EQUALIS
VINTURA

Definitieve Rapportage - Vergoeding Extramurale Vaccinaties

Utrecht, 11 december 2023

Dr. Lieke Boonen
Jennifer Boer MSc
Liselotte Tjon Joe Gin MSc
Niek Gilhuis MSc

Definitieve rapportage

Definitieve Rapportage- Vergoeding Extramurale Vaccinaties

Inzicht in knelpunten rondom de vergoedingsprocedure voor extramurale vaccinaties en mogelijke oplossingsrichtingen

Equalis Strategy & Modeling B.V.
Jaarbeursplein 6
3521 AL Utrecht
www.equalis.nl

Contactpersoon
Lieke Boonen
Lieke.Boonen@equalis.nl
+31 6 25 06 24 68

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek naar de vergoedingsprocedure voor extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen dat wij tussen juni 2023 en december 2023 hebben uitgevoerd in opdracht van Zorginstituut Nederland.

Vaccinatiezorg is belangrijk om personen en de samenleving te beschermen tegen infectieziekten. Voor medische risicogroepen kan het krijgen van een infectieziekte grotere gevolgen hebben dan voor gezonde personen. Om het risico op een mogelijk levensbedreigende infectie te verkleinen worden patiënten met een verhoogd medisch risico gevaccineerd. Uit eerder onderzoek van het Zorginstituut blijkt echter dat deze patiënten niet altijd de vaccinaties krijgen die zij nodig hebben, onder andere omdat de vaccinaties niet altijd worden vergoed of de vergoedingsroute onduidelijk is. Daarom heeft het Zorginstituut opdracht gegeven tot het doen van een onderzoek naar de vergoeding van extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen.

Voor dit onderzoek hebben we kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder apothekers, medewerkers van de GGD, huisartsen, medisch specialisten, patiënten, medewerkers van het RIVM, wetenschappelijke verenigingen en zorgverzekeraars om zo de ervaren knelpunten in kaart te brengen rondom de vergoeding van extramurale vaccinaties bij medische risicogroepen. Daarnaast hebben partijen mogelijke oplossingsrichtingen aangedragen hiervoor.

Tijdens dit onderzoek heeft dr. Sandra Hoeboer, MD ons continu voorzien van advies en kennis rondom vaccinatiezorg, hiervoor bedanken wij haar graag. Ook willen wij prof. dr. Meta Roestenberg bedanken voor haar advies en kennis. Daarnaast bedanken wij alle stakeholders die beschikbaar zijn geweest voor de interviews.

We danken het Zorginstituut Nederland, in het bijzonder Corline Brouwers, Katrijn Rensing, Lisanne Dennesen en Pé Mullenders, voor hun constructieve bijdrage gedurende het proces.

Jennifer, Liselotte, Niek en Lieke

Inhoudsopgave

Voorwoord 3
Samenvatting 5
1 Inleiding 7
1.1 Aanleiding & achtergrond 7
1.2 Onderzoeksvraag 7
1.3 Onderzoeksaanpak 8
Scope van het onderzoek 8
1.4 Leeswijzer 9
2 Inzicht in de huidige situatie 11
2.1 Markttoetreding en opname in het basispakket 11
2.2 Vergoeding 13
2.3 Het zorgpad 14
2.4 Doelgroep onderzoek 16
3 Resultaten 18
3.1 Ervaren knelpunten 18
3.2 Aangedragen oplossingsrichtingen 24
3.3 Ervaren belemmeringen doordat vaccins niet zijn opgenomen in het GVS 27
4 Conclusies en aanbevelingen 29
4.1 Conclusies 29
4.2 Aanbevelingen 31
4.3 Beperkingen van het onderzoek 31
5 Bijlagen 33
Bijlage 1: Methode 33
Bijlage 2: Bijlage 2-voorwaarden GVS voor vaccinaties 39
Bijlage 3: Interviewvragen per stakeholder 40
Bijlage 4: Vragenlijst GGD 43
Bijlage 5: Vaccinaties aanbevolen voor opname in het GVS door de stakeholders 46
Bijlage 6: Functie respondenten en huidige rol GGD'en 48

Samenvatting

Uit eerder onderzoek van het Zorginstituut is gebleken dat medische risicogroepen niet altijd de vaccinaties krijgen waarop zij zijn aangewezen vanwege ervaren knelpunten rondom de regie, centrale registratie, informatievoorziening en vergoeding. Dit verhoogt het risico op ernstig verloop van een infectieziekte. Naar aanleiding van onder andere het adviesrapport van het Zorginstituut zijn een aantal zaken in gang gezet waaronder de invoering van een Overig Zorgproduct (OZP) waardoor vaccinatiezorg voor medische risicogroepen ook binnen de intramurale setting kan plaatsvinden en vergoed wordt, en de verkenning van de opzet van een landelijke vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD.

Het Zorginstituut wil met dit onderzoek nader inzicht krijgen in de specifieke knelpunten rondom het vergoedingsproces die zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars en uitvoeringsinstanties (GGD/RIVM) ervaren in de praktijk. Ook wil het Zorginstituut inzicht verkrijgen in welke oplossingsrichtingen hiervoor gezien worden door partijen.

Dit onderzoek brengt door bureauonderzoek, interviews met betrokken stakeholders[1] en een vragenlijst onder de GGD-regio's de ervaren knelpunten en oplossingsrichtingen rondom de vergoeding van extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen in beeld. Ook inventariseert het in welke mate zorgprofessionals en patiënten belemmeringen ervaren in het leveren van gewenste zorg.

Resultaten

Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen is momenteel versnipperd en het ontbreekt aan centrale regie en verantwoordelijkheid

De vaccinatie voor medische risicogroepen wordt op diverse manieren vormgegeven waarbij patiënten zowel binnen de intramurale als extramurale zorg (bij huisartsen dan wel de GGD) vaccinatiezorg krijgen. De medisch specialist is in de meeste gevallen degene die herkent dat vaccinatiezorg nodig is en concretiseert welke vaccins nodig zijn. De toediening vindt daarna, momenteel, zowel intra- als extramuraal plaats. Een centrale regie ontbreekt echter en er is geen goed overzicht van de vaccinatiezorg die patiënten hebben gehad en/of nodig hebben. De meningen over waar de regie en verantwoordelijkheid zou moeten liggen zijn verdeeld, evenals de mening over waar de vaccinatie plaats zou moeten vinden.

De versnippering leidt tot onduidelijkheid rondom de vergoeding

De versnippering leidt voor een aantal partijen tot onduidelijkheid rondom de vergoeding met als gevolg dat vaccinaties niet altijd worden voorgeschreven of toegediend. Hierbij zien we variatie ontstaan tussen regio's, binnen regio's en zelfs binnen ziekenhuizen. Ook zijn partijen het niet altijd eens met de wijze waarop de vergoeding nu is ingeregeld, en maken partijen hierin eigen afspraken

[1] In totaal zijn 30 stakeholders betrokken, waaronder apothekers, medewerkers van de GGD, huisartsen, internist-infectiologen, artsen maatschappij en gezondheid, artsen infectieziekte bestrijding, klinische geriaters, gynaecologen, oncologen, nefrologen, reumatologen, KNO-artsen, patiënten, medewerkers van het RIVM, medewerkers van wetenschappelijke verenigingen en verzekeraars

en keuzes (zoals bv. het intramuraal aanbieden van vaccinatiezorg). Dit maakt dat de vergoeding afhankelijk is van het gekozen zorgpad wat mogelijk tot ongelijke toegang kan leiden.

De vergoeding sluit niet altijd aan bij medische richtlijnen en het huidige beleid staat innovatie in de weg

De richtlijnen sluiten niet altijd aan bij de vergoeding waardoor vaccinaties die wel opgenomen zijn in de richtlijnen (nog) niet altijd opgenomen zijn in het GVS. Daarnaast haalt innovatie het GVS vaak in waardoor vaccinaties wel al beschikbaar zijn, en opgenomen zijn in de richtlijnen, maar nog niet in het GVS waardoor vergoeding extramuraal niet mogelijk is. Het aan laten sluiten van de vergoeding bij de richtlijnen wordt door partijen als oplossing gezien voor dit knelpunt, maar ook als risico. De maatschappelijke kosten-batenafweging moet hierbij als uitgangspunt blijven gelden.

Partijen vinden het belangrijk dat verschillende zorgpaden mogelijk blijven en dat de vergoeding onafhankelijk is van het gekozen zorgpad

De verwachting is dat meerdere partijen een rol blijven spelen in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen en dat samenwerking en coördinatie hierin belangrijk blijft. Met de invoering van het OZP kan de aandacht verschuiven naar de vaccinatie van medische risicogroepen binnen de intramurale setting, maar met het oog op het onderzoek naar de landelijke vaccinatievoorziening voor volwassenen, de versnippering in het huidige landschap, de groeiende omvang van de doelgroep en het efficiënt inzetten van de schaarse middelen blijft het wenselijk om ook de extramurale route mogelijk te blijven maken. Niet alle risicogroepen zullen binnen de intramurale setting worden gevaccineerd. Het is belangrijk dat de vergoeding niet afhankelijk is van het gekozen zorgpad.

Conclusies en aanbevelingen

De vaccinatiezorg voor medische risicogroepen is momenteel versnipperd en verschillend georganiseerd tussen regio's, binnen regio's en zelfs binnen ziekenhuizen. Met name de onduidelijkheid en de verschillende meningen van stakeholders over waar deze zorg plaats moet vinden en hoe bepaald wordt of een vaccinatie aangeboden moet worden, leidt tot knelpunten. Partijen wijzen niet een specifieke oorzaak aan, maar de huidige versnippering en de onduidelijkheid die het duale zorgpad (herkennen & concretiseren in de intramurale setting en vaccineren in de extramurale setting) met zich meebrengt zorgen ervoor dat er verschillen ontstaan in de toegang tot vaccinatiezorg. Hoewel het met het OZP voor ziekenhuizen makkelijker wordt om de intramurale vaccinatiezorg goed te organiseren, is dit niet voor alle ziekenhuizen (op korte termijn) een oplossing. Daarnaast lost het OZP de problemen rondom centrale registratie, informatievoorziening en het ontbreken van regie niet (altijd) op, ook vanwege capaciteitsproblematiek. Tevens zorgt het OZP ervoor dat het verschil in vergoeding tussen de intra- en extramurale setting wordt vergroot. De verwachting is dat verschillende routes (intra- en extramuraal, ziekenhuis, huisarts en GGD) wenselijk blijven vanwege de toename van het aantal patiënten dat in aanmerking komt, afspraken binnen de regio en het efficiënt organiseren van zorg op de juiste plek.

Het is belangrijk om de verschillen in vergoeding tussen de intra- en extramurale setting te verkleinen om beide routes mogelijk te maken en patiënten niet de dupe te laten zijn van verschillen in vergoeding. De vergoeding mag niet afhankelijk zijn van het gekozen zorgpad. Daarvoor is het belangrijk dat ook in de extramurale setting de vergoeding aansluit bij medische ontwikkelingen en dat verkend wordt hoe het inregelen van de landelijke vaccinatiezorg bij de GGD hierbij kan aansluiten.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding & achtergrond

Er zijn medische risicogroepen (bv patiënten met een gecompromitteerd immuunsysteem door bijvoorbeeld een aangeboren of verworven afweerstoornis) die een hoger risico lopen op infectieziekten. Om dit risico te beperken zijn deze risicogroepen aangewezen op bepaalde vaccinaties. Omdat het hierbij gaat om individuele preventie, kunnen deze vaccinaties onder de basisverzekering vallen.

Uit eerder onderzoek van het Zorginstituut[2] blijkt dat er verschillende knelpunten zijn bij het vaccineren van medische risicogroepen. Dit kan tot gevolg hebben dat patiënten die behoren tot medische risicogroepen niet altijd de vaccinaties krijgen die in richtlijnen geadviseerd worden. De belangrijkste knelpunten die gevonden zijn, zijn onderverdeeld in drie domeinen: betaalbaarheid, uitvoerbaarheid, en kennis & kenbaarheid. Er is er geen centraal systeem waarin vaccinaties van patiënten geregistreerd staan waardoor behandelaars niet altijd weten waarvoor en wanneer een patiënt is gevaccineerd. Daarnaast is de informatie over welke vaccinaties aanbevolen worden versnipperd waardoor aanbevelingen wisselend worden opgevolgd en de informatievoorziening richting patiënten beperkt is. Verder krijgen medische risicogroepen de vaccinaties die zij nodig hebben niet altijd vergoed terwijl deze vaak wel zijn opgenomen in de basisverzekering. Ook het RVS heeft nader onderzoek gedaan naar het vaccinatiestelsel in Nederland[3] en concludeert dat er eerder sprake is van een lappendeken dan van een doelmatig, geordend geheel.

Binnen de vaccinatiezorg onderscheiden we drie onderdelen: (1) het programmatisch aanbod waaronder het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en andere publieke vaccinatieprogramma's, zoals de griepvaccinatie vallen; (2) vaccinaties binnen de reguliere, collectief gefinancierde zorg (basisverzekering) en; (3) de vrije markt, waaronder reizigersvaccinaties en werknemersvaccinaties vallen.[3] Binnen dit onderzoek richten we ons op de vaccinatie voor medische risicogroepen. Het gaat hierbij om vaccinaties die extramuraal verstrekt worden en onder de basisverzekering vallen. De problemen richten zich op zowel vaccinaties die niet opgenomen zijn in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) omdat ze bijvoorbeeld nooit ter beoordeling aangeboden zijn aan het Zorginstituut als op vaccinaties die wél onder het GVS vallen maar in de praktijk toch niet worden vergoed. Dit kan komen vanwege extra voorwaarden (bijlage 2) die zijn gesteld of door ervaren knelpunten.

De ervaren knelpunten leiden ertoe dat patiënten die behoren tot medische risicogroepen niet altijd de vaccinaties krijgen waarop zij zijn aangewezen. Het Zorginstituut wil onderzoeken welke knelpunten en belemmeringen zorgprofessionals en patiënten ervaren in het leveren en vergoed krijgen van extramurale vaccinatiezorg voor medische risicogroepen en welke oplossingsrichtingen hiervoor zijn.

1.2 Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in het huidige vaccinatiezorgpad voor medische risicogroepen en de ervaren knelpunten rondom de vergoedingssystematiek. Daarnaast geeft het

[2] Zorginstituut Nederland. (2021). Adviesrapport 'Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie. Geraadpleegd via https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/06/11/advies-vaccinatiezorg-voor-medische-risicogroepen

[3] RVS (2021), Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl)

onderzoek inzicht in mogelijke oplossingsrichtingen die partijen hiervoor zien. Dit onderzoek richt zich op twee hoofdvragen:

1. Wat zijn de knelpunten die er spelen in de vergoedingsprocedure van vaccins voor medische risicogroepen die opgenomen zijn in het GVS, en welke mogelijke oplossingsrichtingen worden er aangedragen door het veld?

2. In welke mate ervaren zorgprofessionals en patiënten belemmeringen in het leveren van de gewenste zorg vanwege het niet opgenomen zijn van de vaccins in het GVS, en welke vaccins zouden prioriteit moeten krijgen om voor extramurale vergoeding in aanmerking te komen?

Het Zorginstituut vraagt kwalitatief onderzoek uit te voeren onder een representatieve groep stakeholders bestaande uit apothekers, GGD-medewerkers (Gemeentelijke gezondheidsdienst)[4], huisartsen, medisch specialisten, patiënten, RIVM-medewerkers (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), medewerkers van wetenschappelijk verenigingen en zorgverzekeraars.

Hoewel dit onderzoek zich primair richt op de vergoeding van vaccins die extramuraal worden toegediend, zijn de intra- en extramurale zorgpaden niet los van elkaar te zien, en belichten we dus ook de intramurale vergoeding in ons rapport.

1.3 Onderzoeksaanpak

We hebben drie verschillende methoden gebruikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Allereerst hebben we op basis van bureauonderzoek en verdiepende interviews het huidige zorgpad en de vergoedingsroute in beeld gebracht. Vervolgens hebben we interviews gehouden met alle relevante stakeholders (medisch specialisten, huisartsen, apothekers, de GGD, het RIVM, diverse wetenschappelijke verenigingen en de patiëntenvereniging) om de ervaren knelpunten rondom de vergoedingsprocedure in beeld te brengen. Als laatste hebben we een korte vragenlijst uitgezet onder alle GGD-regio's. Dit omdat uit de interviews een wisselend beeld naar voren kwam rondom de rol van de GGD en we met de vragenlijst een beter beeld konden krijgen van de landelijke situatie. In de bijlage hebben we deze onderzoeksaanpak nader toegelicht.

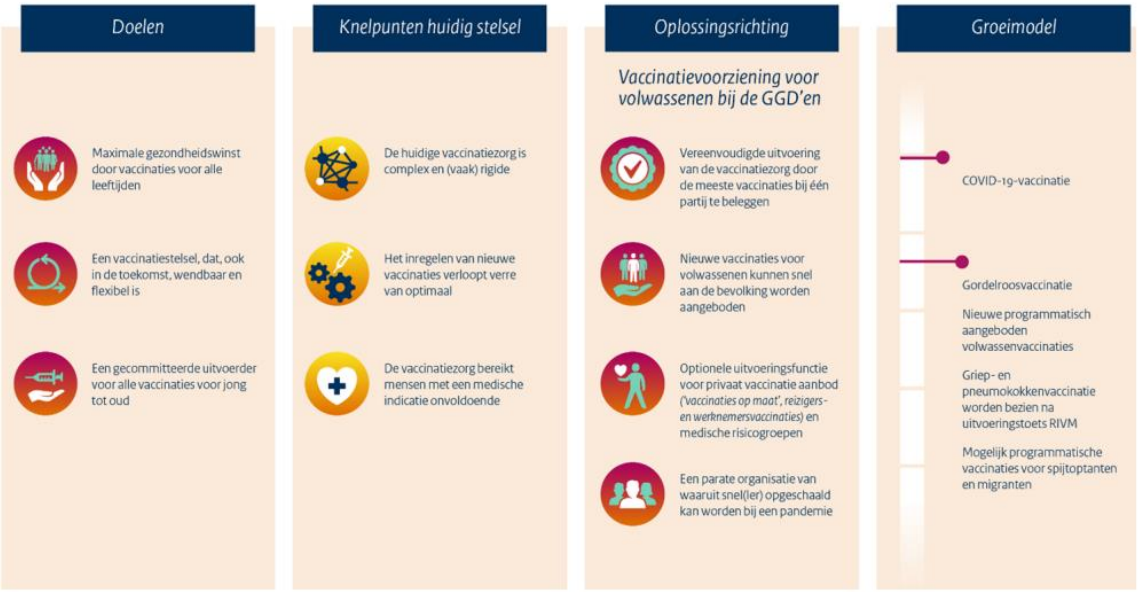
Scope van het onderzoek

Het onderzoek richt zich op de ervaren knelpunten bij de vergoeding van extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen. Ook worden oplossingsrichtingen van de verschillende partijen die betrokken (kunnen) zijn bij de vaccinatie van medische risicogroepen in beeld gebracht. We benadrukken dat de resultaten de **ervaren knelpunten** betreffen die partijen ervaren in de praktijk rondom de **vergoeding** van extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen. Hierbij kan het zijn dat de knelpunten **niet** overeenkomen met de daadwerkelijke situatie of dat knelpunten zich met name voordoen op andere aspecten dan de vergoeding. Echter voor dit onderzoek is het doel geweest om na te gaan bij partijen welke knelpunten zij ervaren met betrekking tot de vergoeding van extramurale vaccinaties en in hoeverre dit optimale vaccinatiezorg in de weg staat.

[4] De verantwoordelijkheid voor vaccinaties bij de GGD ligt doorgaans bij Artsen Maatschappij en Gezondheid, profiel infectieziektebestrijding.

Hierbij merken we op dat het ministerie van VWS opdracht heeft gegeven om onderzoek uit te voeren naar de invoering van een landelijke vaccinatievoorziening voor volwassenen, uitgevoerd door de GGD'en. Hierbij gaat het in eerste instantie om de vereenvoudiging van de uitvoering van programmatisch aangeboden vaccinaties voor volwassenen, maar hier kan optioneel ook het private aanbod (reizigersvaccinatie) en vaccinatie voor medische risicogroepen aan worden toegevoegd (zie Figuur 1). Daarnaast wordt per 1 januari een Overig Zorgproduct ingevoerd. Ziekenhuizen krijgen met het OZP een vergoeding voor het zetten van vaccinaties voor medische risicogroepen. Deze ontwikkelingen zijn van invloed op hoe de toekomstige vaccinatiezorg vormgegeven gaat worden. Daar waar relevant zullen we hieraan refereren.

Figuur 1 Overzicht van toekomstgericht vaccinatiestelsel zoals voorgesteld voor VWS[5]



1.4 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 beschrijven we hoe de huidige vergoedingssystematiek eruitziet en welke doelgroepen en vaccinaties onder de medische risicogroepen vallen. In Hoofdstuk 2 brengen we ook het zorgpad van vaccinaties bij medische risicogroepen in kaart en kijken we in hoeverre partijen het zorgpad herkennen. In Hoofdstuk 3 geven we een overzicht van de belangrijkste resultaten uit de interviews waarbij we inzoomen op de ervaren knelpunten rondom de vergoedingssystematiek. In Hoofdstuk 4 consolideren we alle bevindingen tot de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

[5] Betreft figuur 1 uit de beleidsreactie van VWS RVS-Verkenning 'Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend' en ZIN-advies 'Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?, dd 4 juli 2021 (pdf (overheid.nl)).

Tabel 1: Gehanteerde begrippen

Afkorting	Betekenis
Arts IZB	Arts Infectieziektebestrijding
Arts M&G	Arts Maatschappij & Gezondheid
AV	Aanvullende verzekering
B2V	Bijlage 2-voorwaarden
BV	Basisverzekering
BMR	Bof-, mazelen- en rodehondvirussen
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CieBAG	Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DKTP	Difterie Kinkhoest Tetanus Polio
EMA	European Medicines Agency
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
HepA	Hepatitis A
HepB	Hepatitis B
HiB	Haemophilus influenzae type B
HIV	Humaan immunodeficiëntie virus
HPV	Humaan papillomavirus
KNO	Keel, neus en oren
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
MenACWY	Meningokokken ACWY
MenB	Meningokokken B
OZP	Overig Zorgproduct
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
SW&P	Stand der wetenschap en praktijk
UMC's	Universitair Medisch Centrum
Zvw	Zorgverzekeringswet

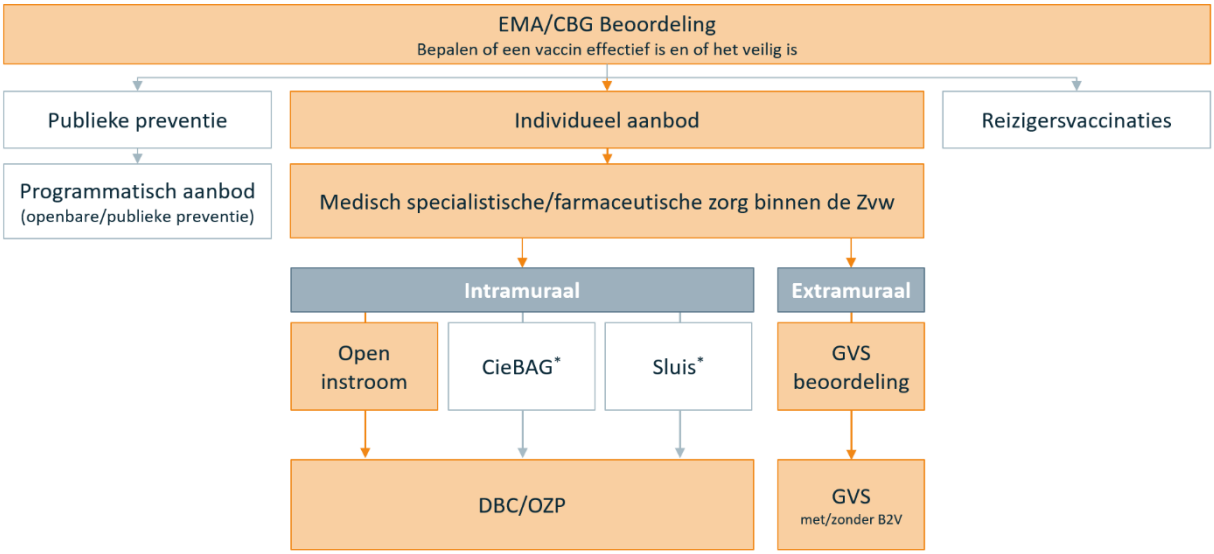
2 Inzicht in de huidige situatie

We starten met een beschrijving van de huidige situatie waarin we achtereenvolgens bespreken hoe de markttoetreding van vaccinaties is ingeregeld, hoe de vergoeding bepaald wordt en hoe het zorgpad eruitziet. Hiervoor hebben we bureauonderzoek uitgevoerd en hebben we verkenningsgesprekken gevoerd met het Zorginstituut, medisch specialisten en experts. Hierdoor is een beeld gevormd over de vaccins, de medische risicogroepen, het zorgpad en de vergoedingsroutes.

2.1 Markttoetreding en opname in het basispakket

Voordat nieuw beschikbare vaccins toegelaten worden tot de Nederlandse markt, vindt er eerst een beoordeling plaats. In Figuur 2 zijn de verschillende toelatingsroutes voor vaccins gevisualiseerd. Binnen dit onderzoek focussen wij alleen op de route die doorlopen wordt binnen het individuele aanbod, publieke preventie en reizigersvaccinaties vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Figuur 2: Stroomschema van markttoetreding en inregelen vergoeding van nieuw vaccins



Legenda: Oranje, scope van dit onderzoek

* De route via het CieBAG/Cleanteam en de sluisprocedure komen zelden voor bij preventieve zorg

Afkortingen: B2V, Bijlage 2-voorwaarden; CBG, College ter Beoordeling van Geneesmiddelen; CieBAG, Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen; DBC, diagnose-behandelcombinatie; EMA, European Medicines Agency; GVS, Geneesmiddelenvergoedingssysteem; OZP, Overig Zorgproduct; Zvw, Zorgverzekeringswet

Alleen geregistreerde vaccins waarvoor marktautorisatie is verleend en die voldoen aan de Stand van de Wetenschap en Praktijk (SW&P) komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Alleen wanneer een vaccin voor de patiënt veilig is bevonden en de voordelen opwegen tegen de nadelen (ook wel bekend als de *benefit-harm* afweging), wordt een handelsvergunning verleend. Marktautorisatie wordt verleend via een nationale procedure, door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), of via een centrale procedure, door de Europese Commissie. In de centrale procedure wordt dit beoordeeld door het Europees Medicijnen Agentschap (EMA).

In het geval van vaccins wordt vervolgens een afweging gemaakt of het vaccin ingezet dient te worden voor publieke of voor individuele preventie. In het geval van publieke preventie start er een procedure bij de Gezondheidsraad (GR), en wordt het vaccin mogelijk opgenomen in het programmatisch aanbod (zoals het rijksvaccinatieprogramma (RVP)). Zo niet, dan kan het vaccin in aanmerking komen voor individuele preventie, en kan een aanvraag ingediend worden voor opname in het GVS, zodat deze vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Als geen van beide aan de orde is kan een vaccin nog wel beschikbaar worden gesteld voor individuen die hier behoefte voor hebben omdat zij bijvoorbeeld op reis gaan, dit is dan voor eigen rekening. Daarnaast wordt er als kanttekening op het vergoedingsproces aangevuld dat vaccinaties soms ook uit andere budgetten vergoed worden, dit is bijvoorbeeld aan de orde voor vluchtelingen. Daarnaast zijn er regelingen via de bijzondere bijstand, Wet langdurige zorg (Wlz), en het RIVM.

Dit onderzoek is gericht op vaccins voor individuele preventie voor mensen met een verhoogd risico op een infectieziekte vanwege een onderliggende aandoening (bijvoorbeeld asplenie of afweeronderdrukkende behandeling), en die op dit moment buiten het programmatische aanbod vallen. De therapeutische waarde van behandelingen, de prijs, de budgetimpact en de ratio tussen de incrementele kosten en effecten bepalen of een behandeling in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de basisverzekering.

Bij opname in de basisverzekering wordt onderscheid gemaakt tussen extramurale- en intramurale geneesmiddelen. Intramurale geneesmiddelen zijn onderdeel van een ziekenhuisbehandeling en staan in de Zvw beschreven als medische specialistische zorg. Er zijn grofweg drie routes waarop specialistische geneesmiddelen het basispakket kunnen instromen: (1) open instroom, (2) de CieBAG (Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen) route, en (3) de sluisprocedure. Behandelingen komen alleen in aanmerking voor een add-on procedure via het CieBAG of de sluisprocedure als deze gemiddeld meer dan €1.000 per patiënt per jaar kosten. Vaccins vallen hier (meestal) niet onder en worden dus via de open instroom opgenomen in de basisverzekering. Via deze route stromen intramurale geneesmiddelen het basispakket in als onderdeel van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Dit betekent dat een nieuw vaccin of een bestaand vaccin voor een nieuwe indicatie direct deel uitmaakt van het basispakket wanneer marktautorisatie is verleend.[6]

Extramurale geneesmiddelen zijn op recept van een arts verkrijgbaar bij de (openbare) apotheek en zijn in de Zvw beschreven als farmaceutische zorg. Deze geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking nadat ze zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het GVS is een gesloten systeem. Dit betekent dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) altijd een beslissing moet nemen over opname in het GVS. Hiervoor laat het ministerie van VWS zich adviseren door het Zorginstituut. Wanneer extra voorwaarden gesteld worden voor het vergoeden van vaccins, zoals vergoeding voor slechts een aantal indicaties, worden deze weergegeven in de voorwaarden in bijlage 2 van de regeling zorgverzekering.

[6] Beoordelingsprocedure specialistische geneesmiddelen. Geactualiseerd op: 11 mei 2020. Zorginstituut Nederland. Bezocht: 05-12-2022

2.2 Vergoeding[7]

Bij de vaccinatie van medische risicogroepen is sprake van individuele preventie en de vergoeding hiervan valt binnen de basisverzekering. Wanneer een vaccinatie bij een medische specialistische behandeling hoort en het vaccin in het ziekenhuis wordt gezet, valt de vaccinatie onder de intramurale vergoedingssystematiek. De vaccinatie wordt dan bekostigd binnen de DBC. Als een vaccinatie niet in het ziekenhuis plaatsvindt, dan valt dit onder de extramurale vergoedingssystematiek.

Ziekenhuizen hebben aangegeven dat de kosten van de vaccinaties niet (goed) zijn opgenomen in de DBC en dat daardoor vaccinaties die binnen het ziekenhuis worden gezet (deels) betaald worden uit de algemene middelen van het ziekenhuis. Om dit op te lossen wordt per 1 januari 2024 een aanvullende declaratiecode van kracht, een Overig Zorg Product (OZP), dat ervoor zorgt dat de vergoeding van vaccinaties bij bepaalde medische risicogroepen in de intramurale setting apart bekostigd kan worden.[8,9]

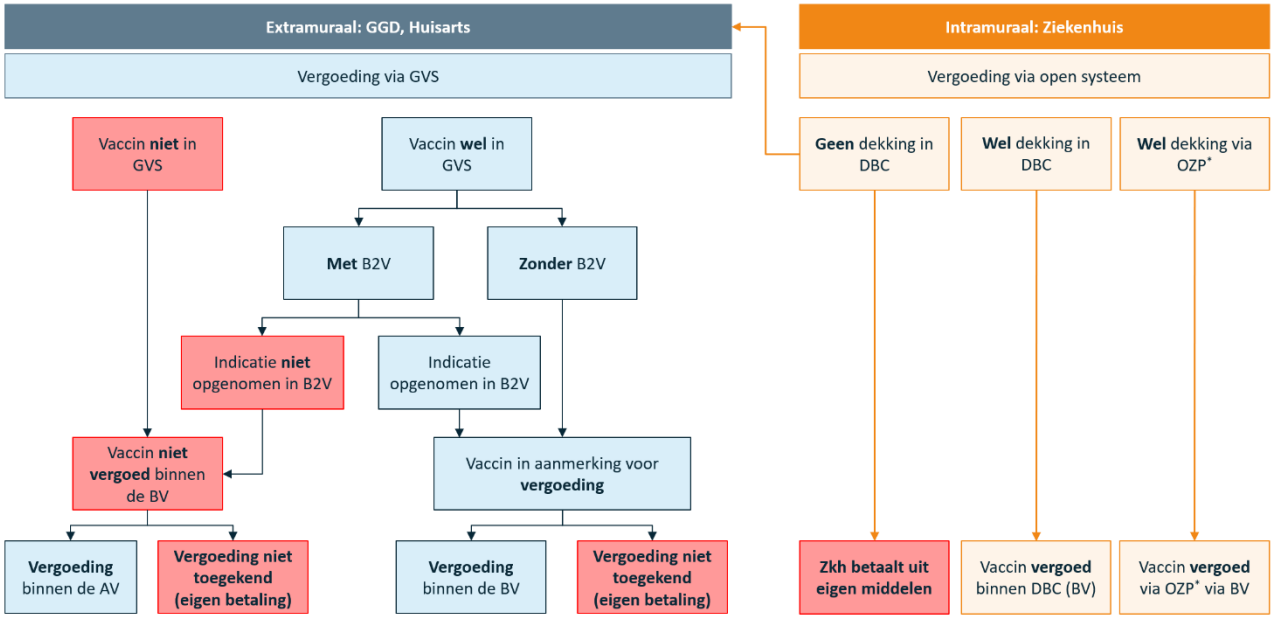
Wanneer de vaccinatie in de extramurale route wordt toegediend, loopt de vergoeding via het GVS. Als er bij een vaccin bijlage 2-voorwaarden opgesteld zijn, dan wordt het vaccin alleen vergoed bij de indicaties beschreven in de bijlage 2-voorwaarden. Bij het varicella-zostervaccin (Shingrix) is voor vergoeding door de zorgverzekeraar ook een artsenverklaring nodig. Als een vaccin niet vergoed wordt vanuit de basisverzekering, wordt deze in sommige gevallen alsnog vergoed via de aanvullende zorgverzekering. Dit is afhankelijk van de aanvullende polisvoorwaarden en of de verzekerde deze heeft afgesloten. Als het vaccin niet vergoed wordt kan de patiënt deze tegen eigen betaling alsnog verkrijgen.

Zorgverleners bepalen aan de hand van de medische richtlijnen of patiënten een vaccin nodig hebben, deze worden vastgesteld op basis van wetenschappelijke literatuur. Deze richtlijnen zijn niet altijd in lijn met de vergoeding van vaccins. Bepaalde vaccin-indicatie combinaties worden aanbevolen in de richtlijnen, maar worden niet vergoed omdat ze niet in het GVS staan, of omdat de indicatie (nog) niet is opgenomen in de bijlage 2-voorwaarden.

Een samenvattend overzicht van de mogelijke vergoedingsroutes van vaccinaties voor individuele preventie is weergegeven in Figuur 3.

[7] Dit onderdeel is gebaseerd op de aangeleverde documenten van het Zorginstituut en de geïnterviewde stakeholders, zie Bijlage 1, Tabel 4 voor meer informatie.
[8] Nederlandse Zorgautoriteit, Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ24a.
[9] https://immunostart.nl/vergoeding-vaccins/

Figuur 3: Mogelijke vergoedingsroutes van vaccinaties voor individuele preventie



Blauw: extramurale route, **Oranje:** intramurale route, **Rood:** mogelijke knelpunten

*** OZP:** dekking en vergoeding van het OZP is mogelijk vanaf januari 2024.

Afkortingen: AV, aanvullende zorgverzekering; B2V, bijlage 2-voorwaarden; BV, basiszorgverzekering; DBC, diagnose behandel combinatie; GGD, Gemeentelijke Gezondheidsdiensten; GVS, geneesmiddelvergoedingssysteem; OZP, overig zorgproduct; Zkh, ziekenhuis.

2.3 Het zorgpad[10]

Het geïdentificeerde zorgpad bestaat uit vijf stappen: herkennen, concretiseren, verstrekken, transport en het toedienen van de vaccinatie (zie Figuur 4). De stakeholders hebben verschillende rollen en functies in dit zorgpad.

Figuur 4: Stappen in het vaccinatieproces voor medische risicogroepen

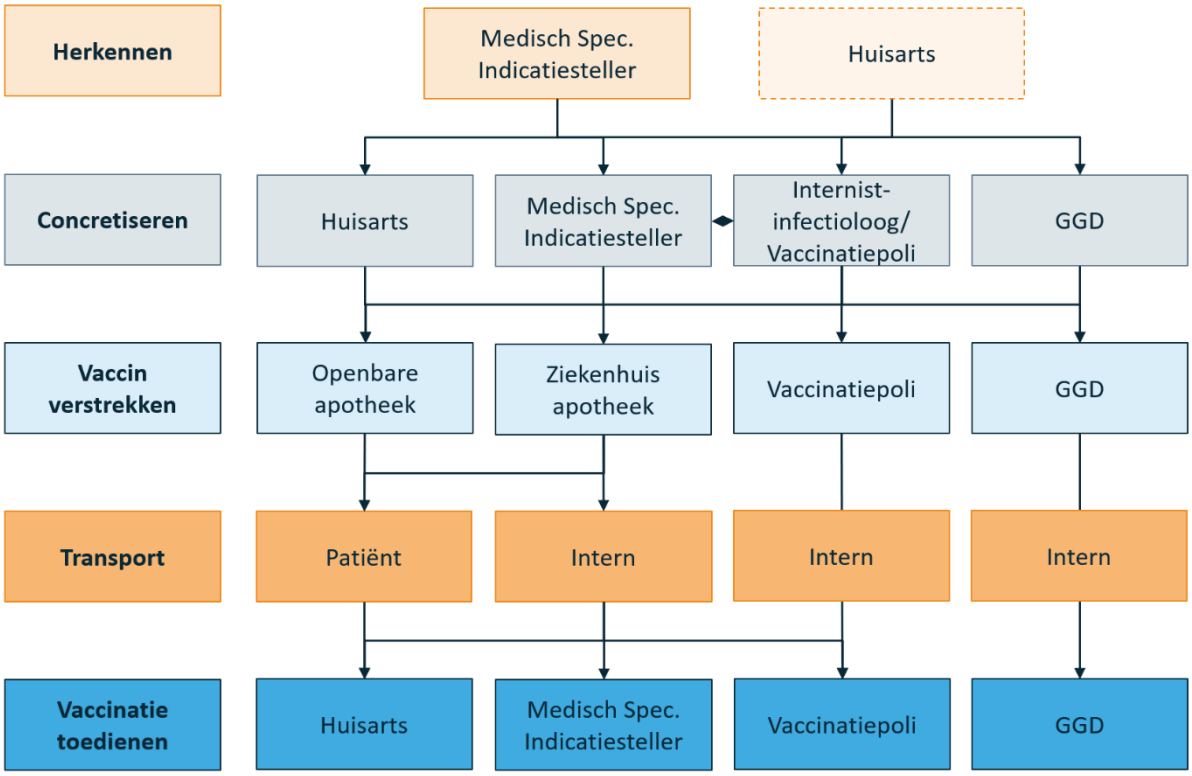
Het geïdentificeerde zorgpad voor de vaccinatie van medische risicogroepen met de daarbij horende stakeholders is weergegeven in Figuur 5. De eerste stap in het zorgpad is het **herkennen** van de indicatie voor vaccinatie, dit wordt voornamelijk gedaan door de indicatiestellers, meestal een medisch specialist en eventueel de huisarts. Hierbij gaat het dus om het identificeren van een medisch risico waarvoor vaccinatie nodig is. De volgende stap is het **concretiseren**, oftewel het bepalen welke specifieke vaccinaties de patiënt nodig heeft. Dit kan bij verschillende stakeholders gebeuren, bijvoorbeeld bij dezelfde medisch specialist (indicatiesteller), maar de indicatiesteller kan de patiënt ook doorverwijzen naar een andere medisch specialist zoals de internist-infectioloog. Partijen die ook zouden kunnen concretiseren, maar dit momenteel weinig doen, zijn de huisarts en de GGD.

[10] Dit onderdeel is gebaseerd op de aangeleverde documenten van het Zorginstituut en de geïnterviewde stakeholders, zie Bijlage 1, Tabel 4 voor meer informatie.

Het **verstrekken** en **transporteren** van het vaccin is afhankelijk van waar de vaccinatie wordt toegediend. Het vaccin kan verstrekt worden via de openbare (poliklinische of niet-poliklinische) apotheek waar de patiënt het vaccin zelf moet ophalen en zelf meeneemt naar de toediener (vaak de huisarts). Binnen het ziekenhuis, wordt de vaccinatie door de klinische apotheek geleverd, er vindt dan geen transport door de patiënt plaats. Als een patiënt het vaccin toegediend krijgt bij de vaccinatiepoli of via de GGD, dan leveren deze ook het vaccin direct zelf. Het vaccin kan dus worden **toegediend** bij de huisarts, medisch specialist (indicatiesteller), op de vaccinatiepoli of bij de GGD.

Figuur 5 laat zien dat het systeem, zoals het RVS al beschreef[11], momenteel een lappendeken is. Er zijn verschillende partijen die kunnen bepalen welke vaccinaties nodig zijn, die het vaccin kunnen verstrekken en toedienen.

Figuur 5: Het zorgpad van extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen



Afkortingen: GGD, Gemeentelijke Gezondheidsdienst.

In de interviews is het zorgpad geverifieerd met de geïnterviewden. Hieruit komen een aantal punten naar voren.

- **Herkennen en concretiseren ligt voornamelijk bij de medisch specialist**
    - In de praktijk is het meestal de medisch specialist die signaleert (herkent) dat er sprake is van een medische risicogroep én concretiseert welke vaccinaties nodig zijn. Soms schakelen medisch specialisten binnen het ziekenhuis een

[11] RVS (2021) Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl)

(kinder)internist-infectioloog in voor advies. Ook verpleegkundig specialisten kunnen hierin soms een rol spelen binnen het ziekenhuis.

  - Huisartsen zien voor zichzelf geen actieve rol in het herkennen/signaleren en concretiseren van vaccinaties.

  - De GGD kan mogelijk een rol spelen in het herkennen en concretiseren van vaccinaties voor medische risicogroepen, maar de meningen hierover lopen uiteen. In sommige regio's zijn er afspraken met GGD'en gemaakt hierover en worden patiënten doorverwezen naar de GGD. In andere regio's spelen GGD'en geen rol en zien medisch specialisten en huisartsen ook geen rol voor hen.

- **Het verstrekken en toedienen van het vaccin kent diverse routes**

  - In de praktijk zijn verschillende zorgpaden mogelijk om het vaccin te verstrekken en toe te dienen. Een deel loopt via de intramurale route binnen het ziekenhuis of de vaccinatiepoli van het ziekenhuis, een deel via de extramurale route bij de huisarts of GGD.

2.4 Doelgroep onderzoek

De doelgroep die in aanmerking komt voor individuele preventie middels vaccinatie neemt toe. Steeds vaker wordt vaccinatie voor medische risicogroepen aangeraden in de medische richtlijnen. De verwachting is dat dit in de toekomst zal blijven toenemen en dat het aantal patiënten dat in aanmerking komt stijgt vanwege een toename in het aantal patiënten met een verhoogd medisch risico. Dit betreft een divers pallet aan indicaties; van ernstige levensbedreigende aandoeningen tot meer chronische aandoeningen. Een aantal indicaties betreffen relatief weinig patiënten die specialistisch behandeld worden en waarvan de incidentie en prevalentie waarschijnlijk stabiel blijven, zoals patiënten met paroxysmale nachtelijke hemoglobinurie, trombotische microangiopathie of SMA type 1. Maar er zijn ook indicaties waar sprake is van grote patiëntenaantallen met een toenemende incidentie en prevalentie, zoals patiënten die behandeld worden met Janus-kinaseremmers (JAKi's) of *biologicals* en patiënten met nieraandoeningen. Zo is het gebruik van immuunsuppressiva in Nederland toegenomen van 155.140 gebruikers in 2018 tot 169.070 gebruikers in 2022, een toename van 9%.[12] En waren er in 2022 in Nederland ongeveer 1,7 miljoen mensen met chronische nierschade (circa 10% van de Nederlandse bevolking).[13] Dit aantal neemt toe door vergrijzing en comorbiditeit zoals diabetes en hoge bloeddruk. Daarnaast kan het aantal indicaties waarvoor een aanbeveling is opgenomen in de medische richtlijnen de komende jaren toenemen o.a. door nieuwe medische inzichten en ontwikkelingen. Een overzicht van de indicaties die zijn opgenomen in de bijlage 2-voorwaarden van het GVS is opgenomen in Bijlage 2.

[12] Bron: Zorginstituut Nederland / GIP databank - Geactualiseerd op: 09-05-2023
[13] Bron: Nierstichting, Factsheet 'Nieren, nierschade en nierfalen' – Gepubliceerd in november 2022

Dit onderzoek beperkt zich tot vaccins die door de medische richtlijnen aanbevolen worden bij medische risicogroepen, ongeacht of deze vaccins opgenomen zijn in het GVS of in de daarbij horende bijlage 2-voorwaarden. Binnen dit onderzoek zijn drie categorieën te onderscheiden;

1. *Vaccin-indicatie combinaties opgenomen in het GVS:*
    a. Met bijlage 2-voorwaarden voor specifieke indicaties. Dit betreft de vaccinaties DKTP (Difterie Kinkhoest Tetanus Polio), hepatitis A en B (HepA en HepB), varicella zoster (Shingrix), meningokokken B (MenB) en polio en pneumokokken.

    b. Zonder bijlage 2-voorwaarden. Dit betreft haemophilus influenza type B (HiB).

2. *Vaccins die zijn opgenomen in het GVS maar waarvan de bijlage 2-voorwaarden niet aansluiten bij de aanbevelingen in de richtlijnen:*

    a. Voor de volgende vaccins zijn er indicaties waarvoor vaccinatie in de richtlijnen wordt aanbevolen, maar die niet in de bijlage 2-voorwaarden zijn opgenomen. Dit betreft de vaccinaties DKTP, HepA en HepB, varicella zoster (Shingrix) en MenB. Deze vaccinaties worden niet bij alle indicaties vergoed.

3. *Vaccins niet opgenomen in het GVS:*

    a. De vaccinaties BMR (Bof-, mazelen- en rodehondvirussen), HPV (Human papillomavirus), VZV (provarivax), DKTP-HiB-HBV en Meningokokken ACWY (MenACWY) zijn niet opgenomen in het GVS.

Het influenza-, rota-, Covid-19, en RSV-vaccin vallen buiten de scope van dit onderzoek omdat deze onder een (toekomstig) programmatisch aanbod, en daardoor buiten de Zvw, vallen.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk geven we de resultaten weer uit de interviews die gehouden zijn met relevante stakeholders. We starten met het overzicht van de belangrijkste knelpunten die benoemd zijn rondom de vergoeding van vaccinaties voor medische risicogroepen. Hierbij merken we op dat, naast de vergoeding, partijen ook andere knelpunten hebben opgemerkt. Deze knelpunten zijn wel genoteerd maar omdat de focus lag op de ervaren knelpunten rondom de vergoeding, hebben we hier verder niet op doorgevraagd. Na het overzicht met knelpunten bespreken we de, door partijen, benoemde oplossingsrichtingen. Als laatste geven we inzicht in de mate waarin belemmeringen worden ervaren in het leveren van gewenste zorg vanwege het niet opgenomen zijn van vaccins in het GVS.

We benadrukken nogmaals dat de gepresenteerde resultaten de **ervaren knelpunten** betreffen die partijen ervaren in de praktijk. Hierbij kan het zijn dat de knelpunten **niet** overeenkomen met de daadwerkelijke situatie. Echter voor dit onderzoek is het doel geweest om na te gaan bij partijen welke knelpunten zij ervaren en in hoeverre dit dus een optimale vaccinatiezorg in de weg staat.

3.1 Ervaren knelpunten

De belangrijkste knelpunten staan in onderstaande tabel samengevat. In deze paragraaf beschrijven we de ervaren knelpunten per onderdeel (vergoedingsprocedure, rol GGD, aansluiting vergoeding bij medische richtlijnen, centrale regie & kennis en overige punten).

Tabel 2 Overzicht belangrijkste knelpunten

Categorie	Ervaren knelpunt
Onduidelijkheid en verschillen in vergoedingsprocedure	Vergoedingsprocedure is niet altijd duidelijk voor betrokken stakeholders wat ertoe kan leiden dat vaccinaties niet worden voorgeschreven.
	Er zijn veel verschillende vaccinatieroutes (patiënt kan op verschillende plekken worden gevaccineerd) mogelijk wat tot onduidelijkheid leidt bij zorgverleners en patiënten.
	Patiënten geven aan dat er geen eenduidige informatievoorziening is rondom de vergoeding van vaccinaties voor medische risicogroepen wat tot onduidelijkheid kan leiden.
	De vergoeding hangt af van het gekozen zorgpad wat mogelijk tot ongelijke toegang leidt.
	Medisch specialisten betalen vaccinaties uit hun eigen afdelingsbudget omdat de extramurale vergoedingsroute onduidelijk is en vaccinaties, volgens hen, niet altijd vergoed worden. Patiënten doorverwijzen naar de eerste lijn leidt ook tot een mogelijk risico dat patiënten de benodigde vaccinaties niet ‘ophalen’.
	Zorgverzekeraars vinden dat bij intramurale toediening de vergoeding binnen de DBC opgevangen hoort te worden, medisch specialisten vinden dit niet.
	GGD’en geven aan dat vaccinaties voor medische risicogroepen bij hen niet vergoed worden. Dit wordt bevestigd door zorgverzekeraars die aangeven geen contracten te sluiten met de GGD hiervoor.
Aansluiting vergoeding bij medische richtlijnen en innovatie	Vergoeding sluit niet altijd aan bij de medische richtlijnen waardoor vaccins die wel in de richtlijnen staan niet altijd vergoed worden.
	Zorgverzekeraars zien een risico in het uitbreiden van de doelgroep die in aanmerking komt voor vaccinaties als de vergoeding aansluit bij de richtlijnen. Het

	is belangrijk de maatschappelijke kosten-batenafweging als uitgangspunt te blijven nemen.
	Innovatie haalt het GVS in waardoor vaccinaties wel al beschikbaar zijn, maar er nog geen aanvraag is gedaan voor opname in het GVS. Er zijn volgens partijen onvoldoende prikkels om deze aanvraag te doen.
Centrale regie en eenduidige informatievoorziening	Partijen geven aan dat de centrale regie ontbreekt. De meningen over wie hiervoor de verantwoordelijkheid moet nemen is verdeeld, wat ertoe leidt dat de regie versnipperd is.
	Er is geen (duidelijk) overzicht van de vaccinatiezorg die patiënten gehad hebben en/of nodig hebben. Er ontbreekt ook een duidelijke overlegstructuur. Dit kan ertoe leiden dat patiënten niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.
	Er is een risico dat de medisch specialist niet voldoende kennis en expertise heeft om de doelgroep te herkennen en te signaleren wanneer een vaccinatie nodig is.
	Huisartsen zien voor zichzelf geen centrale rol in het herkennen/signaleren van de medische risicogroepen waardoor patiënten die niet meer onder behandeling staan van een medisch specialist mogelijk niet 'herkend' worden als medische risicogroep.
	Doordat vaccinaties intramuraal worden voorgeschreven, maar extramuraal moeten worden toegediend ligt er een grote verantwoordelijkheid bij de patiënt (die moet het recept zelf ophalen en naar de huisarts/ GGD om de vaccinatie te laten toedienen). Dit kan ertoe leiden dat patiënten het vaccin niet halen (en vanwege het ontbreken van de regie heeft de medisch specialist hier geen zicht op).
Overige punten	Het vaccineren van huisgenoten van kwetsbare doelgroepen wordt niet vergoed, terwijl dit wel vaak nodig is.
	Gemiste RVP-vaccinaties worden nu niet vergoed.

Er bestaat veel onduidelijkheid over de vergoedingsprocedure. Daarnaast zijn er verschillen tussen de extramurale en intramurale vergoedingsprocedure. Dit beïnvloedt de uitvoering van de vaccinatiezorg.

Veel partijen hebben geen weet van de verschillende vergoedingsroutes, met name in de extramurale setting. Veel **zorgverleners** weten niet goed welke vaccinaties er in welke setting vergoed worden. De informatievoorziening hierover wordt als ontoereikend ervaren. Ook geven sommige medisch specialisten aan dat de kosten van de vaccinaties betaald worden uit de afdelingsgelden van het ziekenhuis als zij intramuraal vaccineren.

> *"Ik heb het wel een keer opgezocht dan wel via het farmacotherapeutisch kompas, dan wel via het RIVM. Een paar jaar geleden hebben wij wat zorgverzekeraars gebeld van we willen dit graag geven om deze reden, vergoeden jullie deze vaccinaties? Dan was het heel zorgverzekeraar-afhankelijk of ze het wel of niet vergoeden. Uiteindelijk hebben wij gezegd dat wij het nu zelf betalen omdat het zo weinig keren vergoed werd. […] Op het recept schrijven wij onze kostenplaats en dan wordt het gewoon van het afdelingsbudget afgehaald." – Medisch Specialist*

Sommige medisch specialisten geven aan dat zij, vanwege deze onduidelijkheid, niet altijd vaccinaties voorschrijven aan medisch kwetsbare risicogroepen. Ook geven sommige medisch specialisten aan dat het doorverwijzen van patiënten naar de eerste lijn het risico met zich meebrengt dat patiënten de vaccinaties uiteindelijk niet 'ophalen' en zij de regie binnen het ziekenhuis willen en kunnen behouden door de vaccinaties in de intramurale setting aan te bieden. De kosten van vaccins en het vaccineren komen dan dus ten laste van het ziekenhuisbudget. Deze medisch specialisten geven aan dat het in te

voeren OZP een oplossing biedt omdat ziekenhuizen dan de vaccinatiezorg zelf kunnen aanbieden en vergoed krijgen.

Daarnaast geven sommige medisch specialisten aan dat in hun vakgebied de vaccinatiezorg wel duidelijk ingeregeld is. Zij hebben de informatie in hun EPD-systeem opgenomen en krijgen automatische overzichten met welke vaccinaties nodig zijn, wat de kosten van vaccinaties zijn en of deze onder de basisverzekering (extramuraal) vallen.

De onduidelijkheid leidt tot verschillen in hoe de zorg voor medische risicogroepen wordt vormgegeven. Waar in het ene ziekenhuis ervoor gekozen wordt de vaccinatiezorg intramuraal (al dan niet via een vaccinatiepoli binnen het ziekenhuis) te verstrekken (ten laste van het ziekenhuisbudget), verwijst een ander deel patiënten wél door naar de extramurale setting (huisarts of GGD afhankelijk van de gemaakte afspraken) en weer een ander deel schrijft vaccinaties niet voor. Dit kan leiden tot ongelijke toegang.

Zorgverzekeraars zijn hierin strikt. Als vaccinaties worden toegediend in de intramurale setting, vallen deze onder het budget van het ziekenhuis en dus binnen de DBC. Als een vaccinatie extramuraal wordt toegediend via de huisarts wordt het vanuit de extramurale setting, dus via het GVS, vergoed. Toediening bij de GGD wordt door zorgverzekeraars niet altijd vergoed, dat hangt af of er een contract is gesloten met de GGD voor extramurale toediening van vaccinaties voor medische risicogroepen. Verzekeraars vergoeden wel vaccinaties die onder de Aanvullende Verzekering (AV) vallen en bij de GGD gezet worden. Een voorwaarde hiervoor is dat de patiënt de factuur zelf indient bij de zorgverzekeraar voor vergoeding uit de AV.

In tegenstelling tot huisartsen en medisch specialisten, geven **apothekers en zorgverzekeraars** aan een duidelijk beeld te hebben van de regels rondom het vergoedingsproces en ervaren hierin geen knelpunten. Bij apothekers kan dit komen doordat zij met een uniform systeem werken waarin de vergoedingsvoorwaarden van de verzekeraar staan verwerkt. Zij werken met het Apotheek Informatiesysteem (AIS) wat zorgt voor een duidelijke filtering vooraf zodat zij direct weten of een vaccinatie wel of niet onder de vergoedingsvoorwaarden van de verzekering valt. Zij ervaren dan ook weinig afwijzing van vergoeding door de zorgverzekeraar.

De patiëntenverenigingen geven aan dat er onduidelijkheid is rondom de vergoeding van vaccinaties voor medische risicogroepen en dat eenduidige informatievoorziening hierover ontbreekt. Patiënten krijgen bij de apotheek te horen of een vaccin vergoed wordt of niet en moeten, indien het niet vergoed wordt, het vaccin zelf betalen bij de balie. Mogelijk kan de patiënt alsnog een declaratie indienen bij de zorgverzekeraar voor vergoeding vanuit de AV. Dit kan ertoe leiden dat een deel van de patiënten de vaccinaties niet afhaalt.

Huisartsen geven aan een beperkte rol te hebben en zien ook niet direct een rol voor zichzelf in de uitvoering van vaccinatiezorg omdat zij geen hoofdbehandelaar zijn.

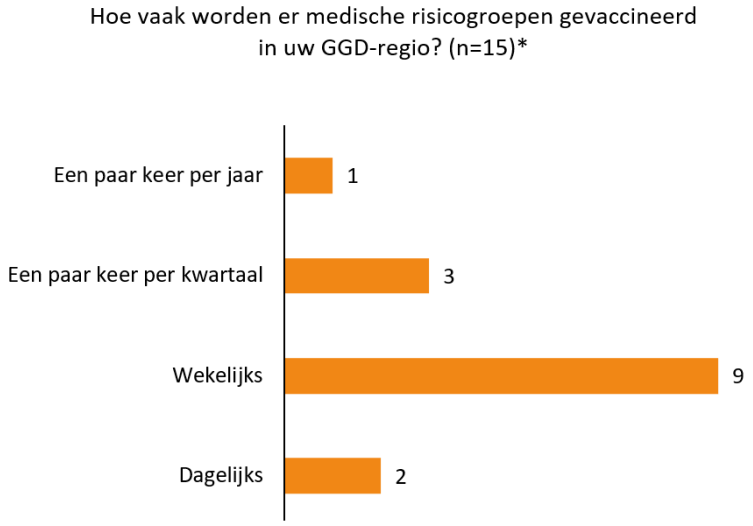
De rol van de GGD is momenteel per regio en samenwerkingsverband verschillend en de meeste GGD'en ervaren problemen met het krijgen van een vergoeding voor het vaccineren van medische risicogroepen

De rol van de GGD is afhankelijk van de regio en van de afspraken die er zijn met ziekenhuizen en zelfs met individuele specialismen binnen bepaalde ziekenhuizen. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we met behulp van de GGD Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR) een

vragenlijst uitgestuurd naar alle 25 GGD regio's. De vragenlijst is ingevuld door medewerkers van 21 van de 25 regio's (responspercentage van 84%).

15 (70%) van de GGD-regio's geeft aan vaccinaties aan te bieden voor medische risicogroepen. Het varieert in hoe dit plaatsvindt en voor welke doelgroepen dit plaatsvindt. 30% van de GGD-regio's neemt deze taak dus momenteel niet op zich. 11 (73%) van de GGD-regio's die aangeven vaccinaties voor medische risicogroepen aan te bieden, leveren deze zorg minstens wekelijks (zie Figuur 6). Achtergrondinformatie over de respondenten en de specifieke respons op vragen over de huidige rol van GGD-regio's is uitgewerkt in Bijlage 6.

Figuur 6. Frequentie vaccineren medische risicogroepen door regionale GGD-regio's



** Alleen respondenten die aangegeven hebben dat er vaccinaties voor medische risicogroepen worden aangeboden in hun regio hebben deze vraag gekregen*

20 van de 21 GGD regio's zien een rol voor de GGD bij het vaccineren van medische risicogroepen. De GGD die hier geen rol in ziet geeft aan dat het vaccineren van medische risicogroepen individuele gezondheidszorg betreft, terwijl de GGD zich focust op publieke gezondheidzorg. Ook geeft deze respondent aan dat de kennis van GGD-medewerkers momenteel niet toereikend is om deze zorg te leveren. De helft van de GGD-regio's geeft bij deze vraag expliciet aan dat zij wel de expertise in huis hebben om vaccinatiezorg voor medische risicogroepen op zich te nemen.

Momenteel hebben 9 van de 21 GGD-regio's afspraken met ziekenhuizen over het vaccineren van medische risicogroepen en één GGD-regio heeft afspraken met huisartsen over het vaccineren van medische risicogroepen. Hiernaast geeft 1 regio aan dat zij huisartsen of behandelaren op de hoogte stellen van mogelijke benodigde vaccinaties als deze bij de GGD in beeld komen. Van de GGD-regio's die afspraken hebben met een ziekenhuis gaat dit bij 5 van de 9 over (onder andere) MDL-patiënten. Hiernaast zijn twee GGD-regio's momenteel in gesprek met andere specialismen zoals reumatologie, dermatologie en neurologie. Één GGD krijgt patiënten doorverwezen via internist-infectiologen die hen intern van verschillende specialismen doorgestuurd krijgen, zoals reumatologie, dermatologie en MDL. Één GGD heeft alleen afspraken over immuungecompromitteerde reizigers en twee GGD-regio's hebben algemene afspraken met ziekenhuizen zonder dat er specifiek specialismen worden genoemd.

13 van de 15 GGD regio's die al vaccinaties voor medische risicogroepen aanbieden ondervinden problemen bij de vergoeding van extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen. 7 GGD regio's geven aan dat vergoedingsverzoeken voor preventieve vaccinaties niet direct bij de zorgverzekeraar ingediend kunnen worden. Patiënten betalen de vaccinatie daarom zelf en moeten die zelf declareren bij de zorgverzekeraar.

Hoewel het merendeel van de GGD-regio's momenteel dus al vaccinaties aan medische risicogroepen aanbiedt, is dit zeer verschillend per regio en beperkt het zich vaak tot een aantal specialismen. Daarbij ondervindt het merendeel van de GGD'en problemen bij het verkrijgen van een vergoeding via de zorgverzekeraar.

Meningen zijn verdeeld over het al dan niet koppelen van de vergoeding aan de medische richtlijnen

Onder specialisten heerst een wisselend beeld over het koppelen van de vergoeding van vaccinaties aan de richtlijnen. Sommige specialisten zouden graag zien dat de vergoeding aansluit bij de richtlijnen, maar anderen vinden niet alle benoemde vaccinaties in de richtlijnen noodzakelijk. Daarnaast verschillen richtlijnen soms ook onderling. Zorgverzekeraars vinden het vergoeden op basis van de richtlijn risicovol. ZN vindt het belangrijk dat er gekeken wordt naar de stand van wetenschap en praktijk. Daarbij vinden zorgverzekeraars het ook belangrijk dat gekeken wordt naar de duur van de bescherming die nodig is. Het koppelen van de vergoeding aan de richtlijn kan leiden tot een substantiële toename in het aantal cliënten. Zorgverzekeraars en een aantal medisch specialisten geven daarom aan dat vanuit maatschappelijk belang de noodzakelijkheid en kosten-baten van het al dan niet vergoeden van een vaccin beoordeeld moet worden.

RIVM- en GGD-medewerkers geven wel aan dat richtlijnen leidend zouden moeten zijn voor vergoeding. Verder wordt door patiëntenverenigingen aangegeven dat het wetenschappelijk bewijs vaak ontbreekt voor specifieke groepen waardoor het vaccin niet vergoed wordt terwijl patiënten er baat bij zouden kunnen hebben.

Daarnaast geven medisch specialisten (UMC's) aan dat de innovatie het GVS inhaalt. Dit zorgt voor problemen in de vergoeding aangezien de bijlage 2-voorwaarden altijd zullen blijven achterlopen. Ook is het huidige systeem, waarbij de fabrikant zelf een vergoedingsaanvraag moet indienen niet goed genoeg. Er zijn in de vaccinatiezorg soms onvoldoende prikkels voor fabrikanten om een vergoedingsaanvraag of indicatie uitbreiding aan te vragen. Het is gericht op curatieve zorg en niet op preventieve zorg; dit vraagt een actievere rol van het Zorginstituut.

Centrale regie ontbreekt: herhaalvaccinaties, registratie, informatieoverdracht en bijbehorende verantwoordelijkheden zijn niet (goed) ingeregeld. Er ligt hierdoor ook te veel verantwoordelijkheid bij de patiënt.

Door het gebrek aan (centrale) registratie heerst er veel onduidelijkheid over welke vaccinaties patiënten al gehad hebben en dus nog nodig hebben. Ook verloopt de organisatie van de vaccinatiezorg niet goed. De communicatie en informatievoorziening tussen specialist, huisarts, apotheker en patiënt ontbreekt en daarmee ook de regie. Het RIVM en de GGD'en geven aan dat er op dit moment geen overlegstructuur is die een duidelijk beleid geeft van de regie over vaccinaties van medische risicogroepen. De medisch specialisten (via wetenschappelijke verenigingen) geven aan dat in de richtlijnen wel duidelijk staat wie de regie zou moeten hebben, maar dat dit niet wordt nageleefd. Ook geven specialisten aan dat het moeilijk te achterhalen is welke patiënt welke vaccinatie heeft

gehad doordat de samenstelling van het RVP in de loop van de jaren wisselt. Huisartsen herkennen deze onduidelijkheid over de vaccinatie voorgeschiedenis van de patiënt ook.

> *"Als iemand bijvoorbeeld een chemotherapie start dan weet je niet of de vaccinaties echt op orde gebracht zijn. Daar heb je geen inzicht in. We weten bijvoorbeeld ook niet of er dan dubbele vaccinaties gezet worden o.i.d. Er is gewoon geen zicht bij de patiënten die bij je komen op of ze vaccins wel of niet gekregen hebben." – Huisarts*

Verschillende ziekenhuisafdelingen doen daarom standaard een antistoffentest om te bepalen of patiënten die onder een medische risicogroep vallen nog extra gevaccineerd moeten worden. Medisch specialisten vullen aan dat bij multidisciplinaire aandoeningen vaak de gedachte heerst dat de vaccinaties door een andere specialist al zijn gegeven.

Zowel de huisartsen als de GGD geven aan dat zij de risicogroepen op dit moment niet goed in beeld hebben en ook niet de middelen hebben om dit goed inzichtelijk te krijgen. Huisartsen zien zichzelf vooral als een speler in de acute zorg en vinden dus dat de verantwoordelijkheid bij de medisch specialist ligt. Dit kan ertoe leiden dat patiënten niet de zorg krijgen die zij nodig hebben.

> *"Wij kennen de mensen niet die niet komen bij ons. Wij kennen alleen de mensen die wel komen. Patiënten die niet langskomen zijn dus niet in beeld en worden ook niet opgeroepen." – Huisarts*

Meerdere partijen geven aan dat er een (te) grote verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt. De patiënt moet zelf het vaccin ophalen, bewaren en een afspraak maken voor het toedienen. Ook is de patiënt soms zelf verantwoordelijk voor het regelen van de vergoeding. Daarnaast wordt van de patiënt verwacht dat deze zelf vraagt om herhaalvaccinaties. Dit vraagt veel assertiviteit van de patiënt en het maakt de organisatie, of het gebrek daaraan, erg veeleisend en ingewikkeld.

> *"Een belangrijk voorbeeld hiervan is het pneumovax-vaccin, wat iedere 5 jaar moet worden toegediend. Het is onduidelijke wie hier (bij iemand die geen milt heeft) de regie heeft. Na een ongeluk lukt het vaak om die vaccinaties toe te dienen tijdens de opname, waar vaak ook wordt opgeschreven dat er een herhaling moet plaatsvinden over 5 jaar. De huisartsen kunnen niet in dit systeem van de ziekenhuizen. Je bent hier dus heel erg afhankelijk van waar patiënten zelf mee komen en dat is onhandig." – Medisch specialist*

Zorgverzekeraars geven juist aan dat de verantwoordelijkheid bij de patiënt zou moeten liggen. Zij zijn, volgens zorgverzekeraars, zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van onder andere herhaalvaccinaties.

Zowel huisartsen als patiënten geven aan dat het gesprek over mogelijk benodigde vaccinaties met de patiënt mist. Apothekers geven aan dat zij meer zouden kunnen doen om patiënten te identificeren die mogelijk tot de medische risicogroep behoren, maar dat daar op dit moment nog niets mee gedaan wordt. Zij geven wel aan dat voor hen het zorgpad duidelijk is en dat er geen problemen worden ervaren.

Overige bevindingen over de vergoeding van vaccinaties voor medische risicogroepen

- Patiënten(organisaties) geven aan dat het vaccineren van huisgenoten van de patiënt vaak niet vergoed wordt terwijl dit bij iemand met een sterk verzwakt immuunsysteem wel nodig is.

- De apothekers zien het als een knelpunt dat zij niet mogen vaccineren, zij zijn proactief en kunnen met name zaken waar je voor kunt screenen beter oppakken en organiseren dan zij nu doen.
- Het RVP en de vaccinaties voor reizigers vallen buiten de scope van dit onderzoek. Toch zijn er ook patiënten die onder een medische risicogroep vallen die niet alle vaccinaties als kind toegediend hebben gekregen of op reis gaan. Deze vaccinaties worden nu niet vergoed. Het is belangrijk deze doelgroep ook binnen scope te houden bij de inrichting van het totale vaccinatielandschap. Binnen dit onderzoek hebben we hier verder niet naar gekeken.

3.2 Aangedragen oplossingsrichtingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de oplossingsrichtingen die benoemd zijn door de geïnterviewden om de ervaren knelpunten op te lossen. Sommige benoemde oplossingsrichtingen zijn in lijn met de in gang gezette bewegingen (vormgeving landelijke vaccinatievoorziening en mogelijk maken van vergoeding voor het zetten van vaccinaties in de intramurale setting), terwijl anderen dit niet zijn. In Tabel 3 staan de benoemde oplossingsrichtingen per categorie weergegeven.

Tabel 3 Benoemde oplossingsrichtingen door stakeholders om ervaren knelpunten op te lossen

Categorie	Oplossingsrichting
Centrale regie & eenduidige informatievoorziening	Zorg voor centrale organisatie met afspraken over wie de regie heeft.
	Zorg voor duidelijkheid over hoe de vergoeding geregeld is bij vaccinaties en bij herhaalvaccinaties.
	Informatie over de vergoeding moet op eenduidige wijze worden verstrekt.
	Zorg voor een centraal registratiesysteem waarin bijgehouden wordt wie welke vaccinatie ontvangen heeft.
	Ontwikkel een onlineapplicatie waarin gekeken kan worden welke vaccinaties er nodig zijn en waarom. Maak dit beschikbaar voor zorgverleners en patiënten.
Onduidelijkheid en verschillen in vergoedingsprocedure	Zorg dat de vergoeding onafhankelijk is van de vaccinatieroute.
	Zorg dat extramurale vergoeding voor vaccinaties mogelijk blijft.
	Geef bekendheid aan het OZP en maak duidelijk dat deze route bestaat.
Aansluiting vergoeding bij medische richtlijnen en innovatie	Ga na in hoeverre de richtlijn kan worden gekoppeld aan de beslissing om een vaccin al dan niet te vergoeden. Kijk hierbij wel naar de stand der wetenschap en praktijk en maatschappelijke kosten-baten.
	Zorg dat er onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit en de beschermingsduur van vaccinaties bij medische risicogroepen en neem dit mee in de vergoedingsbeslissing en organisatie.

Centrale organisatie met afspraken over wie de regie neemt en transparantie in het proces brengen duidelijkheid

Het maken van afspraken over een duidelijkere rol- en taakverdeling binnen de vaccinatiezorg is essentieel volgens partijen. Meerdere partijen geven aan dat er behoefte is aan een centraal orgaan met de taakstelling het informeren, indiceren en toedienen van vaccins en het informeren over en regelen van de vergoeding. Het is belangrijk dat er afspraken zijn over wie de regie neemt in de organisatie en hoe de vergoeding van de vaccinatiezorg geregeld is, dit brengt duidelijkheid. Om dit te laten slagen moet er begeleiding en capaciteit worden vrijgemaakt voor/bij zorgverleners. Ook bij herhaalvaccinaties is dit belangrijk. Daarnaast helpt duidelijke informatie om transparantie te krijgen

in het vergoedingsproces. Informatie over mogelijke vergoedingen moet op een eenduidige manier verstrekt worden. De Patiëntenfederatie vindt het belangrijk dat de informatievoorziening over vergoeding overal eenduidig is en dat op de verschillende zoekplaatsen (thuisarts.nl, GGD, ziekenhuis, huisarts) dezelfde informatie gegeven wordt. Ook op het gebied van registratie kan centralisering bijdragen aan het verbeteren van zorg. Huisartsen geven bijvoorbeeld aan dat de registratie op orde moet zijn.

> *"Ik denk dat het belangrijkste is dat er goed nagedacht wordt over meer duidelijkheid krijgen. Wij zitten behoorlijk in de materie, maar voor ons is het al abracadabra. Je zal dit met een informatiesysteem moeten ondersteunen als je er echt werk van wil maken. Een dekkend informatiesysteem over welke vaccinatie iemand heeft ontvangen en met een melding van wanneer die afgelopen is en er gerevaccineerd moet worden. Zo is het bij de persoon zelf inzichtelijk en wij daar als dokters of verpleegkundigen ook bij kunnen om te zien hoe die vaccinatiestatus van iemand is. Stel iemand komt op de EHBO met vlekjes en koorts, dan wil ik wel weten of diegene een meningitis prik heeft gehad. Nu weet je het niet altijd. Dit is natuurlijk complex om in te richten." - Huisarts*

Hoewel een centrale registratie als wenselijk wordt gezien, zijn de meningen verdeeld over waar die registratie moet plaatsvinden en hoe dit uitgewisseld moet worden tussen partijen. Medisch specialisten geven bijvoorbeeld aan dat zij toch bij voorkeur in het ziekenhuis registreren in de patiëntendossiers.

Softwarematige ondersteuning kan oplossingen bieden voor zowel informatievoorziening als registratie. Zo hebben *travel clinics* een systeem parallel aan het EPD dat automatisch herinnert wanneer patiënten een herhaalvaccinatie nodig hebben, en hebben apothekers een systeem dat kan waarschuwen als een patiënt in aanmerking komt voor vaccinatie. Ook rondom de herkenning (signalering) kan gebruik worden gemaakt van softwarematige ondersteuning. Het RIVM en de GGD geven aan dat een online tool kan ondersteunen bij het herkennen en concretiseren van vaccinatiezorg en tevens informatie kan geven hierover.

Zorg dat de vergoeding onafhankelijk is van de gekozen vaccinatieroute

De OZP'en die ingevoerd worden per 1 januari 2024 zijn volgens een aantal medisch specialisten een oplossing voor de vergoeding van vaccinaties voor patiënten die hoog-complexe zorg ontvangen. Echter, veel stakeholders geven aan dat ze nog niet bekend zijn/waren (tot voor kort) met de invoering van het OZP. Partijen die wel bekend zijn met het OZP zien het zeker als een van de oplossingsrichtingen.

> *"Ik denk dat dan in ieder geval de mensen die de vaccins nodig hebben, deze dan gaan krijgen. Er is dan ook bijna geen mogelijkheid meer om te denken: oei, gaat het wel goed [met de vergoeding]." – Medisch Specialist*

Hoewel het OZP als oplossingsrichting gezien wordt, heerst er ook nog onduidelijkheid over. Voorbeelden van heersende vragen zijn: hoe kan het gedeclareerd worden, hoe verhoudt het zich tot de budgetplafonds en hoe wordt omgegaan met de vergoeding voor herhaalvaccinaties.

Daarnaast is het toedienen van vaccinaties in het ziekenhuis niet voor alle patiëntgroepen wenselijk, dit vraagt namelijk de nodige capaciteit van ziekenhuismedewerkers. Ook is vaccineren in de intramurale setting duurder dan in de extramurale setting, waar medisch specialisten het volgende over aangeven:

> *"Wat betreft het OZP heerst er onduidelijkheid. Waar gaat het gedeclareerd worden? Op de afdeling bijvoorbeeld, maar gaat de afdeling dat geld ooit terugzien of blijft het ergens hangen in het ziekenhuis? Ook zullen richtlijnen eerst herzien moeten worden om overmatig vaccineren tegen te gaan." – Medisch Specialist*

> *"Het is erg fijn als er vergoeding komt via het OZP, maar vaccinaties zetten bij alle medische risicogroepen in het ziekenhuis is geen effectief gebruik maken van schaarse middelen."- Medisch Specialist*

Vaccinatiepoliklinieken binnen ziekenhuizen kunnen zorgen voor goede organisatie, maar zijn niet de oplossing voor alle patiënten. Veel UMC's hebben al een vaccinatiepoli, vooral voor reizigers en op sommige plekken ook al voor een aantal medische risicogroepen. Deze kunnen uitgebreid worden voor meer medische risicogroepen. De (perifere) ziekenhuizen die nog geen vaccinatiepoli hebben kunnen dit niet zomaar organiseren, en het is onduidelijk hoe vergoeding werkt bij doorverwijzing naar een vaccinatiepoli van een ander ziekenhuis. Voor de patiënt zou dit betekenen dat zij verder moeten reizen (bijv. naar een universitair medisch centrum) terwijl deze aangeeft de vaccinatie het liefst zo dicht mogelijk bij huis te willen ontvangen. Daarnaast kan de inrichting van een landelijke vaccinatievoorziening, waar momenteel naar gekeken wordt, een rol spelen bij de extramurale toediening.

> *"Een patiënt die behandeld wordt in een perifeer ziekenhuis zal niet graag naar een UMC gaan om vaccinaties te halen. Tenzij iemand er echt van overtuigd is hoe belangrijk het vaccin is en er geen makkelijkere methode is." – Patiënten(vereniging)*

Er blijft dus een rol weggelegd voor extramurale toediening. Het is belangrijk hier oog voor te hebben, ook bij de inrichting van de landelijke vaccinatievoorziening. Zeker omdat een aantal partijen de GGD momenteel nog niet als speler zien voor deze vorm van vaccinatiezorg terwijl dit wel een optionele uitvoeringsoptie is. Het is dus belangrijk dat bij de inrichting van de landelijke vaccinatiezorg ook vergoeding voor medische risicogroepen mogelijk wordt gemaakt bij de verschillende partijen.

> *"Aantallen [van personen die gevaccineerd moeten worden] zijn enorm en het ziekenhuis kan dat niet bemensen. […] De GGD wordt niet als eerste lijn gezien en dus niet als bevoegd persoon gezien als prikker om de vergoeding ingeregeld te krijgen. Terwijl als de patiënt naar de huisarts wordt doorverwezen het wel vergoed wordt. De GGD heeft de juiste mensen en systemen ingeregeld om dit op te pakken, maar we worden niet gezien en gevonden als de juiste partij." – GGD Medewerker*

Het koppelen van richtlijnen als standaard voor vergoeding wordt als mogelijke oplossing gezien door sommigen, niet iedereen is het hiermee eens

Veel medisch specialisten stellen voor om de extramurale vergoeding aan te laten sluiten bij de richtlijnen, zoals dat ook intramuraal gebeurt. Ook geven sommige artsen aan dat het voorschrijven een beslissing is voor de specialist in gesprek met de patiënt. RIVM- en GGD-medewerkers stellen dat het laten aansluiten van de vergoeding bij de richtlijnen nodig is om het veranderende behandellandschap te kunnen blijven bijhouden.

> *"Ik zou liever in het GVS zetten "overige indicatie als een medisch specialist deze stelt". Dit is verreweg het makkelijkste. Simpelste oplossing is om de bestaande indicaties binnen het GVS te verruimen met 'indicatie van medisch specialist'. " – Medisch Specialist*

Zorgverzekeraars geven echter aan dat de richtlijnen nog wel getoetst moeten worden op de Stand van de Wetenschap en Praktijk (SW&P) met behulp van de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Er is namelijk een risico dat vaccinaties te breed geïncludeerd worden in de richtlijnen, waardoor de doelgroep en daarmee de kosten toenemen. Een aantal medisch specialisten en apothekers geven ook aan dat de bewijslast voor vaccinaties die worden aanbevolen in de richtlijnen soms ontbreekt. Een randvoorwaarde is dus dat richtlijnen kritisch herzien worden door de beroepsgroep op basis van SW&P en kosten.

Wel geven behandelaren aan dat de discussie rondom richtlijnen en vergoeding niet in het ziekenhuis gevoerd moet worden. Dit gesprek moet op beleidsniveau gevoerd worden, bijvoorbeeld tussen het Zorginstituut en Federatie Medisch Specialisten (i.c.m. medische beroepsgroepen).

3.3 Ervaren belemmeringen doordat vaccins niet zijn opgenomen in het GVS

De tweede onderzoeksvraag gaat in op de belemmeringen die partijen ervaren in het leveren van gewenste zorg vanwege het niet opgenomen zijn van vaccins in het GVS. Tijdens de interviews is gevraagd of partijen hierin belemmeringen ervaren en welke vaccinaties voor specifieke risicogroepen met prioriteit opgenomen zouden moeten worden in het GVS voor vergoeding in de extramurale setting. Niet alle partijen hebben hier een beeld van. Het blijkt dat partijen niet weten welke vaccins wel en welke niet opgenomen zijn in het GVS. Wél geven de meeste medisch specialisten aan dat zij van mening zijn dat de richtlijnen een goed startpunt bieden om te bepalen welke vaccins opgenomen moeten worden in het GVS (ofwel vergoed moeten worden). De richtlijn zou dan leidend zijn in wat wel of niet opgenomen wordt in het GVS.

Prioritering GVS-beoordeling

> *"Idealiter zou er een standaard overleg moeten zijn waar partijen uit het veld aan kunnen geven welke preventieve middelen in aanmerking moeten komen voor vergoeding" – RIVM-medewerker*

Partijen hebben aangegeven welke vaccins volgens hen vergoed zouden moeten worden vanuit het GVS waarbij ze telkens een inhoudelijke argumentatie hebben aangegeven. Hierbij gaat het dus niet om knelpunten die ze nu ervaren rondom de vergoeding van deze vaccins, maar om of ze vinden dat deze vaccins vergoed zouden moeten worden en dus beoordeeld moeten worden voor opname in het GVS.

1. De vergoeding van MenACWY-vaccinatie wordt door stakeholders benoemd om te prioriteren bij de GVS-beoordeling voor de indicaties asplenie, specifieke nefrologische aandoeningen, en bij KNO-aandoeningen in verband met het risico op hersenvliesontsteking.
2. Het PCV20-vaccin wordt door stakeholders benoemd als prioriteit om op te nemen in de vergoeding bij immuungecompromitteerde patiënten, omdat het 1 toediening betreft (i.p.v. 2) en beter werkt. Verder wordt pneumokokkenvaccinatie (met name PCV-20) aanbevolen bij aandoeningen van de maag, darm of lever, HIV, hematologische aandoeningen, en bij KNO-aandoeningen in verband met het risico op hersenvliesontsteking
3. Het varicella-zostervaccin (Shingrix) wordt door stakeholders benoemd als prioriteit om op te nemen in de vergoeding bij immuungecompromitteerde patiënten die 18 jaar of ouder zijn. Verder wordt dit vaccin door stakeholders benoemd als prioriteit om op te nemen in de vergoeding bij behandeling met JAK-remmers en prednison, bij negatieve serologie, bij vasculitis na gordelroos infecties en bij hematologische & nefrologische aandoeningen. Ook wordt er gesproken over een wantrouwende blik naar deze vaccinatie (i.v.m. overconsumptie) terwijl een varicella-zostervaccin (Shingrix) veel problemen kan voorkomen.
4. Daarnaast wordt HPV-vaccinatie ook door stakeholders benoemd als prioriteit om op te nemen in de vergoeding bij personen ouder dan 26 jaar, patiënten met specifieke nefrologische aandoeningen, bij de transplantatiescreening (o.b.v. indicatie door screening van de gynaecoloog), bij systemische lupus erythematodes waarbij sprake is van behandeling met immunosuppressiva, en bij patiënten met een hoog risico voorstadium van baarmoederhalskanker (hooggradige CIN).
5. Opvallend is dat door stakeholders benoemd wordt dat HiB opgenomen moet worden in (de bijlage-2-voorwaarden van) het GVS terwijl deze al in het GVS zit.

Een overzicht van alle genoemde vaccinaties is te vinden in de bijlage.

4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vatten we de bevindingen uit de interviews en het bureauonderzoek samen tot de belangrijkste conclusies en aanbevelingen die wij uit het onderzoek halen.

4.1 Conclusies

Er is veel variatie in hoe de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen momenteel wordt uitgevoerd en de centrale regie ontbreekt. Dit leidt tot onduidelijkheid over de vergoeding waardoor vaccinaties niet altijd worden voorgeschreven.

Vaccinatiezorg wordt door stakeholders verschillend uitgevoerd. De routes verschillen tussen regio's, binnen regio's en zelfs binnen ziekenhuizen. Zo verschilt het vaak per afdeling en/of specialisme op welke wijze vaccinatiezorg voor medische risicogroepen wordt aangeboden. Daarbij ontbreekt de regie en is er behoefte aan centrale registratie. De onduidelijkheid rondom de vergoeding is een reden voor sommige specialisten om niet voor te schrijven. Ook besluiten sommige patiënten zelf om vaccins niet te nemen, bijvoorbeeld wanneer zij zelf moeten betalen. Ook eenduidige informatievoorziening en kennis ontbreekt. Dit leidt ertoe dat patiënten niet altijd de vaccinaties krijgen waarop zij zijn aangewezen.

Momenteel is er verschil in de manier waarop vaccinaties in de intra- en extramurale setting worden vergoed wat kan leiden tot een verschil in toegankelijkheid. Het OZP vergroot dit verschil.

Het identificeren van medische risicogroepen die baat hebben bij vaccinatie vindt meestal plaats in de intramurale setting, op basis van medische richtlijnen door de medisch specialist. De uitvoering van de vaccinatiezorg vindt echter plaats in zowel de intra- als extramurale setting. De vergoeding is intra- en extramuraal echter anders ingeregeld, en stakeholders zijn zich hier niet altijd van bewust. Dit kan leiden tot verwarring en verschillen in de toegankelijkheid van deze vaccinaties. Sommige medisch specialisten bieden vaccinaties binnen de intramurale setting aan om optimale toegang te garanderen. Momenteel komen de kosten dan voor rekening van het ziekenhuisbudget, maar vanaf 1-1-2024 kunnen ziekenhuizen deze kosten declareren bij de zorgverzekeraar. Andere medisch specialisten verwijzen door naar de eerstelijn (huisartsen of GGD afhankelijk van de gemaakte afspraken) en weer andere medisch specialisten schrijven vaccinaties helemaal niet voor.

Doordat het intramurale systeem gekenmerkt is door een open instroom van geneesmiddelen en het extramurale systeem gesloten is, kan het verschil in toegankelijkheid worden vergroot door de invoering van het OZP. De open instroom betekent namelijk dat binnen de intramurale setting vaccinaties, die goedgekeurd zijn voor gebruik, kunnen worden voorgeschreven zodra ze zijn opgenomen in de medische richtlijnen. Binnen de extramurale setting worden vaccinaties echter pas vergoed als zij zijn opgenomen in het GVS (al dan niet met bijlage 2-voorwaarden). Dit kan ertoe leiden dat vaccinaties die wel zijn opgenomen in de richtlijnen, maar (nog) niet opgenomen zijn in het GVS, wél in de intramurale setting kunnen worden voorgeschreven én vergoed maar niet binnen de extramurale setting. Omdat medische richtlijnen regelmatig worden geüpdatet zorgt dit er naar verwachting voor dat vaccinaties eerder toegankelijk zijn binnen de intramurale setting. Dit wordt versterkt doordat fabrikanten niet altijd een verzoek tot opname in het GVS of uitbreiding van indicatie in de bijlage-2-voorwaarden indienen, en vaccinaties daardoor niet proactief worden toegevoegd aan het GVS. Innovatie haalt hierdoor het GVS in. Dit leidt tot onduidelijkheid voor betrokkenen en ongelijkheid in toegang.

Het OZP heeft ook impact op de organisatie van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen.

Hoewel het OZP voor (een deel van) de medisch specialisten de ervaren problematiek van het ontbreken van specifieke vergoeding binnen de intramurale setting oplost, heeft dit ook invloed op de organisatie van de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Het OZP kan leiden tot het concentreren van de vaccinatiezorg binnen het ziekenhuis. Echter, het OZP lost niet het gebrek aan centrale registratie en de regieproblemen op. Daarnaast zullen niet alle ziekenhuizen de vaccinatiezorg op korte termijn intramuraal kunnen inregelen. Dit betreft met name ziekenhuizen die momenteel geen vaccinatiepoli hebben. Tevens geven partijen aan dat het de vraag is of het efficiënt en betaalbaar is om alle vaccinatiezorg binnen de intramurale setting te organiseren. Helemaal met het oog op de verwachte toename in het aantal patiënten met een medisch verhoogd risico. De capaciteit en budgetten in de intramurale setting zijn (mogelijk) niet toereikend om alle patiënten met een medisch verhoogd risico volledig te vaccineren (ook niet wanneer OZP ingevoerd wordt). Indien het OZP ertoe leidt dat meer ziekenhuizen een vaccinatiepoli op gaan richten, is er mogelijk minder aandacht voor de mogelijkheid om de vaccinatiezorg extramuraal (bij huisartsen, apotheken of GGD'en) in te regelen.

Het is belangrijk dat de vergoeding niet afhankelijk is van het gekozen zorgpad.

De huidige versnippering in het zorgpad, het ontbreken van regie en centrale registratie worden niet opgelost door de invoering van het OZP. Daarbij is het, zoals hierboven aangegeven, niet wenselijk om vaccinatiezorg voor medische risicogroepen alleen in de intramurale setting aan te bieden. De huidige situatie leert ons dat de versnippering en de ongelijkheid in vergoeding momenteel leidt tot onduidelijkheid wat weer leidt tot verschillen in toegang tot vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Dit is onwenselijk. Het is dus belangrijk om bij de inrichting van het vaccinatielandschap, waaronder de invoering van het OZP en de verkenning tot het oprichten van een landelijke vaccinatievoorziening voor volwassenen, ervoor te zorgen dat voor patiënten het al dan niet ontvangen van een vergoeding voor deze zorg niet afhankelijk is van het gekozen zorgpad.

Het is belangrijk dat er duidelijke informatie komt over de verschillende mogelijkheden en dat bij de inrichting van het landschap aandacht is voor de samenwerking tussen partijen om de vaccinatiezorg zo toegankelijk mogelijk te maken. De verwachting is namelijk dat meerdere partijen een rol blijven spelen in de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen en dat samenwerking en coördinatie hierin cruciaal is.

Concluderend zien we dat met name de onduidelijkheid en de verschillende meningen van stakeholders over waar deze zorg plaats moet vinden en hoe bepaald wordt of een vaccinatie aangeboden moet worden, tot knelpunten leiden. Partijen wijzen niet een specifieke oorzaak aan, maar de huidige versnippering en de onduidelijkheid die het duale zorgpad (herkennen & concretiseren in de intramurale setting en vaccineren in de extramurale setting) met zich meebrengt zorgen ervoor dat er verschillen ontstaan in de toegang tot vaccinatiezorg.

4.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek hebben we een aantal aanbevelingen opgesteld voor het Zorginstituut.

1. Ga na of de verschillen om *in aanmerking te komen* voor vergoeding tussen de intra- en extramurale setting kunnen worden weggenomen.
    a. Het Zorginstituut zou bijvoorbeeld een proactieve rol op kunnen pakken in het opnemen van vaccinaties in het GVS (of de bijlage 2-voorwaarden)
    b. Er kan worden onderzocht of het mogelijk is om voor vergoeding aan te sluiten bij de richtlijnen in zowel de intra- als extramurale setting. Belangrijk hierbij is om ook oog te hebben voor de kosteneffectiviteit van vaccinatiezorg. Dit kan bijvoorbeeld door het Zorginstituut te betrekken bij het opstellen van de richtlijn om te kijken naar de kosteneffectiviteit.
2. Zorg dat de vergoeding niet afhankelijk is van het gekozen zorgpad.
    a. Momenteel is er grote versnippering in de vaccinatiezorg. Doordat er een grote variëteit is tussen regio's, binnen regio's en zelfs binnen ziekenhuizen vergt het veel om te komen tot een homogene landelijke route. De invoering van het OZP stimuleert ziekenhuizen om de vaccinatiezorg intramuraal te gaan inregelen. Daarnaast wordt momenteel gekeken voor een landelijke vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD. Ook kan vaccinatiezorg bij de huisarts worden aangeboden.
    b. Het is belangrijk dat de vergoeding aansluit bij de praktijk en niet afhankelijk is van de gekozen route. Dit betekent dat er afspraken moeten zijn over het vergoeden van vaccinaties voor medische risicogroepen binnen de intramurale (OZP) en extramurale (via huisartsen én GGD) route. Hiermee voorkom je dat er onduidelijkheid is over of een vaccinatie al dan niet vergoed wordt en voorkom je tevens dat patiënten (onverwacht) vaccins zelf moeten betalen (en daardoor afzien van een vaccinatie).
3. Stem daarnaast af met de relevante betrokkenen dat er gewerkt moet worden aan afspraken rondom duidelijke regie en centrale registratie van vaccinatiezorg voor medische risicogroepen en heldere informatievoorziening richting patiënt en zorgverlener. Dit kan bijdragen aan het toegankelijker maken van vaccinatiezorg.

4.3 Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek onder relevante stakeholders binnen de vaccinatiezorg. We hebben ons ervoor ingespannen om een representatieve groep stakeholders te spreken, passend binnen de scope van het onderzoek. We hebben van elke groep meerdere personen gesproken, en gepoogd zoveel mogelijk diversiteit binnen de beroepsgroep te vinden. Ook hebben we geprobeerd spreiding te hebben in de regio's waarbinnen partijen actief zijn.

Het onderzoek is echter niet volledig representatief. We hebben geen inzicht in alle regio's en ook geen representatieve afspiegeling van alle regio's. Hiervoor was de omvang van het onderzoek te beperkt. M.b.t. de GGD'en is dit ondervangen door het uitzetten van een vragenlijst waardoor we bij de GGD'en wel een afspiegeling hebben van de totale populatie. Ook bij de verzekeraars hebben we een representatief beeld doordat de afgevaardigden die we gesproken hebben (werkzaam bij 3 van de 4 grote verzekeraars) ook zitting nemen in de landelijke ZN werkgroep vaccinaties en daardoor ook

vanuit landelijk perspectief inzicht hebben gegeven. Bij huisartsen zagen we een eenduidig beeld n.a.v. de interviews die we gehad hebben dat ook aansloot bij inzichten uit eerdere rapporten. De inbreng vanuit de patiënten gaf ook een eenduidig beeld. Bij apothekers zagen we dat hun rol op dit moment beperkt is. Zij werken met geautomatiseerde systemen waardoor de vergoedingsprocedure helder is. De verwachting is niet dat dit sterk verschilt tussen en binnen regio's. Bij medisch specialisten is het beeld echter niet representatief. Hier zagen we een grote variëteit in de wijze waarop de vaccinatiezorg ingeregeld is, zowel binnen een ziekenhuis (tussen specialismen) als tussen ziekenhuizen, als tussen regio's. Dit maakt dat we met dit onderzoek wel inzicht hebben gekregen in hoe divers het speelveld is maar kunnen we geen uitspraken doen over hoe het landelijke beeld.

Echter, met de inzichten die we hebben, hebben we wel de diversiteit en problematiek rondom vaccinatiezorg kunnen vangen en dit geeft richting en inzicht in de knelpunten die ervaren worden in de huidige vergoedingssystematiek. Tevens geeft dit onderzoek inzicht in de mogelijke oplossingsrichtingen.

5 Bijlagen

Bijlage 1: Methode

We hebben verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden, namelijk:

Bureauonderzoek

Tijdens het bureauonderzoek is het zorgpad van de indicatiestelling tot aan de vergoeding, met alle tussenkomende stappen, in beeld gebracht. Voor het opstellen van de eerste versie van het zorgpad en vergoedingsstappen gebruikten we als basis de informatie van het Zorginstituut, bestaande uit het adviesrapport *"Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie?"*[14] en verschillende interne documenten van het Zorginstituut. Daarnaast hebben we het zorgpad doorgenomen met onze interne expert dr. Sandra Hoeboer, MD en hebben we aanvullende rapporten doorgenomen. De uitkomsten hiervan zijn visueel uitgewerkt in een zorgpad. In de interviews is het zorgpad gevalideerd met de stakeholders. Daarnaast zijn soms aanvullende documenten door de geïnterviewden aangeleverd die ook zijn meegenomen in het bureauonderzoek. Alle verzamelde en gebruikte documentatie is te vinden in Tabel 4.

Tabel 4: Beschrijving aangeleverde documenten

Document	Ontvangen van	Beschrijving
Overzicht vaccinaties richtlijnen	Het Zorginstituut	Overzicht van vaccinaties die voorkomen in medische richtlijnen van medische risicogroepen en de GVS-status van de vaccinatie-indicatie combinaties (opgesteld door het Zorginstituut)
Meldingen Topdesk vaccins	Het Zorginstituut	Overzicht van meldingen die zijn binnengekomen bij Topdesk rondom vaccinatiezorg t/m juni 2023
Adviesrapport vaccinatiezorg	Het Zorginstituut	Adviesrapport 'Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie'
Rapport: Het vaccinatiestelsel in Nederland nader verkend	Het Zorginstituut	Op verzoek van staatssecretaris Paul Blokhuis heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving een verkenning uitgevoerd naar het vaccinatiestelsel zoals dat in Nederland op dit moment is vormgegeven
Artikel Immunostart over organisatie en	Het Zorginstituut, RIVM	Wetenschappelijk artikel over de mening van professionals over de organisatie van vaccinatiezorg wat betreft voorschrijven en

[14] Zorginstituut Nederland. (2021). Adviesrapport 'Vaccinatiezorg voor medische risicogroepen: wie neemt de regie'. Geraadpleegd van https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2021/06/11/advies-vaccinatiezorg-voor-medische-risicogroepen

verantwoordelijkheden bij vaccinatiezorg		administreren van medische risicogroepen (immuun gecompromitteerde patiënten). *Artikel:* Doornekamp, L. et al. 2019. Dutch healthcare professionals' opinion on vaccination and education to prevent infections in immunocompromised patients. A mixed-method study with recommendations for daily practice
Artikel over knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen voor vaccinatiezorg bij immuungecompromitteerde patiënten Nederland	RIVM	Artikel: de Laat, CR et al. 2023. Vaccination process of immunocompromised patients in the Netherlands: Current challenges and potential solutions
Literatuuronderzoek naar determinanten die een rol spelen bij vaccinatiezorg bij risicogroepen	RIVM	Artikel: Doornekamp, L et al. 2020. Determinants of Vaccination Uptake in Risk Populations: A Comprehensive Literature Review
Urgent verzoek vaccinatiezorg medische risicogroepen	Het Zorginstituut, GGD	Brief van de werkgroep NVIB-infectieziektebestrijding over vaccinatiezorg voor medische risicogroepen die in de knel zit. Brief is gericht aan het Zorginstituut, Ministerie van VWS & NZa
Beleidsregel overige geneeskundige zorg	GGD	Beleidsregel NZa met prestatiebeschrijving en tarieven bij vaccineren
Protocol Vaccinatie IBD-patiënten CWZ bij GGD GZ 2023	GGD	Protocol voor MDL-artsen en verpleegkundigen vaccinatiezorg IBD-patiënten (opgesteld door GGD Gelderland-Zuid)
Handleiding: Vaccinatie bij hematologische aandoeningen	Patiëntenvereniging	RIVM-handleiding voor vaccinatie bij hematologische aandoeningen (2023, opgesteld door het LCI, RIVM)
Overzicht vaccins met bijbehorende vergoedingsvoorwaarden	ZN	Overzicht van vaccins met bijbehorende vergoedingsvoorwaarden, andere vergoedingsmogelijkheden en duur van bescherming (opgesteld door ZN)
Document over zinvol zijn van pneumokokken vaccinatie bij reumatische ziekten	Medisch specialist	PowerPointpresentatie over de routine pneumokokken vaccinatie die niet zinvol is voor patiënten met reumatische ziekten en/of immunomodulerende medicatie
Richtlijn vaccinatie pre-niertransplantatie	Medisch specialist	Algemene richtlijnen bij niertransplantatie, gebruikt door medisch specialisten

Stakeholderinterviews

Voor dit onderzoek hebben we verschillende partijen die betrokken zijn bij het zorgpad van extramurale vaccinaties bij medische risicogroepen geïnterviewd. Het betreft apothekers, medewerkers van de GGD'en, huisartsen, medisch specialisten, (vertegenwoordigers van) patiënten, medewerkers van het RIVM, zorgverleners als afgevaardigden van wetenschappelijke verenigingen en verzekeraars.

Binnen de groep medisch specialisten zitten zowel medisch specialisten uit perifere ziekenhuizen als uit universitaire centra. Ook zijn verschillende relevante specialismen meegenomen, onder andere interne geneeskunde (infectieziekten), hematologie, oncologie, nefrologie en geriatrie. In overleg met een internist-infectioloog en met het Zorginstituut, is bepaald welke medische specialismen relevant zijn voor dit onderzoek. De keuze is gebaseerd op de mate waarin een specialisme in aanraking komt met medische risicogroepen die vaccinaties nodig hebben. Voor het perspectief van de huisartsen zijn de LHV, de NHG en individuele huisartsen betrokken. Ook hebben we persoonlijke contacten gesproken over hun ervaring met vergoeding van extramurale vaccinaties bij medische risicogroepen, dit betreft een huisarts en een medisch specialist uit de cardiologie. Ten slotte hebben we een aantal specialismen benaderd, o.a. dermatologie, oogheelkunde, en kindergeneeskunde, waarmee het uiteindelijk niet tot een interview is gekomen. Redenen hiervoor waren o.a. vanwege beperkte beschikbaarheid, of omdat deze aangaven niet met de vaccinatie voor medische risicogroepen in aanraking te komen in de praktijk.

Het patiëntenperspectief wordt in het onderzoek vertegenwoordigd via Patiëntenfederatie Nederland (PFN). Via PFN zijn specifieke patiëntenverenigingen benaderd om schriftelijke input te leveren op het proces rondom de vergoedingssystematiek. Dit betrof o.m. de Leverpatiëntenvereniging, de Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten (NVHP) en de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patientenorganisaties Betrokken Bij Erfelijkheidsvraagstukken (VSOP). Als aanvulling op het interview met de PFN spraken we met Hematon (hemato-oncologische patiëntenvereniging).

Voor de groep apothekers zijn zowel poliklinisch apothekers betrokken als zelfstandig apothekers, al dan niet onderdeel van een apotheekketen. Binnen de groepen verzekeraars, GGD'en en het RIVM zijn medewerkers betrokken die een functie vervullen rondom het thema vaccinaties (i.e. arts Maatschappij en Gezondheid (M&G) & arts Infectieziektebestrijding (IZB), beleidsmedewerker & adviseur infectieziekten).

De deelnemers voor de interviews zijn gerekruteerd via contacten aangedragen door het Zorginstituut en door hen aangedragen collega's. Daarnaast is via het netwerk van Equalis gezocht naar relevante deelnemers voor de interviews. In Tabel 5 is een overzicht weergegeven van de instanties en functies van de geïnterviewden per stakeholder.

Tabel 5: Overzicht van geïnterviewden

Stakeholder groep	Instantie	Persoon	Functie
Apothekers	Apotheek Koert Utrecht	Dénise Dijkstra	Apotheker
	BENU	Majid Ghalit	Apotheker
	Samenwerkende Apotheken Enschede	Matthijn Brummelhuis	Apotheker
	Isala Ziekenhuis	Tim Lamers	Poliklinisch apotheker
GGD	GGD GHOR	Helen Siers	Arts M&G IZB
	GGD Zeeland en West-Brabant	Hetty Koppenaal	Arts Public Health
	GGD Gelderland-Zuid	Jolanda Hoefnagel	IZB-arts
	GGD Flevoland	Madjid Hosseinnia	Arts M&G IZB
	GGD GHOR	Anoniem	Anoniem
Huisartsen	LHV	Iddo de Ruiter*	Huisarts
	NHG	Karin van Haaren*	Huisarts en Beleidsmedewerker NHG
Patiënten	PFN	Jan Benedictus	Programmamanager
	Hematon	Marianne van Maarschalkerweerd	Commissie belangenbehartiging Hematon
RIVM	RIVM	Albert Vollaard	Medisch Adviseur Infectieziekten
	RIVM	Layla van Nieuwenhuizen*	Beleidsadviseur vaccinatie LCI
Specialist Perifeer	Meander	Eefje Jong	Internist-infectioloog
	Rijnstate	Robert-Jan Hassing	Internist-Infectioloog
Specialist UMC	UMCU	Anke Bruns	Internist-infectioloog & internist-hematoloog, NIV
	Radboudumc	Ellen van Ommen	Nefroloog
	LUMC	Meta Roestenberg	Infectioloog en hoogleraar vaccinologie
	Radboudumc	Quirijn de Mast	Internist-infectioloog
Zorgverleners benaderd via wetenschappelijke verenigingen	NVR	Alfons den Broeder	Reumatoloog en NVR
	NVOG	Jacqueline Louwers	Gynaecoloog en NVOG
	NVKG	Judith Wilmer	Klinisch Geriater en bestuurslid NVKG
	NVALT	Liselot Perdaems-Oors	Verpleegkundig specialist en NVALT

	NVKNO	Marc van der Schroeff	KNO-arts en NVKNO
	NVMDL	Rachel West	MDL-arts en NVMDL
Zorgverzekeraars	Menzis	Henk Eleveld	Apotheker niet praktiserend
	Zilveren Kruis	Sandra Offeringa	Adviserend Geneeskundige ZK, Arts M+G
	CZ	Linda Klein Holkenborg – van der Meijden	Werknemer Medisch Advies CZ
Afkortingen: GGD, Gemeentelijke Gezondheidsdiensten; GHOR, Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio; LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging; LUMC, Leids Universitair Medisch Centrum; NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap; NVALT, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose; NVKG, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; NVKNO, Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde; NVMDL, Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen; NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie; NVR, Nederlandse Vereniging voor Reumatologie; PFN, Patiëntenfederatie Nederland; RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; UMCU, Universitair Medisch Centrum Utrecht. ***Op persoonlijke titel**			

Interviewleidraad

De interviewleidraad is ter voorbereiding een week voor aanvang van de interviews gedeeld met de geïnterviewden. De interviews zijn, na akkoord van de deelnemers, opgenomen. Opnames zijn na het uitwerken van de notulen verwijderd. De interviews zijn uitgevoerd door een interviewer en een notulist. De interviews waren semigestructureerd van aard en de volgende onderwerpen zijn behandeld: voorstelronde, achtergrondinformatie over het onderzoek, het zorgpad, de verschillende vergoedingsroutes, de ervaren knelpunten bij de vergoeding (en mogelijke oplossingsrichtingen) en specifieke voorbeelden van prioritering van vaccins voor opname in het GVS. De complete interviewleidraad is weergegeven Bijlage 3.

Dataverwerking en rapportage

De interviewnotulen zijn verwerkt in een overzichtsschema en ingedeeld naar onderwerp: ervaring met het huidige zorgpad, knelpunten bij vergoeding, oplossingsrichtingen, vaccins niet opgenomen in het GVS en overig. Uitkomsten van de interviews zijn weergegeven in dit eindrapport. Tussendoor zijn de resultaten besproken in tussentijdse overleggen met het Zorginstituut en in werksessies met onze interne experts.

Vragenlijst voor de regionale GGD'en

Uit de eerste interviews kwam naar voren dat de regionale organisatiestructuur van de GGD'en leidde tot verschillen in de organisatie van vaccinaties voor medische risicogroepen. Hierdoor is gedurende het onderzoek besloten om met een gerichte vragenlijst de rol van de GGD'en in de extramurale

vaccinatie van medische risicogroepen verder uit te diepen. De vragenlijst is via GGD GHOR Nederland uitgezet onder de verschillende GGD'en op dinsdag 17 oktober 2023 en kon ingevuld worden tot en met dinsdag 24 oktober 2023. De vragenlijst is opgesteld in Microsoft Forms en bevatte 14 vragen. De vragenlijst vraagt naar welke medische risicogroepen worden gezien, welke vaccinaties worden toegediend, hoe de vaccinatiezorg voor medische risicogroepen georganiseerd is in de regio en of er problemen zijn met de vergoeding. De complete vragenlijst is te vinden in Bijlage 4:

Bijlage 2: Bijlage 2-voorwaarden GVS voor vaccinaties

Vaccin	Bijlage 2-voorwaarden GVS[15]
DKTP	• Jonger dan 18 jaar • Zwangere vrouw en aangewezen op tetanusprofylaxe
Hepatitis A	• Chronische HepB of HepC infectie • Niet-virale chronische leverziekte + verhoogd kans op HepA infectie (tenzij als gevolg van reizen, beroepsuitoefening of een epidemie)
Hepatitis B	• Aangewezen of op afzienbare termijn op regelmatig bloed- of bloedproducten of dialyse • Syndroom van Down of vergelijkbare chromosomale afwijking en zover dit gepaard gaat met een verstoorde afweerfunctie • Partner, gezinslid of huisgenoot van iemand die HBsAg positief is • Werkomgeving met verhoogde kans op besmetting • Chronische leverziekte
Pneumokokken	• Medische risicogroep overeenkomstig internationale richtlijnen door desbetreffende beroepsgroep aanvaard • Opgenomen ten gevolge van COVID-19 in ziekenhuis met restafwijkingen op CT-thorax en afwijkingen in longfunctie)
Meningokokken B	• 2 maanden of ouder met een aangeboren complementdeficiëntie • 2 maanden of ouder met een indicatie voor gebruik van geneesmiddel eculizumab • 2 maanden of ouder met hypo-/asplenie (met verhoogd risico op meningokokken)
Varicella-zostervaccin	• Onlangs SCT of bij geplande SCT • Solide tumor of hematologische kanker i.c.m. immuunsuppressieve behandeling (voor, tijdens of na toegediend) • Onlangs ondergane of geplande orgaantransplantatie • HIV-infectie
Afkortingen: HepA, Hepatitis A; HepB, Hepatitis B; HepC, Hepatitis C; SCT, Stamceltransplantatie	

[15] Farmacotherapeutisch Kompas - https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/algemeen/regeling-zorgverzekering#section-bijlage-2-bij-de-regeling-zorgverzekering

Bijlage 3: Interviewvragen per stakeholder

De interviewleidraden bestaan uit een algemene standaard vragenlijst waarbij sommige vragen aangepast zijn om aan te sluiten bij het referentiekader van de stakeholder. Ook zijn er voor bepaalde onderwerpen bij stakeholders specifieke vragen.

Onderwerp	Vragen
Ervaring met huidige zorgpad	In hoeverre bent u bekend met vaccinaties die worden aanbevolen in de richtlijnen voor medische risicogroepen?
	Hoe vaak ziet u patiënten met een medisch verhoogd risico die in aanmerking komen voor een vaccinatie? *(N.v.t. bij verzekeraars en patiënten)*
	Hoe vaak ziet u patiënten met een medisch verhoogd risico die in aanmerking komen voor een vaccinatie? *(N.v.t. bij verzekeraars en patiënten)*
	Kunt u aangeven of het geschetste zorgpad overeenkomt met de praktijk? Zo niet, waar wijkt dit op af?
	Welke rol heeft u in het vaccinatieproces? *(N.v.t. bij verzekeraars en patiënten)*
Knelpunten bij vergoeding	Herkent u het geschetste vergoedingsproces? Zo nee, wat ontbreekt hierin?
	Ervaart u knelpunten/problemen bij de vergoeding voor vaccinaties voor medische doelgroepen? Zo ja, voor welke doelgroep(en) en bij welk vaccin(s)?
	Wat is volgens u de oorzaak van de ervaren knelpunten?
	Hoe ziet de vergoedingsprocedure er uit (systeem, formulieren etc.)?
	Leiden deze knelpunten ertoe dat patiënten de vaccinaties waarop zij aangewezen zijn niet krijgen?
Oplossingsrichtingen	Aan welke oplossingsrichtingen denkt u voor de geschetste knelpunten rondom de vergoeding?
	Lost het nieuwe overig zorgproduct (OZP)/de nieuwe declaratiecode voor vaccinatie binnen het ziekenhuis, de vergoedingsproblematiek volgens u op? Waarom wel/niet? *(N.v.t. bij patiënten)*
Vaccins niet opgenomen in het GVS	Als het vaccin wel in de richtlijn is opgenomen, maar niet in het GVS is opgenomen is er geen vergoeding. Kunt u een voorbeeld noemen van een vaccin dat in een richtlijn is opgenomen maar die niet voor vergoeding in aanmerking komt omdat deze niet in het GVS zit (of in bijlage 2 is opgenomen)?
	Komt u dit in de praktijk vaak tegen? Voor welke doelgroepen?
	Ervaart u dat het patiënten belemmert in hun keuze om het vaccin al dan niet voor eigen rekening te nemen? Welke vaccins moeten volgens u opgenomen worden in het GVS? Welke prioritering zou u hieraan geven?

Specifieke vragen per stakeholder

Medisch specialisten & huisartsen

- **Knelpunten bij vergoeding**
  - Zijn deze knelpunten verschillend voor intramuraal en extramuraal gegeven vaccins?
  - Leiden deze knelpunten ertoe dat patiënten de vaccinaties waarop zij aangewezen zijn niet krijgen?
  - Werkt u met een 'artsenverklaring' voor het krijgen van vergoeding?
- **Vaccins niet opgenomen in het GVS**
  - Ervaart u dat het patiënten belemmert in hun keuze om het vaccin al dan niet voor eigen rekening te nemen?
  - Belemmert u dit in het voorschrijven van deze vaccins? Waarom wel/niet?

Apothekers

- **Knelpunten bij vergoeding**
  - Zijn deze knelpunten verschillend voor intramuraal en extramuraal gegeven vaccins?
  - Werkt u met een 'artsenverklaring' voor het krijgen van vergoeding?
  - Hoe vindt de huidige toetsing op vergoeding plaats? Hoe wordt de zorg gedeclareerd bij de verzekeraar? Leiden deze knelpunten ertoe dat patiënten de vaccinaties waarop zij aangewezen zijn niet krijgen?
  - Horen deze vaccinaties volgens u in de intramurale of extramurale setting? Waarom?

GGD/RIVM

- **Knelpunten bij vergoeding**
  - Zijn deze knelpunten verschillend voor intramuraal en extramuraal gegeven vaccins?
  - Hoe ziet de vergoedingsprocedure eruit (systeem, formulieren, etc.)?

Verzekeraars

- **Knelpunten bij vergoeding**
  - Kunt u het vergoedingsproces vanuit de verzekeraar schetsen?
  - Hoe vindt de huidige toetsing op vergoeding plaats? Werkt u hierbij met machtigingsformulieren?
  - Hoe kunnen/moeten de vaccinaties bij u gedeclareerd worden?
  - Hoe vaak komt het voor dat u een vergoedingsvraag afwijst? Wat zijn dan daarvoor de redenen? Hoe legt u dit uit aan de verzekerden?
  - Wordt er gewerkt met een coulanceregeling? Zo ja, hoe wordt deze ingezet?
  - Zijn deze knelpunten verschillend voor vaccins met en zonder bijlage 2-voorwaarden?

- Horen deze vaccinaties volgens u in de intramurale of extramurale setting?

- **Vaccins niet opgenomen in het GVS**
  - Worden er vergoedingsaanvragen ingediend voor deze vaccins? Hoe gaat u daarmee om?

PATIËNTEN

- **Ervaring met huidige zorgpad**
  - Wie krijgt de verantwoordelijkheid voor het ophalen van de vaccinatie? Heeft de patiënt daar zelf een rol in?
  - Vervoeren patiënten het vaccin zelf?
  - Waar wordt het vaccin toegediend?
- **Knelpunten bij vergoeding**
  - Moeten patiënten een declaratieverzoek indienen bij de verzekeraar?
  - Waar vindt u dat de vaccinaties plaats horen te vinden, in het ziekenhuis of in de eerstelijnszorg (bijv. bij de huisarts of GGD)?

Bijlage 4: Vragenlijst GGD

Vragenlijst over vaccinatie van medische risicogroepen bij de GGD
In opdracht van Zorginstituut Nederland doet Equalis onderzoek naar de vergoedingsprocedure van extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen. Dit betreft individuele preventie en valt daardoor onder de Zorgverzekeringswet. Dit onderzoek richt zich op de ervaren knelpunten én oplossingsrichtingen rondom de vergoeding van vaccinaties voor medische risicogroepen. In de regio is de GGD een belangrijke stakeholder wat betreft extramurale vaccinaties. We hebben via interviews met GGD-artsen alsook met professionals bij het RIVM, medisch specialisten, apothekers, huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars al input opgehaald. Hieruit blijkt dat er verschillen zijn in hoe de GGD'en betrokken zijn bij vaccinaties voor medische risicogroepen. We willen u vragen om een aantal korte vragen te beantwoorden zodat we beter zicht kunnen krijgen op de rol van de GGD in het toedienen van extramurale vaccinaties voor risicogroepen en de knelpunten die spelen rond de vergoeding daarvan.

1. Bij welke GGD-regio bent u werkzaam? *

- Amsterdam
- Brabant Zuid-Oost
- Drenthe
- Flevoland
- Fryslân
- Gelderland-Midden
- Gelderland-Zuid
- Gooi en Vechtstreek
- Groningen
- Haaglanden
- Hart voor Brabant
- Hollands-Midden
- Hollands-Noorden
- IJsselland
- Kennemerland
- Limburg-Noord
- Noord- en Oost-Gelderland
- Utrecht
- Rotterdam-Rijnmond
- Twente
- West-Brabant
- Zaanstreek-Waterland
- Zeeland

- Zuid-Holland Zuid
- Zuid-Limburg

2. In welke functie bent u werkzaam bij de GGD? *

- Arts
- Verpleegkundige
- Manager
- Andere, namelijk …

3. Biedt uw GGD-regio vaccinaties voor medische risicogroepen aan? *

Het betreft hier vaccinaties die niet binnen de reizigersvaccinatie of het rijksvaccinatieprogramma vallen, en voor patiënten met specifieke aandoeningen en/of behandelingen geïndiceerd zijn.

- Ja (door naar vraag 4)
- Nee (door naar vraag 9)

4. Voor welke medische risicogroepen biedt uw GGD-regio vaccinaties aan? *

- Patiënten met HIV
- Transplantatie patiënten
- Patiënten die geen milt hebben (asplenie)
- Patiënten met een inflammatoire aandoening (zoals IBD, psoriasis, reumatoïde artritis etc.) waarvoor ze behandeld worden met immuunsuppressiva
- Patiënten met overige chronische aandoeningen zoals COPD, cardiovasculaire aandoeningen, diabetes
- Andere, namelijk …

5. Hoe vaak worden er medische risicogroepen gevaccineerd in uw GGD-regio? *

- Dagelijks
- Wekelijks
- Een paar keer per maand
- Een paar keer per kwartaal
- Een paar keer per jaar
- Nooit
- Andere, namelijk …

6. Welke vaccinaties worden bij uw GGD-regio gegeven aan medische risicogroepen? *

- BMR
- COVID-19
- DKTP
- DTP
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Herpes Zoster/Varicella Zoster
- HiB

- HPV
- Influenza
- MenACWY
- MenB
- MenC
- Pneumokokken
- Rotavirus
- Andere, namelijk …

7. Ondervindt u problemen om de extramurale vaccinaties voor medische risicogroepen vergoed te krijgen bij de zorgverzekeraar? *

- Ja
- Nee (door naar vraag 9)

8. Kunt u kort toelichten welke problemen u ervaart? *

9. Ziet u een rol voor de GGD in het vaccineren van medische risicogroepen? *

- Ja
- Nee

10. Heeft u binnen uw regio afspraken met ziekenhuizen gemaakt over het vaccineren van medische risicogroepen bij de GGD? *

- Ja
- Nee (door naar vraag 12)

11. Kunt u kort toelichten welke afspraken zijn gemaakt met ziekenhuizen? *

12. Heeft u binnen uw regio afspraken met huisartsen gemaakt over het vaccineren van medische risicogroepen bij de GGD? *

- Ja
- Nee (door naar vraag 14)

13. Kunt u kort toelichten welke afspraken zijn gemaakt met huisartsen? *

14. Zijn er nog zaken die u mee wil geven over het vaccineren van medische risicogroepen en de rol voor de GGD hierin? *

EQUALIS VINTURA

Bijlage 5: Vaccinaties aanbevolen voor opname in het GVS door de stakeholders

Vaccin \ Partij	RIVM GGD	Specialisten UMC	Specialisten Perifeer	Patiënten	Apothekers	Wetens. Verenigingen
MenACWY	Asplenie	Asplenie				KNO-aandoeningen (i.v.m. verhoogd risico meningitis)
		Specifieke nefrologische aandoeningen				
Pneumokokken	Immuun-gecompromitteerden (**PCV20)**	**PCV-20** met voorrang opgenomen i.v.m. betere werking	HIV	Hematologische aandoeningen		In RVP via huisarts voor ouderen
		MDL-aandoeningen				
		Immunosuppressiva nefrologie (niet bij RVP huisarts)				KNO-aandoeningen (i.v.m. verhoogd risico meningitis)
Varicella-zoster-vaccin (Shingrix)	Immuun-gecompromitteerden van 18 jaar of ouder	Bij behandeling met JAK-remmers	Bij behandeling met JAK-remmers of prednison	Hematologische aandoeningen		
			Herpes Zoster van het oog (IBD)			
		Bij negatieve serologie en specifieke nefrologische indicaties	Bij vasculitis na gordelroosinfecties			
HPV		Specifieke nefrologische aandoeningen	Systemische lupus erythematodes			

Vaccin \ Partij	RIVM GGD	Specialisten UMC	Specialisten Perifeer	Patiënten	Apothekers	Wetens. Verenigingen
	Leeftijdsgrens 26 is arbitrair, zou hierboven ook vergoed moeten worden	Longtransplantaties o.b.v. indicatie gynaecoloog	behandeld met immunosuppressiva Bij hooggradige CIN			Longtransplantaties o.b.v. indicatie gynaecoloog
Mazelen		Bij specifieke nefrologische aandoeningen				
Waterpokken	Bij risicogroepen van 18 jaar of ouder					
Influenza*	In hoge dosis beter voor risicogroepen (bemoeilijkt door het RVP)			Huisgenoten van patiënten met slechte afweer		
HiB**			Bij rituximab			
Overig		Gemiste RVP-vaccinaties	Vaccinaties bij asplenie		Omgeving inenten met bv. HPV, Shingrix	

* Influenza wordt via het RVP al aangeboden voor een aantal medische risicogroepen en personen van 60 jaar of ouder, dit is echter wel een lage dosis

** HiB is opgenomen in het GVS zonder bijlage 2-voorwaarden, toch heerst hier onduidelijkheid over waardoor het niet altijd vergoed wordt

PS: Huisartsen zijn van mening dat beroepsgroep richtlijnen moeten worden aangehouden voor vergoeding.

PPS: Zorgverzekeraars noemen alleen een aantal vaccins die mogelijk in het RVP opgenomen kunnen worden: de pokkenvaccins, RS-virus vaccins, en de COVID-vaccins.

Afkortingen: CIN, Cervicale Intra-epitheliale Neoplasie; GGD, Gemeentelijke Gezondheidsdiensten; KNO, Keel-Neus-Oor; HiB, Haemophilus influenzae type B; HIV, Humaan immunodeficiëntie virus; HPV, Humaan papillomavirus; IBD, Inflammatory Bowel Disease; MDL, Maag-Darm-Lever; MenACWY, Meningokokken ACWY; RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; RVP, Rijksvaccinatieprogramma; UMC, Universitair Medisch Centrum.

Bijlage 6: Functie respondenten en huidige rol GGD'en

Om een completer beeld te krijgen van de rol van de GGD in het vaccineren van medische risicogroepen is door de GGD GHOR een vragenlijst uitgestuurd naar alle 25 GGD regio's. De vragenlijst is ingevuld door 21 van de 25 GGD-regio's van Nederland (respons percentage van 84%). Bij 12 van de 21 responsen is de vragenlijst ingevuld door een arts, bij 4 door een manager. Drie respondenten zijn verpleegkundige en 2 zijn teamleider. (Figuur 7)

Figuur 7. Functies van de respondenten

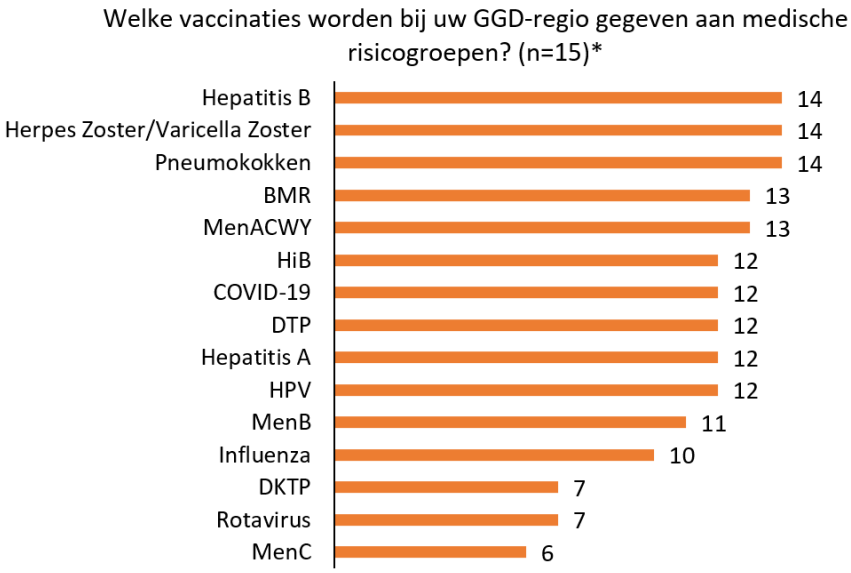
** telt niet op i.v.m. dubbelfuncties*

15 van de 21 van de GGD-regio's bieden momenteel vaccinaties aan voor medische risicogroepen, 6 regio's doen dit niet. De frequentie waarmee GGD-regio's patiënten met een medisch verhoogd risico vaccineren varieert. 9 regio's vaccineren wekelijks patiënten en 2 dagelijks, daarnaast vaccineren 4 GGD-regio's een paar keer per kwartaal of per jaar patiënten. (Figuur 6)

De medische risicogroepen die voornamelijk worden gevaccineerd zijn patiënten met een inflammatoire aandoening waarvoor ze behandeld worden met immuunsuppressiva, patiënten met chronische aandoeningen, met asplenie, transplantatiepatiënten en hiv-patiënten. Daarnaast worden nog een aantal risicogroepen specifiek genoemd, te weten patiënten met Fanconi anemie, MS, en Eczeem. Daarnaast worden zwangere vrouwen (kinkhoest), kinderen met ouders uit hoog endemische landen (tuberculose) en sekswerkers (HepB) genoemd.

Aan deze medische risicogroepen bieden de GGD-regio's vrijwel alle vaccinaties aan. De Hepatitis B, Herpes Zoster en pneumokokken vaccins worden door 14 van de 15 regio's aangeboden. De BMR en MenACWY vaccins door 13 van de 15 regio's en de HiB, COVID-19, DTP, Hepatitis A en HPV-vaccins door 12 regio's. De MenB, MenC, Influenza, DKTP en het Rotavirus vaccin worden door minder dan 12 GGD-regio's aangeboden. (Figuur 8)

Figuur 8. Vaccinaties voor medische risicogroepen gegeven door de GGD



** Alleen respondenten die aangegeven hebben dat er vaccinaties voor medische risicogroepen worden aangeboden in hun regio hebben deze vraag gekregen*

Equalis Strategy & Modeling B.V.
info@equalis.nl
www.equalis.nl