve zorg in het basispakket en in alle landen wordt cosmetische chirurgie zonder medische noodzaak uitgesloten. Er zijn beperkte verschillen tussen de onderzochte landen. De reguliere tandartszorg voor volwassenen is in Nederland en Zwitserland niet gedekt; in België, Duitsland, Engeland Frankrijk, Schotland en Zweden is de tandarts voor volwassenen gedekt via de basisverzekering. In Nederland wordt eerstelijns fysiotherapie voor volwassenen enkel vergoed voor de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie, voor een aantal chronische aandoeningen vanaf de 21e behandeling en als onderdeel van medisch specialistische zorg binnen DBCs. In Zwitserland vergoedt de verzekeraar de eerste negen behandelingen fysiotherapie voor volwassenen binnen drie maanden na verwijzing. In Engeland en Schotland wordt fysiotherapie voor volwassenen volledig vergoed. Ook België, Duitsland, Frankrijk, en Zweden vergoeden fysiotherapie voor volwassenen, maar brengen wel eigen bijdragen in rekening. In hoofdstuk 6 gaan we dieper in op de eigen bijdragen.

Tabel 2: Basispakket curatieve zorg voor volwassenen[a]

Diensten	NL	BE	DL	ENG	FR	SCH	ZWE	ZWI
Huisartsenzorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Medisch specialistische zorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Verloskundige zorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ziekenhuisopname	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Revalidatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Preventie	Ja[b]	Ja[b]	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tandarts	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Geestelijke gezondheidszorg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Fysiotherapie	Spec[c]	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ergotherapie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Logopedie	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Medische hulpmiddelen	Ja[d]	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Cosmetische chirurgie	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

NL: Nederland, BE: België; DL: Duitsland; ENG: Engeland; FR: Frankrijk; SCH: Schotland; ZWE: Zweden, ZWI: Zwitserland
Bronnen: Health Systems in Transition, European Observatory on Health Care Systems; International Profiles of Health Care Systems 2012, The Commonwealth Fund; MISSOC; WHO Medicines Documentation (apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/11.3.html)
[a] De vergelijking in deze tabel heeft betrekking op de populatie volwassenen van 19-60 jaar zonder chronische ziekte of laag inkomen. Uitzonderingen op de verzekerde aanspraken zijn mogelijk op basis van medische indicatie.
[b] Bevolkingsonderzoek zoals screening op kanker maakt geen deel uit van het basispakket maar wordt vergoed via algemene belastingen.
[c] Specificatie: Alleen vergoeding voor negen behandelingen eerstelijns bekkenfysiotherapie, een aantal chronische aandoeningen na de 20e behandeling,; en daarnaast fysiotherapie die onderdeel uitmaakt van medisch-specialistische zorg
[d] Eenvoudige hulpmiddelen zijn in Nederland uitgesloten van de basisverzekering

Tabel 2 illustreert dat het overgrote deel van de beschikbare curatieve zorg voor volwassenen in alle landen wordt vergoed. In de marge zien we wel dat bij sommige verrichtingen zoals tandartszorg en

fysiotherapie voor volwassenen de dekking in ons land iets beperkter is. In de praktijk geldt verder dat voorgeschreven medicijnen waarvoor een medische noodzaak bestaat in alle landen vergoed worden, al zijn in ons land maagzuurremmers en slaap- en kalmeringsmiddelen grotendeels uitgezonderd van dekking, terwijl die in de andere landen wel vergoed worden.

Het beeld van verschillen tussen de landen in dekking voor volwassenen aan de 'randen' van het pakket kan verder worden geïllustreerd met brillenglazen, ooglaseren, sterilisatie en IVF. Brillenglazen worden vergoed in Frankrijk en Zweden; in België alleen bij zeer sterke oogafwijkingen. In Nederland, Duitsland, Engeland, Schotland, Zwitserland worden brillenglazen niet vergoed. Ooglaseren wordt in België door sommige ziekenfondsen vergoedt, door andere niet. In Engeland, Schotland, Zwitserland en Frankrijk wordt ooglaseren alleen onder zeer specifieke indicaties - als contactlenzen en brillen niet werken - vergoed. In Duitsland en Nederland wordt ooglaseren niet vergoed. Sterilisatie wordt in Nederland niet vergoed. In België en Duitsland wordt sterilisatie bij bepaalde indicaties wel vergoed. Voor het Verenigd Koninkrijk geldt dat sterilisatie in sommige regio's wel vergoed wordt en in andere niet. In Zwitserland wordt sterilisatie alleen onder zeer strikte omstandigheden vergoed. IVF wordt in alle landen vergoed, maar er zijn verschillen in het aantal vergoede pogingen en in leeftijdsgrenzen.

Alle landen hanteren hetzelfde beleid dat kinderen (meestal tot 18 jaar) een ruimere dekking hebben voor zorg dan volwassenen. Tandartszorg en fysiotherapie zijn voor kinderen in alle landen volledig gedekt uit de basisverzekering. Daarnaast zijn chronisch zieken in alle landen ruimer gedekt voor fysiotherapie en preventie.[7]

5.2 Recente wijzigingen in het basispakket

In de landen van onze vergelijking zijn de afgelopen paar jaar geen grote wijzigingen geweest. Dat beeld wordt bevestigd door onderzoek naar de impact van de financiële crisis op de gezondheidszorg: tabel 3 geeft de expliciete instroom en uitstroom weer tussen 2010 en 2013. In Nederland is eerstelijns fysiotherapie voor een deel uit het basispakket verdwenen. Dit gebeurde ook met de maagzuurremmers in 2012. Daarnaast zijn rollators en andere eenvoudige hulpmiddelen in 2013 uit het pakket gehaald. Dieetadvies en stoppen met roken zijn uit het pakket gehaald, maar er ook weer terug onder gebracht.

Tabel 3: Voorbeelden van recente wijzigingen in het basispakket[a]

	Uitstroom	**Instroom**
Nederland	Beperking aanspraak op fysiotherapie voor volwassenen (2010-2013) Antidepressiva (2011) Anticonceptie (2011) Maagzuurremmers (2012) Dieetadvies (2012) Stoppen met roken (2012) Rollators en andere eenvoudige loophulpmiddelen (2013)	Dieetadvies (2013) Stoppen met roken (2013) Fluoridebehandelingen voor kinderen <6 jr met 'blijvende tanden en kiezen' (2013) Kortdurende verpleeghulpmiddelen (2013)
België	Reductie van aantal indicaties waarvoor zuurstoftherapie vergoed wordt (2012)	Patiënten met onbehandelbare incontinentie ontvangen een vast bedrag materiaal (2011) Reiskosten chronische zieke kinderen in een revalidatiecentrum (2011) Gratis HCP vaccinatie (2010 en 2011).
Duitsland	Beperking van aanspraak op revalidatie in kuuroorden	-

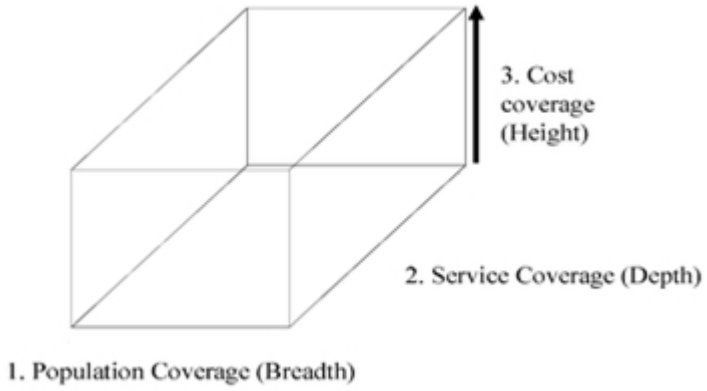
Engeland	-	-
Frankrijk	Vergoeding van geneesmiddelen met relatief lage gezondheidswinst verlaagd van 35% naar 15% (2010)	Abortus wordt volledig vergoed vanaf 2013.
Schotland	-	-
Zweden	-	-
Zwitserland	Brillen voor zowel kinderen als volwassenen (2011)	Optometrie en brillen voor kinderen verzekerd vanaf medio 2012.

[a] In deze tabel is de expliciete uitstroom en instroom weergegeven op basis van de *health system profiles* van de Commonwealth Fund,[17] Mladovski (2013)[1], en websites van overheid en verzekeraars in de verschillende landen. De impliciete instroom op basis van de open omschrijvingen van het verzekerde pakket is niet bekend. We merken op dat we over het algemeen over meer detailinformatie van Nederland beschikken dan van de andere landen in onze vergelijking. Het was niet mogelijk om een volledig en gedetailleerd overzicht te creëren van alle landen.

5.3 Conclusies

In de onderzochte Europese landen is de diepte van het verzekerde pakket vergelijkbaar voor wat betreft de gangbare curatieve zorg. Verschillen hebben hoofdzakelijk betrekking op de randen van het pakket, zoals tandartszorg en fysiotherapie voor volwassenen. Hoewel de verschillen dus beperkt zijn, zijn er wel indicaties dat ons land deze verstrekkingen iets vaker uitsluit van collectieve dekking dan andere landen. Met uitzondering van tandartszorg en - in mindere mate - de fysiotherapie gaat het echter om relatief kleine onderdelen van de totale zorg.

6. Financiering van het basispakket (cost coverage)



De financiële kerngegevens van de vergeleken landen staan in tabel 4. Nederland heeft de hoogste relatieve uitgaven: 11,9 procent van het bruto binnenlands product (BBP) in 2011. Ons land heeft echter de laagste uitgaven als alleen naar de curatieve zorg wordt gekeken (7.4 procent). Het relatief beperkte gebruik van geneesmiddelen lijkt daarbij een rol te spelen.[34]

De financiering van de curatieve zorg valt onder te verdelen in publieke- en private financiering. Onder publieke financiering vallen belastingen (algemeen en/of geoormerkt) en sociale zorgverzekeringen (via inkomensgerelateerde bijdragen en/of nominale premies). Private financiering is onderverdeeld in eigen betalingen en aanvullende verzekeringen. Eigen betalingen zijn de betalingen die een burger verschuldigd is op het moment dat hij bepaalde zorg consumeert. Binnen het basispakket zijn eigen betalingen onder te verdelen in eigen risico, vaste eigen bijdragen, en eigen bijdragen boven een maximale vergoeding.[8,35] Schema 1 biedt een overzicht van de onderdelen van financiering van de zorg op basis van definities van de OECD.[35] Binnen de financiering bestaat er mogelijkheid voor wisselwerking tussen deelaspecten. Zo draagt in ons land stijging van het eigen risico bij aan de huidige daling van de nominale premie.[8]

Schema 1: Onderdelen van financiering van de zorg

Publieke financiering	**Private financiering**
Belastingen • Algemeen • Geoormerkt	Eigen betalingen (out of pocket) • Onverzekerde zorg (direct payments) • Verzekerde zorg (cost sharing) - Eigen risico (deductible) - Vaste eigen bijdragen (co-payments) - Eigen bijdragen boven maximale vergoeding (co-insurance)
Sociale zorgverzekeringen • Inkomensgerelateerde bijdragen • Nominale premies	Aanvullende verzekering

Bron: OECD[35]

De berekening van private financiering en eigen betalingen in de curatieve zorg (tabel 4) hebben we gecorrigeerd voor het eigen risico in Nederland, omdat het CBS de uitgaven van het eigen risico tot de collectieve uitgaven rekent bij het aanleveren van gegevens aan de OECD. Het geschatte percentage eigen betalingen in Nederland komt daarmee in 2011 ruim drie procent hoger uit op 11,9%, vergelijkbaar met eerdere schattingen van het CPB.[8] Dat ligt op vergelijkbaar niveau als Duitsland, Engeland, Schotland en

Frankrijk. Het percentage eigen betalingen in België, Zweden en Zwitserland is een stuk hoger, variërend van 19,5% tot 25,5%.

Tabel 4. Financiële kerngegevens (2011)

	NL	BE	DL	ENG	FR	SCH	ZWE	ZWI
Uitgaven								
Uitgaven totale zorg als % BBP	11,9	10,5	11,3	9,4	11,6	9,4	9,5	11
Uitgaven curatieve zorg als % BBP[a]	7,4	7,7	8,6	-	9,1	-	7,7	8,1
Uitgaven curatieve zorg ($ KKP)[a]	3171	2978	3421	-	3230	-	3181	4155
Uitgaven geneesmiddelen (% zorg)	9,4	15,5	14,1	11,4	15,6	11,4	12,1	9,4
Per capita geneesmiddelen (€)	479	630	632	374	641	374	474	530
Financiering curatieve zorg[b]								
% Collectief (overheid,sociale zekerheid)	78,5[c]	71,1	77,7	82,8	76,8	82,8	80,5	64,9
% Private financiering (eigen betalingen, aanvullende verzekering, overig)	21,5[c]	28,9	22,3	17,2	23,3	17,2	19,5	35,1
waarvan % eigen betalingen[d]	11,9[c]	25,0	11,7	9,9	9,6	9,9	19,5	25,5

Alle cijfers betreffen OECD health data voor 2011 in het System of Health Accounts.
NL: Nederland, BE: België; DL: Duitsland; ENG: Engeland; FR: Frankrijk; SCH: Schotland; ZWE: Zweden, ZWI: Zwitserland.
BBP: Bruto Binnenlands Product; KKP: Koopkrachtpariteit; AV: aanvullende verzekering
[a] Onder curatieve zorg rekenen we drie categorieën uit de OECD Health Database, analoog aan de definitie van "medische zorg" van het CPB: curatieve zorg en revalidatie, ondersteunende diensten (zoals laboratorium diagnostiek) en medische hulpmiddelen (zoals medicijnen). Berekening percentages: (% BBP curatieve zorg / % BBP totale zorg) x per capita uitgaven gehele zorg.
[b] Uitsplitsing naar categorieën ontbreekt voor Engeland en Schotland en de berekeningen voor deze twee landen zijn gebaseerd op uitgebreidere definitie van zorg waaronder intramurale langdurige zorg en publieke gezondheidszorg vallen.
[c] Voor Nederland zijn de data gecorrigeerd voor het eigen risico omdat het CBS de uitgaven onder het eigen risico tot de collectieve uitgaven rekent bij het aanleveren van gegevens aan de OECD voor het System of Health Accounts. Aan de uitgaven is €1.5 miljard aan eigen betalingen toegevoegd op basis van €170 euro eigen risico in 2011. Het betreft eigen berekeningen analoog aan publicatie over 2010 door CPB.[8] Ongecorrigeerde percentages zijn 81,9% (collectieve financiering), 18,1% (private financiering), en 8,6% (eigen betalingen).
[d] Eigen betalingen betreffen out-of-pocket kosten voor onverzekerde zorg, eigen risico, vaste eigen bijdragen, eigen bijdragen boven een maximale vergoeding conform definitie van de OECD.[35]

6.1 Regelingen voor de eigen betalingen binnen het basispakket

Eigen betalingen binnen het basispakket in de vorm van eigen risico en eigen bijdragen werken als "remgeld" door een deel van het financiële risico bij de burger te leggen. Nederland en Zwitserland hebben in 2013 een verplicht eigen risico van respectievelijk €350 en €250. Zweden heeft in 2013 een eigen risico voor geneesmiddelen van €122 en van €333 voor de tandarts. Het 'eigen risico' in Frankrijk is feitelijk een eigen bijdrage die wordt afgetrokken van de vergoeding. Dit eigen risico kan niet worden verzekerd via een aanvullende verzekering. Het maximum aan eigen risico is vastgesteld op €50 voor een bezoek aan een arts en nog eens €50 voor geneesmiddelen. Kinderen zijn in Nederland, Zweden en Zwitserland vrijgesteld van het eigen risico. In ons land is ook de huisarts vrijgesteld van een eigen risico.

De eigen bijdragen binnen het basispakket variëren sterk (tabel 5). Eigen bijdragen boven de maximale vergoeding (co-insurance) in Zwitserland bedragen tien procent voor alle diensten, in Frankrijk variëren de eigen bijdragen tussen de twintig en vijftig procent voor alle diensten en in België zijn de eigen bijdragen ongeveer vijfentwintig procent. Andere landen kennen vaste eigen bijdragen (co-payments) voor specifieke diensten of middelen. Vier van de acht landen hebben een maximum gesteld aan de eigen bijdrage: België (€450-1800; afhankelijk van het inkomen), Duitsland (2 procent van het inkomen;

~€800 bij modaal inkomen), Zweden (€122 voor bezoek huisarts en specialist; €220 voor hulpmiddelen) en Zwitserland (€570).

Tabel 5: Illustratie van eigen betalingen binnen het basispakket

	Verplicht Eigen Risico	Eigen bijdragen (vaste bijdragen en percentuele bijdragen boven maximale vergoeding)
Nederland	€350	€95 zittend ziekenvervoer per jaar €69 (<16 jr) en €137,59 (≥16 jr) orthopedische schoenen per jaar €4 per uur kraamzorg €20 per sessie psycholoog €32 per dag niet-medische kraamzorg 25% van kosten tandheelkundige prothese €125 prothese op tandheelkundige implantaten 25% van prijs hoortoestel
België	Nee	Remgelden van 25% op de meeste diensten. Eigen bijdrage geneesmiddelen tot 80% in tranches (0-25-50-60-80%) €40 eerste dag ziekenhuis; daarna €13 per dag; plus €1 voor geneesmiddelen, €7 voor lab testen, €6 voor radiodiagnostiek Maximum: €450-1800 afhankelijk van inkomen; €10,80-13,50 per voorgeschreven geneesmiddel voor sommige tranches
Duitsland	Nee	€5-10 voor geneesmiddelen €10 per dag ziekenhuis en revalidatiecentrum (tot max 28 dagen) 10% eigen bijdrage fysiotherapie + €10 per bezoek Maximum: 2% inkomen
Engeland	Nee	€10 voor geneesmiddelen €240 voor tandarts traject Maximum: Bij hoog medicijngebruik kan eigen bijdrage via 'abonnement' afgekocht worden voor €124 per jaar
Frankrijk	€50[a]	20-50% voor verschillende services: huisarts, ziekenhuis, tandarts, laboratorium Eigen bijdrage tot 85% geneesmiddelen in tranches (0-35-65-85%) afhankelijk van meerwaarde en ziektelast
Schotland	Nee	80% tandartskosten met max van €450
Zweden	€122-333[b]	€11-22 per bezoek huisarts €25-35 per bezoek medisch specialist €9 per dag ziekenhuisopname Eigen bijdrage voor paramedische hulp en hulpmiddelen verschillen op lokaal niveau Maximum: €122 voor huisarts/specialist, €220 voor hulpmiddelen, €600 voor geneesmiddelen[c]
Zwitserland	€250	10% over alle services €8 voor opname ziekenhuis Maximum: €570

SHI: Social Health Insurance; NHS: National Health Service; ER: Eigen Risico; EB: Eigen Betalingen; Max: Maximum aan Eigen Bijdragen
Bronnen: Health Systems in Transition, European Observatory on Health Care Systems; International Profiles of Health Care Systems 2012, The Commonwealth Fund; MISSOC; WHO Medicines Documentation (apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/11.3.html)
[a] Burgers betalen 'eigen risico' van €50 voor een range aan services (geneesmiddelen, arts, ambulance, ziekenhuis) die wordt afgetrokken van vergoeding en niet herverzekerbaar is
[b] Eigen risico geneesmiddelen €122; voor tandarts is eigen risico €333

[c] Bij kosten hoger dan eigen risico van €122 bestaan graduele subsidies met eigen betalingen aflopend van 50% tot 10% van de kosten. Boven €600 aan kosten geldt geen eigen bijdrage.

Alle landen bieden in meer of mindere mate compensatie aan kwetsbare groepen voor de eigen betalingen binnen het basispakket. Deze zijn in alle onderzochte landen gericht op chronisch zieken. Ouderen en zwangere vrouwen worden in drie, respectievelijk vier van de onderzochte landen gecompenseerd. In sommige landen kunnen zorgkosten worden opgevoerd als een fiscale aftrekpost. Deze mechanismen zijn veelal direct gekoppeld aan het gebruik van zorg; in ons land is dat echter, net zoals in België, veel minder het geval waardoor zorggebruikers relatief weinig 'gevoel' hebben bij financiële compensaties die samenhangen met zorggebruik of inkomen. Nederland hanteert bij het gebruik van compensatiemechanismen een relatief sterke scheiding tussen het moment van vergoeding, het moment van zorgconsumptie en de verbindingen hiertussen. De Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (WTCG) en Compensatie Eigen Risico (CER) zijn specifieke regelingen die op het moment van zorggebruik van ondergeschikt belang zijn. Nederland en Zwitserland kennen verder compensatie voor de nominale premie in de vorm van een toeslag voor mensen met lagere inkomens. Onderzoek in Nederland laat zien dat iets meer dan de helft van de chronisch zieken en gehandicapten niet weet wat de compensatie van het eigen risico inhoudt of wanneer men er recht op heeft.[36,37]. Omdat burgers zich niet bewust zijn van de compensatie die ze ontvangen, ontstaan er mogelijk remeffecten juist voor die groepen die recht hebben op compensatie. Tabel 6 geeft een overzicht van compensatiemechanismen voor eigen risico en eigen bijdragen.

Tabel 6: Compensatiemechanismen eigen risico en eigen bijdragen binnen het basispakket

	Compensatiemaatregelen voor delen van het pakket					**Compensatie bij gebruik**[a]	**Belast inguit gaven**[b]
	Chronisch zieken	Lage inkomens	Ouderen	Kinderen	Zwangeren		
Nederland	X	X		X		Nee	Nee
België	X	X	X			Nee	Nee
Duitsland	X	X		X	X	Ja	Ja
Engeland	X	X	X	X	X	Ja	Nee
Frankrijk	X	X		X	X	Ja	Ja
Schotland	X	X	X	X	X	Ja	Nee
Zweden	X			X		Ja	Nee
Zwitserland	X	X	X	X	X	Nee	Ja

Uitgewerkt op basis van Paris 2010, p. 247; deze studie beschrijft de resultaten van de OECD Survey on health system characteristics 2008-2009
[a] Compensatie die direct gekoppeld is aan gebruik in plaats van achteraf of vooraf compensatie
[b] Aftrekpost voor belasting

6.2 Conclusie

De uitgaven van de curatieve zorg in Nederland bedragen 7,4 procent van het bruto binnenlands product en Nederland scoort daarmee het laagst van de vergeleken landen. Het percentage eigen betalingen voor verzekerde en onverzekerde zorg ligt in Nederland op vergelijkbaar niveau als Duitsland, Engeland, Schotland en Frankrijk. Het percentage eigen betalingen in België, Zweden en Zwitserland is een stuk hoger. Er zijn flinke onderlinge verschillen tussen de landen in omvang, vormgeving en compensatie voor de eigen betalingen binnen het verzekerde pakket.

7. Pakketbeheer

In de voorgaande hoofdstukken hebben we de overeenkomsten en verschillen tussen de acht landen in kaart gebracht ten aanzien van breedte, diepte en hoogte van het pakket. Een directe en aan belang toenemende manier om in het kader van de betaalbaarheid op de langere termijn de diepte van het pakket te beïnvloeden is het beheer van instroom en uitstroom. In veel landen zijn de instituties en de instrumenten die dit proces dienen te kanaliseren nadrukkelijker in beeld gekomen. Het pakketbeheer is van groot belang bij de precisering van het verzekerde pakket. In een vergelijking tussen Engeland, Australië en Canada bleek bijvoorbeeld dat de instroom van een vergelijkbare set onderzochte geneesmiddelen varieerde van 49.6% in Canada, 54.3% in Australië, tot 87.4% in Engeland.[38] In dit hoofdstuk gaan we daarom in op het pakketbeheer in de verschillende landen van onze vergelijking.

7.1 Onderzoek, beoordeling en besluitvorming voor instroom en uitstroom

Hutton onderscheidt drie fasen in het beheer van het pakket: onderzoek (assessment), oordeel en advies (appraisal), en besluitvorming (decision-making).[39] Tabel 7 bevat de primaire 'spelers' in deze drie fasen. Vanwege de lange historie en ervaring zijn de processen en criteria voor onderzoek, beoordeling en besluitvorming het meest uitgewerkt voor geneesmiddelen.

Tabel 7: Beheer van het pakket: Onderzoek, beoordeling en besluitvorming

	Onderzoek	Beoordeling	Besluitvorming
Nederland	CVZ	CVZ	Minister Volksgezondheid / CVZ (duidingen)
België	KCE	RIZIV/INAMI	Minister Sociale Zaken
Duitsland	IQWiG	G-BA	G-BA
Engeland	NICE	NICE	NICE
Frankrijk	HAS	UNCAM	UNCAM
Schotland	HIS[a]	HIS	HIS
Zweden	TLV[b]	TLV	TLV
	SBU[c]	SBU	Locale councils
Zwitserland	SNHTA	BAG	Minister Volksgezondheid

HTA: Health Technology Assessment; CVZ: College voor Zorgverzekeringen; KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheidswesen; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; HAS: Haute Autorité de Santé; UNCAM: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie; HIS: Healthcare Improvement Scotland; SBU: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering; TLV: Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket; SNHTA: Swiss Network for Health Technology Assessment; BAG: Bundesamt für Gesundheid

[a] HIS in Schotland onderzoekt, beoordeelt en besluit over vergoeding van geneesmiddelen via het Scottish Medicines Consortium (SMC)

[b] TLV in Zweden onderzoekt, beoordeelt en besluit over vergoeding van geneesmiddelen en tandartszorg

[c] SBU in Zweden onderzoekt en beoordeelt technologieën en interventies. De besluitvorming voor vergoeding ligt bij locale councils op basis van het decentrale NHS stelsel.

Onderzoek

Health Technology Assessment (HTA) is een verzamelnaam voor evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg, en dient als instrument ter onderbouwing van het wel of niet toelaten, bevorderen of

daadwerkelijk gebruiken van bepaalde zorgvormen. Van oudsher is het gebruik van HTA het meest ingeburgerd in besluitvorming over geneesmiddelen. In toenemende mate richt het onderzoek zich ook de beoordeling van diensten uit de rest van het te verzekeren pakket. Nieuwe geneesmiddelen worden in alle landen automatisch of via een prioriteringslijst opgenomen op de agenda voor HTA onderzoek. Voor de prioritering van onderzoek voor andere zorgvormen wordt meestal een lijst met criteria gehanteerd, waarbij stakeholders agenderingsvoorstellen kunnen doen. Elk land beschikt over een onafhankelijk instituut of netwerk van instituten die de meerwaarde van technologieën onderzoeken door middel van HTA. De verschillen tussen agenda's voor HTA onderzoek zijn niet groot tussen de landen, waarschijnlijk vanwege een vergelijkbare focus op de impact van nieuwe technologieën op de doelmatigheid van de zorg.[40]

Box 1: Health Technology Assessment (HTA)

HTA onderzoek richt ten eerste op de effectiviteit van medische technologie, die ook wordt vergeleken met bestaande alternatieve interventies. Vervolgens wordt onderzocht of de (extra) effectiviteit (meerwaarde) van een technologie het geld waard is ten opzichte van bestaande alternatieven (kosteneffectiviteit). Daarnaast kunnen ook andere aspecten aan bod komen. Het doel is om beleidsmakers en andere stakeholders te ondersteunen met objectieve, overzichtelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie.

In de meeste landen worden de criteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en toepasbaarheid in meerdere of mindere mate gehanteerd als beoordelingskader. Diepgang en breedte van de beoordelingskaders verschillen echter flink per land. In alle landen wordt primair naar effectiviteit gekeken in de evaluatie van diagnostische of therapeutische interventies. Kosteneffectiviteit neemt nog een bescheiden plaats in bij de beoordeling van interventies. Gefundeerde uitspraken over kosteneffectiviteit zijn vaak moeilijk te maken omdat vergelijkende gegevens ontbreken. In de meeste landen wordt ook gekeken naar de ziektelast om de noodzakelijkheid van de zorg te duiden, bijvoorbeeld of de aandoening de normale deelname aan de samenleving belemmert of onmogelijk maakt. Boordeling van de noodzakelijkheid van de te verzekeren zorg speelt een minder duidelijke rol en is vaak niet expliciet uitgewerkt. Alle landen kijken voorts ook naar één of meerdere aspecten van uitvoerbaarheid voor de besluitvorming zoals draagvlak voor een besluit en kosten voor de uitvoering.

Bronnen: Stafinski,[41] Fischer,[42] CVZ,[31,43]

Beoordeling

In Nederland, Engeland, Schotland, Zweden is het HTA instituut ook verantwoordelijk voor het uitbrengen van een oordeel en advies of (nieuwe) interventies tot het pakket zouden moeten behoren, terwijl in de andere landen (semi-) overheidsinstituten verantwoordelijk zijn voor het uitbrengen van een oordeel en advies op basis van rapportages die door HTA-instituten zijn afgegeven.

Besluitvorming

In Duitsland, Engeland, Schotland en Zweden is het beoordelend instituut ook verantwoordelijkheid voor de besluitvorming (in Schotland en Zweden specifiek voor geneesmiddelen), terwijl in de andere landen de besluitvorming voor in- en uitstroom in het te verzekeren pakket ligt bij landelijke of regionale overheden. Nederland vervult een tussenpositie. Het CVZ is enerzijds adviseur op verzoek van het ministerie of bij nieuwe zorgvormen, maar heeft ook de wettelijke taak om te duiden of bepaalde zorg kan

worden beschouwd als verzekerde zorg en voor welke indicaties dit dan wel of niet geldt. De procedure om tot besluitvorming te komen op basis van uitgebrachte adviezen is in de meeste landen impliciet en niet transparant, en komt mede tot stand op basis van onderhandelingen en politieke afwegingen. Alle landen hebben in de afgelopen jaren wel duidelijke stappen gezet in het bevorderen van de transparantie van de beoordeling en adviezen.[40,44] De uitgebreide procedure van NICE met consultatierondes onder stakeholders tijdens alle fasen van het onderzoek, beoordeling en besluitvorming wordt beschouwd als voorbeeld voor optimale transparantie.[40,45]

Engeland neemt überhaupt een bijzondere positie in omdat NICE als organisatie verantwoordelijk is voor zowel het onderzoek, de beoordeling en de besluitvorming van alle in- en uitstroom. We merken daarbij op dat de gekozen governance structuur niet los kan worden gezien van de overall bestuurlijke structuur. De onafhankelijke positie van NICE kan weliswaar het depolitiseren van de besluitvorming bevorderen, maar daar staat wel een democratisch deficit tegenover.

Box 2 Steeds meer voorwaardelijke toelating

In Nederland bestaat sinds 2012 de mogelijkheid om geneeskundige zorg voorwaardelijk toe te laten tot het pakket. Belangrijkste reden daarvoor is om potentieel waardevolle zorg waarvoor nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs is toch beschikbaar te stellen. In 2012 en 2013 leidde dat tot drie voorwaardelijke toegelaten interventies; in 2014 worden nog twee interventies voorwaardelijk toegelaten. Ook in andere landen uit onze internationale vergelijking wordt gebruik gemaakt van vormen van voorwaardelijke toelating. NICE kent een 'only in research' advies op basis waarvan de NHS kan besluiten geneesmiddelen te vergoeden ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Frankrijk kent 'post-listing studies' als vorm van voorwaardelijke toelating. In Duitsland worden incidenteel nieuwe technologieën vanaf de introductie geëvalueerd. Uit een vergelijkende studie blijkt dat de procedures sterk verschillen per land en er weinig transparantie is in het proces van voorwaardelijke toelating.

Bronnen: Theunissen,[46] Menon,[47] McCabe,[48] EUnetHTA,[49] CVZ,[50,51] VWS,[52,53]

7.2 Doel: gepast gebruik

In de afgelopen jaren heeft een nieuwe impliciete afbakening zijn intrede gedaan, de beschrijving van gepaste zorg op basis van *evidence-based* richtlijnen.[31] Hierdoor wordt verzekerde zorg nader geduid door explicitering van combinaties van indicaties en behandelingen. In combinatie met financiering die aan zorg is gekoppeld ontstaat zo een instrumentarium dat materiële mogelijkheden schept om het pakket op een diepere laag nader af te bakenen.[4,32] Richtlijnen zijn documenten met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.[54] Richtlijnen vormen een hulpmiddel bij het nemen van beslissingen en het maken van keuzen in de praktijk, maar kunnen ook een rol spelen bij besluitvorming over de inhoud van het standaardpakket.[32,54] Naast overwegingen op basis van wetenschappelijk onderzoek en toepasbaarheid van zorgopties, kunnen kosten ook een rol spelen in de aanbevelingen in richtlijnen.[55]

Met gepast gebruik wordt feitelijk de diepte van het verzekerde pakket nader afgebakend met als doel niet-zinnige en niet-noodzakelijke zorg te ontmoedigen en uit te sluiten. Door de focus op het terugdringen van ongepast gebruik neemt de doelmatigheid van de verzekerde zorg toe. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek dat een MRI bij aspecifieke lage rugpijn niet zinvol is terwijl deze wel wordt toegepast.[56] Een aangrijpingspunt voor gepaste zorg is de zogenoemde indicatie-interventiecombinatie; dit houdt in dat dezelfde zorg voor de ene indicatie effectief kan zijn en voor de andere niet.[31] Richtlijnen

gaan vaak specifiek in op indicatiestelling voor (sub)groepen van patiënten en kunnen daarmee gepaste zorg stimuleren en het pakket dus impliciet specificeren.

In alle landen van onze vergelijking worden evidence-based richtlijnen geproduceerd. In vier landen (België, Engeland, Frankrijk, Schotland) worden richtlijnen geproduceerd door de instituten die ook verantwoordelijk zijn voor het pakketbeheer. Richtlijnen in Engeland hebben een wettelijke basis voor het includeren of excluderen van onderdelen in het standaardpakket. Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publiceert aanbevelingen voor gepaste zorg die opgevolgd moeten worden door organisaties in de National Health Service in Engeland. Op basis van ontwikkelde richtlijnen en andere vormen van 'guidance' onderhoudt NICE een *do not do* databank van interventies die niet aanbevolen worden. In september 2013 bevatte de databank een lijst met 883 niet-aanbevolen interventies.[57]

Het CVZ ontwikkelt zelf geen richtlijnen maar baseert zich in haar duidingen onder andere op bestaande richtlijnen, die veelal door de beroepsgroepen zijn ontwikkeld. Sinds 2006 heeft het CVZ 126 standpunten gepubliceerd in een overzicht op haar website, waarvan 57 het oordeel kregen dat de zorg niet voldoet aan het criterium stand der wetenschap en praktijk (www.cvz.nl/publicaties/rapporten).[58] Deze standpunten kunnen feitelijk ook gezien worden als een *do not do* databank omdat deze duidingen een bindend karaker karakter hebben op basis van de Zorgverzekeringswet. Het CVZ is opgegaan in het Zorginstituut Nederland. In dit instituut worden de taken op het terrein van pakketbeheer en kwaliteitsbevordering beheerd.[31] Daarnaast heeft het CVZ het verzoek gekregen om de komende jaren het basispakket systematisch door te lichten.[59]

7.3 Conclusie

Health Technology Assessment is in alle landen ingevoerd, met name voor geneesmiddelen. De criteria voor onderzoek en beoordeling van medische technologieën en interventies zijn vergelijkbaar tussen de landen. Er zijn flinke verschillen tussen de landen in het toepassen van de criteria bij de besluitvorming van het pakket. Bovendien is deze besluitvorming maar beperkt transparant. Dat komt vooral omdat onderhandelingen en politieke afwegingen een rol spelen. Wel boeken alle landen een behoorlijke voortgang, al zijn de activiteiten van het CVZ in Nederland en NICE in Engeland om 'gepaste zorg' te stimuleren verder ontwikkeld dan in de andere landen. NICE heeft een *do not do* lijst van niet-aanbevolen interventies gepubliceerd; het CVZ heeft standpunten gepubliceerd over zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op het totaal van alle verzekerde zorg is de impact van deze nieuwe vorm van pakketbeheer beperkt van omvang.

8. Wisselwerking: pakket en financiering bevinden zich niet in een vacuüm

In dit onderzoek proberen we met een internationale vergelijking op het spoor te komen van mogelijke relaties tussen de omvang van het pakket en de financiering daarvan, met name de eigen betalingen door burgers. In de vorige hoofdstukken hebben we de belangrijkste dimensies die dit beïnvloeden in kaart gebracht. Deze dimensies bevinden zich echter niet in een vacuüm. Er zijn belangrijke interfererende variabelen die van invloed zijn op mogelijke uitruileffecten tussen pakket en financiering. Dit geldt in ieder geval voor: 1) het daadwerkelijke zorggebruik en 2) het geboden prijsniveau van de zorg. Bij een gegeven pakket en financiering kan er immers relatief veel of weinig zorg worden geconsumeerd en kan de prijs relatief hoog of juist laag zijn. Dit zet vervolgens meer of juist wat minder druk op de omvang van het pakket en de daaraan gekoppelde financiering. In deze paragraaf verkennen we dan ook hoe ons land op elk van deze variabelen scoort in vergelijking tot de andere landen.

8.1 Het zorggebruik

In Nederland, Engeland en Schotland is veel tweedelijnszorg alleen toegankelijk op verwijzing door een arts. De huisarts fungeert in deze landen als 'poortwachter'. In Zwitserland functioneert de huisarts voor zo'n 12% van de verzekerden als poortwachter, in ruil krijgt deze groep een korting op de premie. In Nederland, België, Duitsland en Frankrijk is voor sommige zorg toestemming nodig van de verzekeraar. In ons land zijn daardoor relatief veel formele mogelijkheden om het feitelijke zorggebruik in te perken via de huisarts of de verzekeraar.

Tabel 8. Illustraties van ontvangen zorg in enkele kerngegevens[a]

	NL	BE	DL[b]	FR	UK[c]	ZWE	ZWI
Opnamen[d] per 100.000 inwoners	11645,8	16624,4	24416,9	18640,5	13709,3	16449,4	17054,5
MRI-scans per 1000 inwoners per jaar	49,9	77	95,2	67,5	-	-	-
CT scans per 1000 inwoners per jaar	70,7	178,5	117,1	154,5	-	-	-
Chirurgische verrichtingen per 100.0000 inwoners							
Cataract chirurgie	856,6	1060,1	168,4	1077,6	664,7	848,1	437,7
Heupvervanging	215,7	235,6	285,9	229,5	180,9	237,9	292
Bypass operatie	54,4	70,4	67,6	28,5	31	37,5	49,4
Consulten bij dokter per inwoner per jaar	6,6	7,4	9,7	6,8	5	3	4
Consulten bij tandarts per inwoner per jaar	2,3	2,5	1,4	0,8	0,8	-	1,2

Bron: OECD Health Data 2013. De cijfers betreffen de meest recente data, in veel gevallen tussen 2007 en 2011.
NL: Nederland, BE: België; DL: Duitsland; ENG: Engeland; FR: Frankrijk; SCH: Schotland; ZWE: Zweden, ZWI: Zwitserland

[a] De appendix bevat aanvullende tabellen

[b] Met betrekking tot de Duitse aantallen verrichtingen bestaan twee methodologische problemen. 1) volgens de Duitse methode is het alleen mogelijk om één code te registeren per procedurecategorie per patiënt; 2) additionele gegevens uit de ambulante sector zijn niet meegerekend.

[c] Data voor Engeland en Schotland apart ontbreken.

[d] Het aantal patiënten dat minimaal één nacht in een ziekenhuis heeft doorgebracht.

Het zorggebruik in ons land is laag. Nederland heeft het laagste aantal ziekenhuisopnamen en scans en relatief weinig consulten en operaties (tabel 8). De SHARE database bevestigt dit beeld. Deze internationaal vergelijkende surveys bieden inzicht in trends in zorggebruik voor 50-plussers (tabel 9). Hieruit blijkt echter dat de relatief lage zorgconsumptie in ons land lijkt te zijn teruggelopen, met name als we kijken naar het aantal consulten. In 2004 was bovendien de financiële toegankelijkheid tot de zorg in ons land erg goed. Dit laatste wordt ook bevestigd in onderzoek door het Commonwealth Fund in 2007 en 2010.[24,25]

Tabel 9. Zorggebruik op basis van SHARE surveys onder 50+´ers in Europa.

Zorggebruik		NL	BE	DL	FR	ZWE	ZWI
Het gemiddeld aantal dokterbezoeken per jaar[a]	2004	4,52	8,09	7,71	6,96	2,96	4,78
	2006/07	4,79	8,52	7,48	7,05	3,16	4,49
	2011/12	5,60	8,00	8,87	6,65	3,24	4,79
Het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar[b]	2004	3,34	6,46	5,36	5,47	2,30	3,85
	2006/07	3,32	6,35	4,92	5,16	2,26	3,41
	2011/12	3,35	6,06	5,25	5,08	2,48	3,57
Het gemiddeld aantal opnamen per jaar,	2004	1,39	1,53	1,50	1,45	1,63	1,47
	2006/07	1,50	1,60	1,41	1,50	1,52	1,98
	2011/12	1,54	1,51	1,69	1,95	1,49	1,82
Het gemiddeld aantal nachten per jaar	2004	12,20	13,98	15,93	11,47	8,32	13,57
	2006/07	9,12	12,94	12,18	10,96	6,71	14,53
	2011/12	9,00	12,18	12,98	11,21	6,84	11,10

[a] Het aantal malen dat een dokter gesproken of bezocht is in verband met de gezondheid van de ondervraagde, zonder verblijven in ziekenhuizen en bezoeken aan de tandarts mee te tellen, maar met inbegrip van bezoeken aan de eerste hulp en polikliniek.
[b] Bij respondenten die minimaal één maal een dokter hebben bezocht.

Praktijkvariatie

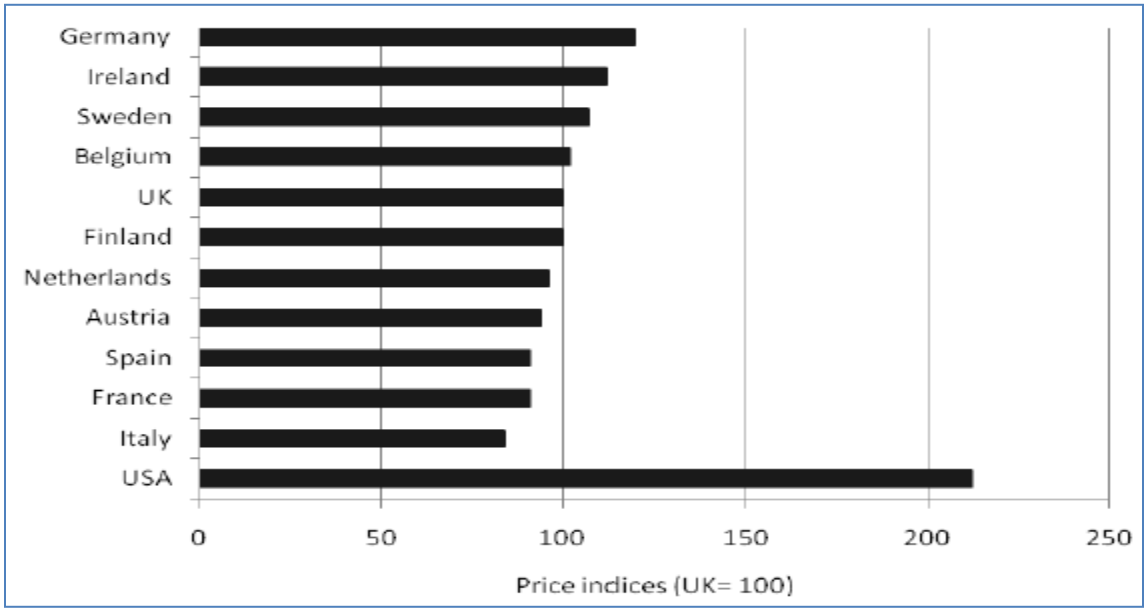
Op meer specifieke onderdelen van de zorg kan er praktijkvariatie tussen landen ontstaan. Zorg zit dan wel in het pakket, maar er zijn (grote) onverklaarbare verschillen. Voor vijf procedures - blinde darm, prostaat verwijdering, eierstok verwijdering, nieuwe heup en keizersnede – heeft de OECD dit nader onderzocht.[60] Uit de literatuur is bekend dat het aanbod van zorg, betrokkenheid van patiënten en financiële prikkels een groot deel verklaren van de praktijkvariatie.[61] Het is dan ook aannemelijk dat het zeer lage aantal keizersneden in ons land (14.3% versus een gemiddelde van 25.4%) samenhangt met het systeem van thuisbevallingen. In ons land is de prevalentie van een nieuwe heup 213 per 100.000: in de Verenigde Staten (184) is dit lager, terwijl ze in Duitsland (296), Zwitserland (287), België (240), Frankrijk (224) en Zweden (214) juist hoger ligt. Prostaatverwijderingen komen in ons land minder voor (157 per 100.000 mannen) dan in de OECD als geheel (175 per 100.000 mannen). Zonder dat we dit kunnen generaliseren, sluiten de weinige internationaal vergelijkende inventarisaties naar praktijkvariatie wel aan op de eerdere constatering dat het zorggebruik in ons land niet hoog lijkt te liggen.

8.2 Prijzen

In de vorige paragraaf constateerden we dat het zorggebruik in ons land relatief laag ligt. In deze paragraaf kijken we naar de prijs. Er zijn weliswaar enige indicaties dat die in ons land juist wat aan de hoge kant is, met geneesmiddelen als belangrijke uitzondering, maar door moeilijk onderling vergelijkbare eenheden ontbreekt eenduidigheid. We kunnen wel stellen dat 'prijs' een belangrijke indicator is van de zorgkosten en waarschijnlijk een grotere impact heeft dan sec de omvang van het pakket. Recent onderzoek van de OECD naar prijsverschillen van zorg in de ziekenhuizen duidt

inderdaad op behoorlijke verschillen.[62] Ons land is daarbij door de OECD niet onderzocht, maar de OECD data duidt wel op relatief hoge kapitaalkosten en relatief hoge specialistenhonoraria in Nederland. Samen met een relatief laag zorggebruik kan het beeld opdoemen van wat hogere prijzen. Een beeld dat tot op zekere hoogte door vignetten onderzoek van de WHO bevestigd wordt.[63] Uit deze studie blijkt dat de vergoeding voor een nieuwe heup operatie tussen Nederland, Engeland, Frankrijk, Duitsland ongeveer gelijk is (€6800-6900). De kosten voor een CVA behandeling is in ons land (€7100) echter veel hoger dan bijvoorbeeld in Engeland, Frankrijk en Duitsland (€3700-4100). Ook voor een blinde darm operatie en voor een acute hartstilstand is de vergoeding in Nederland hoger dan in Engeland, Frankrijk en Duitsland.[63,64] Aan de andere kant liggen de kosten van geneesmiddelen in ons land weer fors lager (zie tabel 4). Dit wordt mede veroorzaakt door het lage prijsniveau (zie figuur 2).

Figuur 2. Lage geneesmiddelenprijzen voor 150 producten. 2008 prijs index met UK = 100.



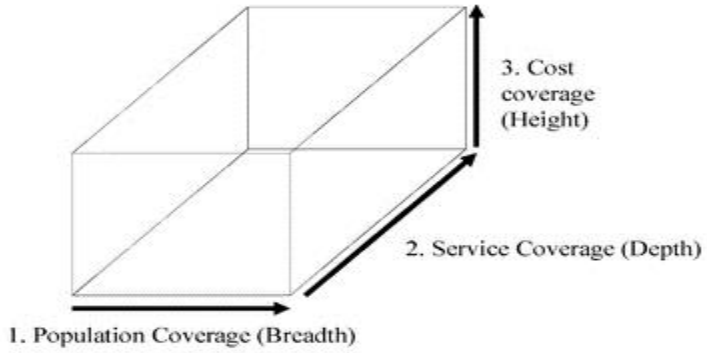
Bron: UK department of Heath, 2009. Gepubliceerd in Kanavos et al 2010. Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU.

8.3 Conclusie

Dit hoofdstuk maakt duidelijk dat de variatie in prijzen en zorggebruik groot is. Grofweg gezegd gebruiken Nederlands minder zorg dan de mensen in België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, Schotland, Zweden en Zwitserland. Over de prijzen kunnen we minder stellig zijn. De prijzen voor (delen van) de intramurale zorg zijn aan de hoge kant in Nederland, net als de uitgaven voor de infrastructuur en de honoraria van artsen. De prijs van geneesmiddelen is juist weer erg laag in Nederland. Een combinatie van laag volume en op onderdelen wat hogere prijs duidt niet op een bovengemiddelde verzilvering van bestaande rechten op zorg.

9. Bestaat er een relatie tussen de omvang van het pakket en de financiering?

In dit hoofdstuk beantwoorden we de twee centrale vragen. a) Hoe verhoudt zich de omvang en de financiering, inclusief de eigen betalingen, van het basispakket in ons land in vergelijking tot andere Europese landen?; b) Bestaat er een wisselwerking (uitruil) in de vergeleken landen tussen de omvang van het pakket en financiering ervan, waaronder de hoogte van de eigen betalingen?



We hebben de 'baksteen' met de drie dimensies gebruikt om de breedte (hoofdstuk 4), diepte (hoofdstuk 5) en hoogte (hoofdstuk 6) van het pakket te beschrijven. Uit hoofdstuk 4 bleek dat nagenoeg iedereen in de onderzochte landen toegang tot alle noodzakelijk geachte (basis)zorg heeft, waarmee de *breedte* van het verzekerde pakket over de populatie maximaal is. We concluderen dat er daarom geen 'uitruil' bestaat tussen de financiering van de curatieve zorg en het aantal mensen dat aanspraak maakt op collectief omschreven curatieve zorg. De mogelijkheden tot 'uitruil' beperken zich daarmee vooral tot de diepte (service coverage) in relatie tot de hoogte (cost coverage) van het pakket; en specifiek tussen de omvang van het pakket en het aandeel eigen betalingen daarbinnen. In de volgende paragrafen werken we die mogelijkheden voor wisselwerking uit.

9.1 Geen algemene wisselwerking tussen omvang basispakket en de financiering ervan

Uit hoofdstuk 5 blijkt dat de Europese landen uit onze vergelijking beschikken over een basispakket met daarin de gangbare curatieve zorg. In hoofdstuk 5 lieten we zien dat er enkele verschillen zijn in de 'randen' van de dekking in het pakket voor volwassenen, zoals de tandarts, fysiotherapie en bij sommige geneesmiddelen. Hoewel de verschillen beperkt zijn, zijn er wel indicaties dat ons land iets vaker dan andere landen dit type verstrekkingen van collectieve dekking uitsluit.

In hoofdstuk 6 lieten we zien dat de financiering van de curatieve zorg in de vergeleken landen, uitgedrukt in percentages van het BBP, varieert van 7,4-9,1%. Daarbij varieert het aandeel publieke financiering van de curatieve zorg van 64,9% tot 82,8%. Die publieke financiering bestaat uit heffingen via belastingen en via sociale verzekeringen door middel van inkomensgerelateerde bijdragen en/of nominale premies. Binnen de publieke financiering bestaat er mogelijkheid voor wisselwerking tussen deelaspecten, evenals tussen de publieke en private financiering. Zo draagt in ons land stijging van het eigen risico bij aan de huidige daling van de nominale premie.

We kunnen geen patroon ontdekken in de omvang van het basispakket en de financiering van de curatieve zorg. In algemene zin is en in de vergeleken landen geen sprake van een wisselwerking tussen de omvang van het basispakket en de financiering ervan: de verschillen in financiering zijn veel groter dan de verschillen in de omvang van het pakket.

Er zijn flinke verschillen tussen de landen voor wat betreft de eigen betalingen. Er zijn grofweg twee typeringen te maken: in Nederland,Duitsland Engeland, Frankrijk en Schotland zijn de eigen betalingen laag, terwijl die in België, Zweden en Zwitserland hoog zijn. Als we kijken naar eigen betalingen binnen het basispakket zien we dat eigen betalingen in Nederland relatief sterk geënt zijn op het verplicht eigen risico; het aandeel eigen bijdragen is juist laag.[8] Alle landen kennen compensatiemechanismen voor specifieke doelgroepen om de eigen betalingen te beperken. Ook voor wat betreft de eigen betalingen is er geen algemeen patroon te ontdekken. Het is niet zo dat een 'kleiner' pakket samengaat met lagere eigen betalingen binnen het pakket. We concluderen dat er in de vergeleken landen geen algemene wisselwerking bestaat tussen de omvang van het basispakket en eigen betalingen.

9.2 Wel wisselwerking op het niveau van sommige individuele verstrekkingen

Wij kunnen op het niveau van het hele pakket dus geen consistente patronen vinden als we deze koppelen aan de omvang van het pakket en de eigen betalingen. Dit beeld zou echter anders kunnen zijn als we kijken naar specifieke verstrekkingen waar op het niveau van het basispakket toch enig verschil tussen de onderzochte landen lijkt te bestaan: tandartszorg, fysiotherapie en geneesmiddelen voor volwassenen.

Tandartszorg

De tandarts wordt in Nederland en Zwitserland niet vergoed vanuit de basisverzekering. Van de zes andere landen wordt de tandarts alleen in Duitsland volledig vergoed uit de basisverzekering. In de andere landen geldt een sterke beperking op de vergoeding. In België bestaan de remgelden uit 25% eigen bijdrage. In Engeland geldt een eigen bijdrage van €240 voor een tandartstraject. In Frankrijk geldt een eigen bijdrage van 30% voor reguliere tandartszorg, en kunnen eigen bijdragen voor complexere zorg zoals orthodontie oplopen tot 90%. In Schotland geldt een eigen bijdrage van 80% tot een maximum van €450. In Zweden geldt een eigen risico van €333, waarbij burgers een jaarlijkse subsidie van €16-32 krijgen voor preventieve controle. Met uitzondering van Duitsland, kennen alle landen dus een beperking van de feitelijke vergoeding voor tandartszorg. In Nederland is de tandartszorg uitgesloten van de basisverzekering. In België, Engeland, Frankrijk, Schotland, Zweden en Zwitserland betalen burgers een groot deel van de kosten zelf. Er is sprake van een wisselwerking tussen tandartszorg als verzekerde verstrekking en de hoogte van de vergoeding voor tandartszorg.

Fysiotherapie

In Nederland wordt eerstelijns fysiotherapie alleen vergoed voor de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, voor een aantal chronische aandoeningen vanaf de 21e behandeling, en als onderdeel van medisch specialistische zorg binnen DBCs. In Engeland en Schotland wordt fysiotherapie volledig vergoed. Echter, door vermeende schaarste wordt een deel van de fysiotherapie hier in het private domein geleverd, dat volledig door de gebruiker betaald moet worden. In België gelden variabele remgelden afhankelijk van de verstrekking. De remgelden kunnen oplopen tot 30% van de kosten. In Duitsland geldt een eigen bijdrage van 10% plus €10 per bezoek. In Frankrijk is de eigen bijdrage 40% en onder sommige omstandigheden is eerst goedkeuring van de verzekeraar nodig. In Zwitserland vergoedt de verzekeraar de eerste 9 behandelingen fysiotherapie binnen 3 maanden na recept een deel van de kosten. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van plaatselijke tarieven. Met uitzondering van Engeland en Schotland, kennen alle landen een beperking van de feitelijke vergoeding voor fysiotherapie. Er is sprake van enerzijds een beperking van de verzekerde aanspraak en anderzijds van hoge eigen betalingen. Dit duidt

op een gedeeltelijke wisselwerking tussen fysiotherapie als verzekerde verstrekking en de hoogte van de vergoeding voor fysiotherapie.

Geneesmiddelen

Geneesmiddelen worden in alle landen vergoed vanuit de basisverzekering. In Nederland, Zweden en Zwitserland vallen geneesmiddelen onder het eigen risico. In Zwitserland geldt daar bovenop een eigen bijdrage van 10% en in Zweden een eigen bijdrage in tranches van 10-50% tot €600 aan kosten. In België kan de eigen bijdrage voor geneesmiddelen oplopen tot 80% en in Frankrijk tot 85%. In Duitsland en Engeland is de eigen bijdrage respectievelijk €5-10 en €10 per voorgeschreven geneesmiddel. Alleen Schotland kent geen eigen bijdragen voor geneesmiddelen. Uit deze vergelijking blijkt dat burgers in zeven van de acht landen een deel van de kosten van geneesmiddelen zelf betalen. Er is niet direct sprake van een wisselwerking tussen de verzekerde verstrekking en de hoogte van de vergoeding.

Wisselwerking

Bovenstaande uitwerking laat zien dat er op zorgonderdelen wel sprake is van een wisselwerking tussen de verzekerde verstrekking in het basispakket en het aandeel eigen betalingen: de toegang tot de zorg wordt voor enkele onderdelen gestuurd door eigen betalingen of door middel van (gedeeltelijke) uitsluiting van zorg. Met andere woorden: daar waar Nederland de diepgang heeft beperkt door de aanspraak op tandartszorg en fysiotherapie te beperken, hebben andere landen een drempel opgeworpen in de hoogte van de dekking door middel van eigen betalingen. Die eigen betalingen kunnen dermate oplopen dat de feitelijke dekking zeer beperkt is. De verschillen voor tandartszorg en fysiotherapie tussen Nederland en de andere landen op basis van “diepte maal hoogte” blijken dus veel minder groot dan wanneer alleen naar de beschrijving van de omvang (diepte) van het pakket wordt gekeken. De budgettaire omvang hiervan is echter beperkt waardoor dit in een vergelijking op macroniveau een geringe impact heeft. Systemen met eigen betalingen die sterk zijn gebaseerd zijn op eigen risico in plaats van op eigen bijdragen, bieden minder (institutionele) logica voor de keuze van wel verzekeren van een verstrekking in combinatie met een hoge eigen bijdrage. Uit hoofdstuk 8 bleek dat de variaties in prijzen en zorggebruik groot zijn. Deze variaties lijken al met al relevanter voor de financiering van de zorg dan de omvang van het pakket of de eigen betalingen.

9.3 Conclusie

Er bestaat in de door ons onderzochte landen geen algemene wisselwerking tussen de financiering van de zorg en het aantal mensen dat aanspraak maakt op collectief omschreven basiszorg. We hebben ook geen algemene wisselwerking gevonden tussen de omvang van het basispakket eneigen betalingen. Als we kijken naar specifieke onderdelen van de zorg zien we wel een wisselwerking. Daar waar Nederland de omvang van het pakket heeft beperkt voor tandartszorg en fysiotherapie, werpen andere landen een drempel op door middel van eigen betalingen. De budgettaire impact van deze wisselwerking is echter beperkt. Variaties in prijzen en zorggebruik zijn groot en lijken al met al relevanter voor de financiering van de zorg dan de omvang van het pakket of de eigen betalingen. Nader onderzoek naar variaties in zorggebruik en prijzen kunnen inzichten in de verschillen vergroten en een mogelijke sleutel vormen naar een rationeler pakketbeheer en beheersing van de kosten.

10. Conclusies

In dit onderzoek hebben we ons gericht op twee vraagstellingen met betrekking tot de omvang van het pakket en eigen betalingen: a) Hoe verhouden zich de omvang en de financiering, inclusief de eigen betalingen, van het basispakket in Nederland zich in vergelijking met andere Europese landen?; b) Bestaat er een wisselwerking (uitruil)in de vergeleken landen tussen de omvang van het pakket en de financiering ervan, waaronder de hoogte van de eigen betalingen?

Omvang en financiering van het pakket
In de onderzochte Europese landen is de diepte van het verzekerde pakket vergelijkbaar voor wat betreft de gangbare curatieve zorg. Verschillen hebben betrekking op de randen van het pakket, zoals de tandarts, fysiotherapie en sommige specifiek uitgesloten verrichtingen en geneesmiddelen. Hoewel de verschillen beperkt zijn, zijn er wel indicaties dat ons land deze verstrekkingen iets vaker uitsluit van collectieve dekking dan andere landen.

De kosten van de curatieve zorg in Nederland bedragen 7,4 procent van het bruto binnenlands product en Nederland scoort daarmee het laagst van de vergeleken landen. Het percentage eigen betalingen voor verzekerde en onverzekerde zorg ligt in Nederland op vergelijkbaar niveau als Duitsland, Engeland, Schotland en Frankrijk. Het percentage eigen betalingen in België, Zweden en Zwitserland is een stuk hoger. Er zijn flinke onderlinge verschillen tussen de landen in omvang, vormgeving en compensatie voor de eigen betalingen binnen het verzekerde pakket.

In alle landen ontstaan nieuwe mogelijkheden om het verzekerde pakket af te bakenen omdat gepaste zorg expliciet wordt gemaakt in *evidence-based* richtlijnen. Er zijn echter nog wel flinke verschillen te zien voor wat betreft de toepassing van criteria voor beoordeling en besluitvorming om technologieën al dan niet tot het verzekerde pakket toe te laten. De activiteiten van CVZ in Nederland en NICE in Engeland om gepaste zorg te stimuleren liggen dicht bij elkaar en zijn verder ontwikkeld dan in instituten in de andere landen. Op het totaal van alle verzekerde zorg blijft de impact van deze nieuwe vorm van pakketbeheer beperkt van omvang.

Beperkte wisselwerking tussen de omvang van het pakket en eigen betalingen
Op basis van een typering van de landen blijkt dat er geen algemene wisselwerking (uitruil) bestaat tussen de omvang van het basispakket en de financiering ervan. We hebben geen aanwijzigen voor patronen gevonden dat een kleiner pakket samengaat met lagere eigen betalingen. Als we kijken naar specifieke onderdelen van de zorg zien we wel een wisselwerking. Daar waar Nederland de omvang van het pakket heeft beperkt voor tandartszorg en fysiotherapie, werpen andere landen een drempel binnen het pakket op door middel van eigen betalingen. De keuze om een verstrekking op te nemen in het basispakket is dus tot op zekere hoogte inwisselbaar voor het wel of niet inbouwen van drempels met eigen betalingen. Eigen betalingen kunnen prikkelen tot gepast gebruik, al zijn de effecten beperkt door de relatief kleine impact op de totale zorgkosten. Systemen met eigen betalingen die sterk zijn gebaseerd zijn op eigen risico in plaats van op eigen bijdragen,bieden minder (institutionele) logica voor de keuze van het wel verzekeren van een verstrekking in combinatie met een hoge eigen bijdrage.
Prijzen van de zorg en het feitelijke zorggebruik lijken al met al meer bepalend voor de hoogte van de zorgkosten dan de omvang van het pakket of de eigen betalingen. Nader onderzoek naar de variatie in zorggebruik en prijzen kan inzichten in de verschillen vergroten en een mogelijke sleutel vormen voor het pakketbeheer en beheersing van de kosten.

Dankwoord

We bedanken prof.dr. Hans Maarse, dr. Ewout van Ginneken en drs. Malinche van der Hoog voor hun feedback op de conceptversies van dit rapport. Speciale dank gaat uit naar drs. Esther Langeveld , mr. Job Paulus en dr.ir. Cees Vos voor hun begeleiding vanuit het Ministerie van VWS.

Gebruik van Share data

This paper uses data from SHARE wave 4 release 1.1.1, as of March 28th 2013 or SHARE wave 1 and 2 release 2.5.0, as of May 24th 2011 or SHARELIFE release 1, as of November 24th2010. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th Framework Programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th Framework Programme (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5- CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th Framework Programme (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) and the German Ministry of Education and Research as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org for a full list of funding institutions).

Literatuur

1. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. *Health policy responses to the financial crisis in Europe.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;2012.

2. VWS. *Tussenrapportage verhoging eigen risico en zorgmijding. Brief van de Minister van VWS aan de Tweede kamer op 25 oktober 2013.* Den Haag: Ministerie van VWS;2013.

3. Schreyogg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care.* Dec 2005;Suppl:2-10.

4. Busse R, Schreyogg J, Velasco-Garrido M. *HealthBASKET: synthesis report.* Brussels: EHMA;2006.

5. Rechel B, Thomson S, van Ginneken E. *Health Systems in Transition: Template for Authors.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policy;2010.

6. Saltman RB, Busse R, Figueraz J. *Social Health Insurance Systems in Europe.* Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies 2004.

7. Paris V, Devaux M, Wei L. *Health Systems Institutional Characteristics. A survey of 29 countries, OECD Working Paper No. 50.* Paris: OECD;2010.

8. CPB. *Toekomst voor de Zorg.* Den Haag: Centraal Planbureau;2012.

9. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami SB, Hernandez-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. *Health Syst Transit.* 2010;12(6):1-291, xxi-xxii.

10. Busse R, Riesberg A. *Health Care Systems in Transition: Germany.* Copehagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;2004.

11. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Syst Transit.* 2010;12(5):1-266, xxv.

12. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Syst Transit.* 2011;13(1):1-483, xix-xx.

13. Schafer W, Kroneman M, Boerma W, et al. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit.* 2010;12(1):v-xxvii, 1-228.

14. Steel D, Cylus J. United Kingdom (Scotland): Health system review. *Health Syst Transit.* 2012;14(9):xv-xxii, 1-150.

15. Anell A, Glenngard AH, Merkur S. Sweden health system review. *Health Syst Transit.* 2012;14(5):1-159.

16. *Health Care Systems in Transition: Switserland.* Copenhagen: European Observatory on Helath Care Systems;2000.

17. Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M. *International profiles of Health Care Systems.* New York: The Commonwealth Fund;2012.

18. Commission E. MISSOC: Mutual Information System on Social Protection.

19. Daley C, Gubb J. *Health Care Systems: Switserland.* London: Civitas Health Unit;2012.

20. Daley C, Gubb J. *Health Systems: The Netherlands.* London: Civitas Health Unit;2013.

21. Green D, Irvine B, Clark E, Bidgood E. *Healthcare Systems: Germany.* London: Civitas Health Unit;2012.

22. OECD. *OECD Reviews of Health Systems - Switzerland.* Paris: OECD;2011.

23. OECD. Health Data. http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm. Accessed September 1, 2013.

24. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood).* Nov-Dec 2007;26(6):w717-734.

25. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Aff (Millwood).* Dec 2010;29(12):2323-2334.

26. SHARE. *Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe. Wave 1,2,4.* Munich: Munich Center for the Economics of Aging (MEA);2013.

27. van Ginneken E, Swartz K, Van der Wees P. Health insurance exchanges in Switzerland and the Netherlands offer five key lessons for the operations of US exchanges. *Health Aff (Millwood).* Apr 2013;32(4):744-752.

28. Franken M, Nilsson F, Sandmann F, de Boer A, Koopmanschap M. Unravelling drug reimbursement outcomes: a comparative study of the role of pharmacoeconomic evidence in Dutch and Swedish reimbursement decision making. *Pharmacoeconomics.* Sep 2013;31(9):781-797.

29. VWS. *Verzekerdenmonitor 2013.* Den Haag: Minisiterie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport;2013.

30. Gray BH, Van Ginneken E. *Health care for undocumentend migrants: European approaches.* New York: The Commonwealth Fund;2012.

31. CVZ. *Pakketbeheer in de praktijk deel 3 (CONCEPT).* Diemen: College voor Zorgverzekeringen;2013.

32. Rumbold B, Alakeson V, Smirg PC. *Rationing Health Care.* London: Nuffield Trust;2012.

33. Le Polain M, Franken M, Koopmanschap M, Cleemput I. *Drug reimbursement systems: international comparison and policy recommendations.* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre KCE;2010.

34. SFK. Aandeel uitgaven aan farmaceutische hulp binnen totale zorguitgaven in 2009. www.sfk.nl. Accessed October 31, 2013.

35. OECD. *OECD Health Data 2013: Definitions, Sources and Methods.* Paris: OECD;2013.

36. Oortwijn W, Adamini S, Thio V, et al. *Evaluatie naar verplicht eigen risico: Eindrapport.* Rotterdam: ECORYS;2011.

37. Donselaar CG. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en zorgverzekeraars.* Utrecht: Nivel;2010.

38. Clement FM, Harris A, Li JJ, Yong K, Lee KM, Manns BJ. Using effectiveness and cost-effectiveness to make drug coverage decisions: a comparison of Britain, Australia, and Canada. *Jama.* Oct 7 2009;302(13):1437-1443.

39. KCE. *Drug reimbursement systems: international comparison and policy recommendations.* Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg;2010.

40. Stolk EA, de Bont A, Poley MJ, Jerak S, Stroet M, Rutten FFH. *International comparisons of systemts to determine entitlements to medicaol specialist care: performance and organizational issues.* Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment;2008.

41. Stafinski T, Menon D, Philippon DJ, McCabe C. Health technology funding decision-making processes around the world: the same, yet different. *Pharmacoeconomics.* Jun 2011;29(6):475-495.

42. Fischer KE. A systematic review of coverage decision-making on health technologies-evidence from the real world. *Health Policy.* Oct 2012;107(2-3):218-230.

43. CVZ. *Het pakketprincipe kosteneffectiviteit. Achtergrondstudie ten behoeve van de 'appraisal' fase in pakketbeheer* Diemen: Collegen voor Zorgverzekeringen;2009.

44. Stafinski T, Menon D, Davis C, McCabe C. Role of centralized review processes for making reimbursement decisions on new health technologies in Europe. *ClinicoEconomics and outcomes research : CEOR.* 2011;3:117-186.

45. Gress S, Niebuhr D, Rothgang H, Wasem J. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care. A comparative perspective. *Health Policy.* Jul 2005;73(1):78-91.

46. Theunissen KA, Delwel G, Evers SM, Goettsch W, Severens H, Hoomans T. Successful implementation of coverage with evidence development schemes: practical experiences in several western jurisdictions. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.* 2010;13(7):A420.

47. Menon D, McCabe CJ, Stafinski T, Edlin R. Principles of design of access with evidence development approaches: a consensus statement from the Banff Summit. *Pharmacoeconomics.* 2010;28(2):109-111.

48. McCabe CJ, Stafinski T, Edlin R, Menon D. Access with evidence development schemes: a framework for description and evaluation. *Pharmacoeconomics.* 2010;28(2):143-152.

49. EUnetHTA. *Criteria to select and prioritize health technologies requyiring additional evidence generation: WP7 SAG consultation*: EUnetHTA March 2011;2011.

50. CVZ. *Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen;2012.

51. CVZ. *Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2014.* Diemen: College voor Zorgverzekeringen;2013.

52. VWS. *Voorwaardelijke pakkettoelating farmacie. Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer op 28 maart 2012.* . Den Haag: Ministerie van VWS;2012.

53. VWS. *Wijzigingen Zvw-pakket per 2014. Brief van de Minister van VWS aan Tweede Kamer op 17 juni 2014.* Den Haag: Ministerie van VWS;2013.

54. Regieraad. *Richtlijn voor Richtlijnen.* Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg;2012.

55. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med.* Apr 3 2012;156(7):525-531.

56. Staal JB, Nelemans PJ, de Bie RA. Spinal injection therapy for low back pain. *Jama.* Jun 19 2013;309(23):2439-2440.

57. NICE. Do Not Do Recommendations http://www.nice.org.uk/Search.do?x=18&y=11&searchText=&newsearch=true#/search/?searchText=&mode=&staticTitle=false&SEARCHTYPE_all2=true&SEARCHTYPE_all1=&SEARCHTYPE=DONOTDO&TOPICLVL0_all2=true&TOPICLVL0_all1=&HIDEFILTER=TOPICLVL1&HIDEFILTER=TOPICLVL2&PUBLICHEALTH_all2=true&PUBLICHEALTH_all1=&TREATMENTS_all2=true&TREATMENTS_all1=&GUIDANCETYPE_all2=true&GUIDANCETYPE_all1=&STATUS_all2=true&STATUS_all1=&HIDEFILTER=EGAPREFERENCE&HIDEFILTER=TOPICLVL3&DATEFILTER_AL

L=ALL&DATEFILTER_PREV=ALL&custom_date_from=&custom_date_to=07-09-2013&PAGINATIONURL=%2FSearch.do%3Fx%40%4018%26y%40%4011%26searchText%40%40%26newsearch%40%40true%26page%40%40&SORTORDER=BESTMATCH. Accessed September 7, 2013.

58. CVZ. Rapporten en Standpunten. http://www.cvz.nl/publicaties/rapporten. Accessed September 16, 2013.

59. VWS. *Opdrachtbevestiging Systematische doorlichting Pakket.* Den Haag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;2013.

60. McPherson K, Gon G, M. S. *International variations in a selected number of publications, OECD Health Working Paper No. 61.* Paris: OECD;2013.

61. Wennberg J. *Tracking Medicine: a researcher's quest to understand healthcare.* Oxford: Oxford University Press; 2010.

62. Koechlin F, Lorenzoni L, Schreyer P. *Comparing price levels of hospital services across countries. OECD Health Working Papers No. 53.* Paris: OECD;2010.

63. Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. *Cross-border health care in the European Union*: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies;2011.

64. Mason A, Epstein D, Smith PC, et al. *International comparison of costs: An exploration of within- and between-country variations for ten healthcare services in nine EU member states* Berlin: Berlin University of Technology;2007.