



Misleiding consument bij hoorzorg

Voorkom stimulering private markt

Hoorzorg is voor iedereen toegankelijk en betaalbaar

Om uitgaven voor hoorzorg in Nederland beheersbaar te houden en adequate zorg te kunnen leveren, is in 2013 het Hoorprotocol in werking getreden waarbinnen een audicien vaststelt voor welk van de 5 categorieën iemand met een gehoorverlies van minimaal 35 dB in aanmerking komt. Er is een bijbehorend ZN Hoortoestellendatabase waarbinnen ongeveer 1500 hoortoestellen zijn geclassificeerd. Zorgverzekeraars vergoeden vervolgens 75% van de kosten vanuit de basisverzekering, waarbij van de verzekerde een wettelijke eigen bijdrage van 25% wordt gevraagd. Uit het rapport 'Evaluatie Hoorzorg' van het Zorginstituut Nederland uit 2015 blijkt dat iedereen binnen de verzekerde zorg een prima en adequaat hoortoestel kan krijgen en daarmee een passende oplossing voor zijn of haar hoorprobleem. Als er vanwege de complexiteit van het gehoorverlies een medische noodzaak is voor een ander toestel dan volgens het Hoorprotocol voorgeschreven, kan de audicien hiervoor een bijzondere individuele zorgvraag doen. Dit valt eveneens onder de verzekerde zorg. Hiermee is er in Nederland een systeem ontwikkeld waarbij adequate hoorzorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is.

Private markt groeit disproportioneel

Marktcijfers uit juni 2019 laten zien dat de private markt -hoortoestellen die buiten de verzekerde zorg vallen- gestegen is tot ruim 19% (GAIN 2019). Deze stijging is al sinds 2016 te zien en neemt steeds verder toe. Specsavers, als een van de drie leidende audicienbedrijven in Nederland, heeft minder dan 1% marktaandeel in de verkoop van hoortoestellen in de private markt. Dit betekent dat de twee andere leidende marktpartijen een marktaandeel van ver boven de 19% in dit segment hebben. Hoortoestellen uit de private markt beschikken slechts over een beperkt aantal additionele features zoals vertaalopties. Deze features hebben niet zo'n toegevoegde waarde dat dit de sterke groei van de private markt kan verklaren. Het lijkt vooral een gerichte strategie van enkele marktpartijen om de lagere marges in de verzekerde zorg, als gevolg van selectieve inkoopprocedures van een aantal zorgverzekeraars, te compenseren. Dit is niet in het belang van veel slechthorenden die op zoek zijn naar een adequate hooroplossing.

Verhoging tarieven zorgverzekeraars

Voor de nieuwe contractering van hoorzorg 2020-2022 hebben de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Menzis aangegeven de vergoedingen voor hoortoestellen in de verzekerde zorg te verhogen. Uit analyse blijkt dat de nieuwe tarieven voor nagenoeg alle hoorzorgaanbieders positief uitpakken. Daarmee is het tij van alsmaar dalende vergoedingen aan audicienbedrijven aan het keren en hebben zorgverzekeraars gehoor gegeven aan de oproep van enkele marktpartijen. Een verantwoorde financiering van de hoorzorg is immers zowel in het belang van de consument, de overheid als de markt (SiRM 2019) en zorgt voor betaalbaarheid en toegankelijkheid van adequate hoorzorg.

Private markt moet een bewuste keuze zijn

Voor het oplossen van een gehoorverliesprobleem biedt de verzekerde zorg een passende en adequate oplossing. Als een consument wil beschikken over een specifieke feature, zoals een vertaaloptie, kan hij of zij kiezen voor een toestel uit de private markt. Omdat hiervoor in principe geen vergoeding geldt, dient dit een bewuste en weloverwogen keuze te zijn. Verschillende consumentenfora laten echter zien dat een grote groep consumenten vooraf niet wist dat ze met een hoortoestel te maken had waarvoor ze geen vergoeding ontving, of überhaupt niet wist dat zij ook een verzekerd hoortoestel zou kunnen krijgen. Verschillende audicienbedrijven adverteren zelfs met toestellen die helemaal geen onderdeel uitmaken van het verzekerde pakket zonder dat dit expliciet



wordt gemeld. Hierdoor kunnen consumenten op het verkeerde been worden gezet en voor financiële verrassingen komen te staan.

Voorkom (fiscale) stimulering private markt

Het Hoorprotocol en diens opvolger Hoorprotocol 2.0 waarborgt adequate, betaalbare en toegankelijke hoorzorg voor iedereen. Indien een consument desondanks bewust zou kiezen voor een hoortoestel uit de private markt, zouden er geen fiscale en/of financiële voordelen moeten bestaan om dat te stimuleren. Er is immers voor ieder hoorprobleem een oplossing in de verzekerde zorg beschikbaar.

De praktijk laat echter zien dat die stimulering er wel degelijk is. Dit gebeurt primair door fiscale stimulering. De Belastingdienst zegt hierover: *Moest u de kosten van een gehoorapparaat helemaal zelf betalen, omdat u niet voor een vergoeding in aanmerking kwam? Dan mag u alle kosten in aftrek brengen.* Enkele marktpartijen wijzen hun klanten zelfs op dit fiscale voordeel. Deze fiscale aftrekpost lijkt een voorziening te zijn die relevant was in de oude situatie. Sinds de invoering van het Hoorprotocol in 2013 waarin voor ieder hoorprobleem een adequate oplossing is in de verzekerde zorg, is deze fiscale stimulering echter achterhaald en kost het de belastingbetaler onnodig geld.

Naast de fiscale stimulering vergoedt een zestal zorgverzekeraars het bedrag van het op basis van het Hoorprotocol geïndiceerde hoortoestel, waardoor de consument alleen nog maar het verschil met het hoortoestel uit de private markt hoeft bij te betalen. Hierdoor ontstaat er aanvullend een onwenselijke stimulering van de private markt met hoortoestellen die extra features bevatten, zoals een vertaalfunctie van andere talen en naar het verluiddt een aankomende feature om via het hoortoestel een taxi op te roepen. Van dergelijke opties kan worden betwist of dit daadwerkelijk binnen de zorg zou moeten vallen.

Oproep

Specsavers roept u op om tijdens het Algemeen Overleg Hulpmiddelenbeleid op 27 november 2019 aandacht te schenken aan het volgende:

- Zorg ervoor dat consumenten door de audicien vooraf worden geïnformeerd over het feit dat er voor ieder hoorprobleem, van licht tot complex, een hooroplossing is binnen de verzekerde zorg. Daarnaast zou de consument, voordat hij of zij een hoortoestel op proef meekrijgt, moeten worden geïnformeerd over de financiële consequenties. Dit voorkomt dat consumenten onwetend een hoortoestel aanschaffen waar zij achteraf veel voor bij moeten betalen. Op die manier waarborg je dat de aanschaf van een hoortoestel uit de private markt een bewuste keuze is door de consument.
- Omdat de aanschaf van een hoortoestel uit de private markt feitelijk een persoonlijke keuze is en niet vanwege de zorgvraag nodig is (uitgezonderd bijzondere individuele zorgvragen die overigens ook vanuit de basisverzekering worden vergoed), zou je elke stimulering van de private markt moeten voorkomen.
 - Schrap fiscale stimulering van hoortoestellen uit de private markt. Deze maatregel lijkt nog afkomstig te zijn uit de periode van voor het Hoorprotocol. De belastingbetaler betaalt nu mee aan de aanschaf van een toestel uit deze private markt, terwijl dit vanwege het verzekerde systeem niet nodig is.
 - Wanneer een consument bewust voor een hoortoestel uit de private markt kiest, zouden zorgverzekeraars geen vergoeding moeten uitkeren uit de basisverzekering. De verzekerde zorg biedt immers voor iedereen een adequate en betaalbare hooroplossing.
 - Om keuzevrijheid te behouden, zou je bijbetaling enkel 'binnen' de verzekerde zorg kunnen toestaan. Daarmee is er voor iemand die geïndiceerd is voor bijvoorbeeld een



hoortoestel uit categorie 3 de mogelijkheid om met bijbetaling ook een hoortoestel uit categorie 4 of 5 aan te schaffen, maar dus geen mogelijkheid om met bijbetaling een hoortoestel uit de private markt (ook soms wel categorie 6 of categorie 99 genoemd) aan te schaffen.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met

5.1.2e

5.1.2e

[@specsavers.com](mailto:info@specsavers.com) of 06 –

5.1.2e

Reactie op Petitie Kwaliteitsaudiciens

Samengevat hebben de Kwaliteitsaudiciens veel kritiek op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en pleiten ze voor een andere (ruimere) vergoeding.

Achtergrond

Omdat zij meer klanten met "complexe slechthorendheid" zouden bedienen, kunnen zij in tegenstelling tot de andere categorie audiciens, niet met de prijsdruk van zorgverzekeraars uit de voeten.

Hoewel we niet over cijfers beschikken, vermoed ik dat het merendeel van de 15% private aankopen waarschijnlijk in dit deel van de branche plaatsvindt.

Vanuit deze branchegenoten klinken ook geluiden om de "ouderdomsgerelateerde hoorzorg" op basis van voorzienbaarheid uit het basispakket te halen. Daarmee zou voor dit deel een volledig private markt ontstaan, met een even voorzienbare 'verdubbeling van de prijzen'.

Dit telt dan weer op bij de stapeling van zorgkosten en inkomensdaling voor ouderen en zal de toegankelijkheid en tweedeling binnen de hoorzorg zeker niet bevorderen.

Van de NVAB ontvangen we dergelijke signalen niet. De NVAB pleit voor behoud van en meer aandacht voor hoorzorg vanwege de maatschappelijke baten, getuige ook het rapport van Specsavers. Specsavers pleit wel voor een mogelijkheid tot extra bijbetaling voor mensen met een wens voor een (duurder) hoortoestel met meer functionaliteiten. Hoewel een interessant idee, bestaat het gevaar dat we daarmee terugkeren naar het beleid van vóór 2013 met een maximumvergoeding met een onbegrensde bijbetaling.

Advies

Ik adviseer om in onze reactie het belang van de individuele patiënt en het algemeen maatschappelijk belang voorop te stellen. Over het contracteerbeleid van zorgverzekeraars nemen we doorgaans geen standpunt in. We kunnen belichten dat we van zorgverzekeraars verwachten dat ze kwalitatief goede en doelmatige hoorzorg contracteren.

Memo eigen bijdragen hoortoestellen - VWS

Eigen bijdrage (25%) per 2013

In 2011 constateerde het toenmalige College voor Zorgverzekeringen - nu Zorginstituut - dat het systeem van vergoedingslimieten verstorend werkte op de marktwerking en leidde tot ongewenste effecten op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en individuele betaalbaarheid van de hoorzorg.

Het CVZ vond het afschaffen van de maximum vergoedingslimieten een must.

Daarom adviseerde het CVZ een functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, met een percentuele eigen bijdrage van 25% per hoortoestel.

De minister van VWS heeft de zorgverzekering per 2013 conform het advies aangepast.

Een percentuele eigen bijdrage is eerlijker dan een vaste eigen bijdrage en het stimuleert gepast gebruik. Bovendien zorgt de functiegerichte omschrijving alsook de verruiming van indicatiecriteria in combinatie met protocollering voor een betere kwaliteit van de hoorzorg.

Volgens het CVZ kon de eigen bijdrage worden heroverwogen als de marktwerking tot dalende kosten zou leiden. Het CVZ zou de ontwikkeling van de kosten daarom nauwlettend volgen.

Evaluatie 2015

Op verzoek van VWS heeft het Zorginstituut de effecten van de nieuwe aanspraak op hoortoestellen geëvalueerd. Uit het onderzoek bleek dat de tevredenheid van gebruikers over de kwaliteit van de hoorzorg over het algemeen gelijk is gebleven en op sommige onderdelen was toegenomen.

De gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker was met de helft (51,1%) gedaald ten opzichte van de eigen betalingen ten tijde van de vergoedingslimieten en het percentage gebruikers dat de eigen bijdrage als een probleem ervoer was gehalveerd.

Doordat de cijfers over 2012 en 2013 sterk beïnvloed waren door de beleidswijzigingen en de cijfers over 2014 en 2015 onvolledig waren, kon het Zorginstituut destijds geen harde conclusies trekken over de effecten op de macro uitgaven.

Hoogte eigen bijdrage

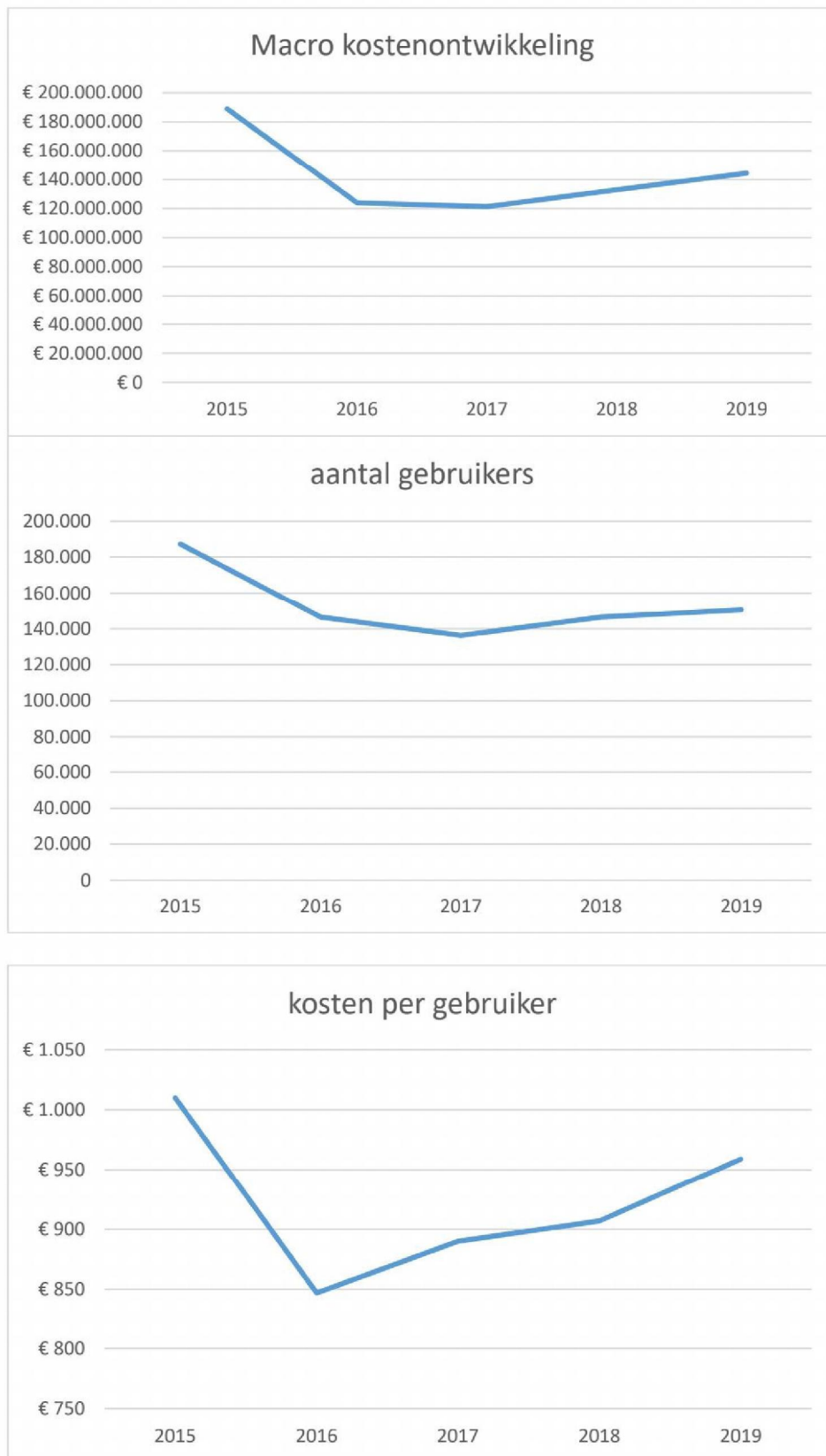
De eigen bijdrage komt boven op het eigen risico van € 385,00. Volgens info van NVAB worden de meeste hoortoestellen voorgeschreven uit categorie 3, 4 of 5; gezien de gemiddelde prijs per toestel, de eigen bijdrage voor 1 of 2 hoortoestellen, plus het eventueel eigen risico; en aannemende dat hoortoestellen gemiddeld 5 jaar meegaan, ziet de gemiddelde EB er ongeveer zo uit.

Categorie	Gemiddelde prijs	EB 1 toestel	EB per jaar (5)	EB 2 toestellen	EB per jaar (5)	met eigen risico (385)	EB plus ER per jaar (5)
3	€ 625	€ 156	€ 31	€ 313	€ 63	€ 698	€ 140
4	€ 750	€ 188	€ 38	€ 375	€ 75	€ 760	€ 152
5	€ 850	€ 213	€ 43	€ 424	€ 85	€ 810	€ 162

NB: indien een hulpmiddel (bijv. hoortoestel) in bruikleen wordt verstrekt, valt dit niet onder het eigen risico

Macro Kostenontwikkelingen 2015 - 2019

De GIP-data laten voor de hoortoestellen (D05) onderstaande trends zien

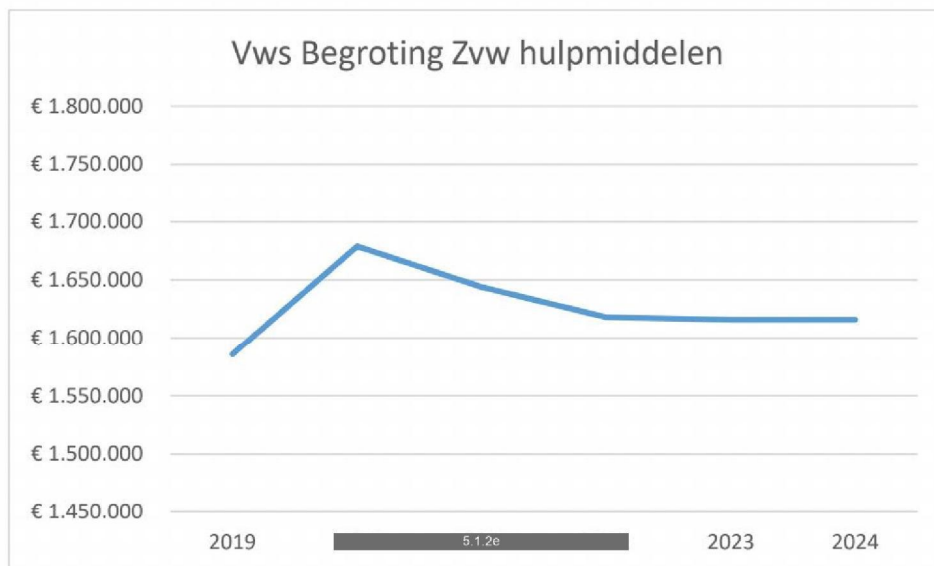


Afschaffen eigen bijdrage = advies Zorginstituut

Het innemen van standpunten en adviseren over aard en omvang van verzekerde zorg in de zorgverzekeringswet is voorbehouden aan het Zorginstituut.

Voor een mogelijk afschaffen van de percentuele eigen bijdrage voor hoortoestellen zal het Zorginstituut aan VWS een advies moeten uitbrengen voor een aanpassing van de zorgverzekering.

Het is aan de minister om over dit advies te besluiten. De minister zal de budgettaire consequenties – binnen de afspraken van de meerjaren Rijksbegroting en in overeenstemming met het Regeerakkoord – daarbij in acht moeten nemen. Een verruiming van het basispakket zal ook gevolgen hebben voor de zorgpremie.



De macro budgettaire impact bij afschaffen van de 25% eigen bijdrage wordt- bij gelijkblijvende gemiddelde prijzen - geschat op circa € 50 mln. per jaar

In de VWS meerjaren begroting is geen ruimte opgenomen voor een deze pakket uitbreiding. Dit betekent dat voor het schrappen van de eigen bijdrage elders binnen dit kader financiële ruimte gezocht moet worden.

‘Vrijwillige’ eigen betaling

Het komt voor dat een verzekerde vrijwillig betaalt voor functionaliteiten of voor een hoortoestel uit een andere categorie waar die – strikt genomen volgens het hoorprotocol – niet voor in aanmerking komt. Dit is onder de zorgverzekeringswet niet verboden. Het is aan de zorgverzekeraar of dit wel of niet is toegestaan.

Volgens Zwv kan een verzekerde aanspraak maken op zorg (hier hoortoestel) zolang hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Een zorgverzekeraar mag een (deel)vergoeding weigeren wanneer de verzekerde naar inhoud en omvang niet is aangewezen op duurdere zorg (hier andere functionaliteiten of toestel). Als de verzekerde bereid is om bij te betalen mag de verzekeraar dit toestaan, maar de verzekeraar is hiertoe niet verplicht.

Meer achtergrond info

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-bijdrage-zvw>

de Kwaliteitsaudiciens

Concept position paper ‘bijbetalen boven geïndiceerde zorg’

Door: 5.1.2e september 2020

Wat is de kwestie?

Sinds 2013 is de vergoeding voor adequate hoorzorg in het basispakket stelselmatig omlaag gebracht.

- Voor patiënten heeft dat positieve impact waar het gaat om de prijs die ze moeten betalen voor een hoortoestel in het basispakket omdat de eigen bijdrage van 25% ook meedaalt.
- De lagere vergoeding zorgt er ook voor dat de nieuwste en innovatiefste toestellen langzamer in het basispakket terecht komen en dat daar dus relatief minder keuze en functionaliteit is.
- De bedrijfsvoering van audiciens in het basispakket is niet of nauwelijks rendabel, zeker niet voor patiënten die meer dan gemiddelde zorg en aandacht nodig hebben. De private markt biedt audiciens een bedrijfseconomisch beter model.
- 5.1.2e door de afnemende vergoeding in het basispakket toenemende druk ontstaan op de tijd, aandacht en zorg die audiciens kunnen besteden aan hun cliënten.
- Zowel voor audiciens als voor patiënten is er door bovenstaande een perverse prikkel ontstaan richting private markt.
- Dit geldt ook voor zorgverzekeraars. Omdat ze over het algemeen geen enkele vergoeding uitkeren bij een keuze van een verzekerde in het private segment (ook niet de vergoeding waar die verzekerde recht op zou hebben in het basispakket)

Het basispakket dreigt dus steeds meer ‘basic/sociaal’ te worden en het verschil tussen basispakket en de private markt is groter geworden. Behalve de ontwikkeling van nieuwe en innovatieve toestellen zijn er in de vrije markt ook op het gebied van comfort, grootte, functionaliteit en connectiviteit flinke slagen gemaakt die -bewust- niet beschikbaar zijn in het basispakket. Cliënten die vanwege persoonlijke voorkeur, levensstijl of specifieke behoeften een voor hen optimaal toestel willen zijn dus aangewezen op de private markt. Bij vrijwel alle zorgverzekeraars vervalt bij een keuze van een patiënt de volledige vergoeding voor toestel én zorg, terwijl daar wel premie voor betaald is.

Wij pleiten er voor om het verschil tussen private markt en basispakket te verkleinen en patiënten die dat willen betere toegang te geven tot voor hen optimale en op hun persoonlijke situatie toegesneden hoorzorg. Dit moet uitdrukkelijk niet plaatsvinden door via de inkoopmacht van de zorgverzekeraar de aanbieders te dwingen om onder kostprijs of tegen ongunstige voorwaarden het basispakket te vergroten. Dit verergert de onderliggende dynamiek, die uiteindelijk voor alle betrokkenen negatief uitpakt. Zelfs voor de zorgverzekeraars.

de Kwaliteitsaudiciens

Wij stellen daarom voor om de vergoeding uit het basispakket waar een patiënt aanspraak op kan maken ook uit te keren bij een keuze in de private markt. Een uitzondering hiervoor zijn de uitzonderingsgevallen waar patiënten aanspraak kunnen maken op een toestel buiten de categorieën wegens specifieke omstandigheden. Dit moet beter en makkelijker worden geregeld.

Anders gezegd, de patiënt betaalt het verschil bij. Graag bespreken we met alle betrokkenen (zorgverzekeraars, audiologen, fabrikanten, kamerleden, NZa, ZIN, VWS, ouderenbonden en vooral de patiënten organisaties) of en hoe we dit op een verantwoorde manier tot stand kunnen brengen.

De volgende uitgangspunten worden daarbij gevolgd:

- patiënt centraal
- betaalbaarheid zorg blijft onaangetast
- meer zorg op maat
- bewaken adequate zorg in basispakket
- geen tweedeling
- uitwerking moet rechtvaardig en doelmatig zijn en moet gelden voor alle zorgverzekeraars/ audiciens combinaties

Eerste aanzet is om te komen tot een convenant tussen de genoemde partijen dat dit op basis van vrijwilligheid regelt.

Hier past ook een bescherming van de patiënt en consument bij tegen een ongewenste, onnodige of onbewuste keuze voor een toestel in de private markt. Met dit doel is een gedragscode ontworpen voor audiciens die hier uitkomst kan bieden.

NVAB (sinds 1969)

De Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven (NVAB) (50 Jaar) de brancheorganisatie van volgende audicienbedrijven die bestaat uit een pluriforme mix van ketenbedrijven en zelfstandige audiciens



Visie

Toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede hoorzorg voor elke slechthorende

- Werken continu aan goede, betrouwbare en betaalbare hoorzorg, die voor iedereen toegankelijk is.
- Het laagdrempelig en toegankelijk aanbieden van de juiste hooroplossing.
- Elke klant kan een kwalitatief, gebruikersvriendelijk en modern hoortoestel vrijblijvend ervaren.
- Keuzevrijheid staat hierbij centraal binnen de geldende kwaliteitsstandaarden en protocollen.

Kwaliteit

- Gediplomeerde en gecertificeerde triage-audiciens
- Slechthorenden worden door de audicien geholpen en overbodige doorverwijzingen worden voorkomen.
- Assortiment van hoortoestellen van verschillende fabrikanten met een brede keuze waaruit de consument kan kiezen.
- Streven naar een hooroplossing zodat barrières in de communicatie worden opgelost

Betaalbaarheid en keuzevrijheid

- NVAB-leden werken volgens de standaard kwaliteitsnormen en protocollen.
- Slechthorende recht heeft op een passende oplossing en een proefperiode.
- Mocht een slechthorende toch een duurder toestel moet hij daarvoor kunnen kiezen door de meerprijs zelf te betalen met behoud van vergoeding door de verzekeraar.

Zorgverzekering

- Goede hoorzorg moet onderdeel blijven van het basispakket
- De eigen bijdrage mag geen belemmering zijn voor de toegankelijkheid.
- Hoorzorg moet onder het lage btw-tarief blijven vallen.
- Slechthorenden moeten zelf een audicien kunnen kiezen.
- Om administratieve lasten te verminderen moeten zorgverzekeraars dezelfde werkwijze toepassen (procedures, criteria, doorverwijsbeleid, informatiebehoeften, etc.).

Beheersbare kosten

Aanbieden van goede hoorzorg met hulp van de modernste technologieën en innovaties zodat dat de kosten beheersbaar blijven.

De Kwaliteitsaudiciens (sinds 2015)

De branchevereniging behartigt de belangen van:



Streven naar houdbare, kwalitatieve en bereikbare hoorzorg in Nederland.

- De Kwaliteitsaudiciens" is opgericht vanwege de prijsdruk van zorgverzekeraars op de noodzakelijke zorg en aandacht voor patiënten en op een gezonde bedrijfsvoering door audicienbedrijven.
- Gecombineerd met de opkomst van low care-high volume audiciens die zich vooral richten op patiënten met minder complexe hoorproblemen of een beperktere behoefte aan individuele zorg en aandacht.
- Met het oprichten van "de Kwaliteitsaudiciens" komen Beter Horen, Van Boxtel en Schoonenberg op voor behoud van kwalitatieve gehoorzorg en het behoud van ruimte voor de op de leefomstandigheden van de individuele patiënt afgestemde combinatie van diagnose, triage, aanmeten, aanleveren, afstellen en bijstellen van gehoortoestellen.
- Adequaat en eenvoudig waar het kan, gespecialiseerd maatwerk waar nodig en comfortabel, esthetisch en optimaal afgestemd op persoonlijke voorkeur waar gewenst.
- Speerpunten zijn certificering en naleving van kwaliteit, het voorlichten van consumenten, het uitvoeren van onderzoek en collectieve belangenbehartiging.

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e @minvws.nl]
From: [redacted] 5.1.2e
Sent: [redacted] 5.1.2e 12/12/2016 10:21:37 AM
Subject: Zorgen om hoorzorg
Received: Mon 12/12/2016 10:21:37 AM
[161125 Persbericht zorgen om hoorhulpmiddelen DEF zn.docx](#)

Beste [redacted] 5.1.2e

Hierbij wil ik je informeren dat vandaag bijgaand persbericht is verspreid en er een item aan gewijd zal worden op RTLnieuws om 19.30 uur. Zoals je je vast nog kunt herinneren hebben [redacted] 5.1.2e en ik al in februari van dit jaar onze zorgen over de hoorzorg richting jou geuit.

Vervolgens hebben wij binnen [redacted] 5.1.2e diverse overleggen gehad om deze zorgen gezamenlijk naar buiten te brengen.

Helaas constateerden [redacted] 5.1.2e en ik dat ondanks dat wij merken dat de meeste onze zorgen wel delen, de tegengestelde belangen het blijkbaar onmogelijk maakten om gezamenlijk naar buiten te treden.

In overleg met onze interim-directeur en bestuurders is nu besloten om zelf onze zorgen naar buiten te brengen.

Dit persbericht zal ik naast de pers ook verzenden naar alle kamerleden die lid zijn van de vaste kamercommissie van VWS.

Hopelijk heb ik je hiermee voldoende geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e

Projectleider audiologische hulpmiddelen – Gezamenlijk project van platform doven, slechthorenden en tos

Rechtstreeks T [redacted] 5.1.2e (ma, di, do en vr)

[redacted] 5.1.2e @stichtinghoormij.nl

[redacted] 5.1.2e Hoormij

Postbus 129, 3990 DC [redacted] 5.1.2e

I [redacted] 5.1.2e

F [redacted] 5.1.2e

TT [redacted] 5.1.2e

www.stichtinghoormij.nl

www.hoorwijzer.nl

www.ervaringrijk.nl

www.challengelife.nl

hoormij
Federatie NVWS | FOSS | SH-Jong

Disclaimer: www.stichtinghoormij.nl/disclaimer

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

c. Hoorprotocol

Bij hoortoestellen is er ook behoefte aan een tool waarvan de kosten substantieel zijn o.a. vanwege de omvang van de gebruikersgroep ; door de diversiteit aan hoortoestellen en complexiteit van vergoedingsregels. De sector heeft gekozen voor een opslag per hoortoestel waaruit de ontwikkeling en het beheer worden gefinancierd. Verschil met stoma en diabetes is dat 'voorschrijver' en leverancier (audicien) dezelfde partij zijn

Buiten reikwijdte verzoek

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De 5.1.2e

5.1.2e

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 5.1.2e
F 5.1.2e
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl
Bijlage(n)

Kenmerk
1565232-193901-GMT

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum
Betreft Klacht hoortoestellen zorgverzekeraar

Geachte 5.1.2e,

5.1.2e voor uw brief waarin u aandacht vraagt voor de volgens u slechte gang van zaken rondom de aanschaf van hoorapparaten. U bent van mening dat niet de audiciens, maar de zorgverzekeraar bepaalt welk hoortoestel gekozen moet worden.

U geeft aan dat u VWS al eerder (in februari 2019) benaderd heeft en geen antwoord heeft gekregen. Dat spijt mij. Ik heb uw eerste brief echter niet ontvangen, maar wil hierbij graag ingaan op uw probleem.

Uit uw brief begrijp ik dat de audiciens een voor u passend toestel heeft uitgekozen. U heeft vervolgens zelf de declaratie ingediend bij uw zorgverzekeraar en geen vergoeding ontvangen. Dat u dit vervelend vindt kan ik mij voorstellen. Ik kan uw probleem echter niet oplossen en zal dat nader toelichten.

U heeft volgens de Zorgverzekeringswet in het basispakket recht op een verantwoord en adequaat hoortoestel waarvan u 75% vergoed krijgt en 25% zelf moet betalen. Dit laatste is een voordeel, vergeleken met de situatie hiervoor, omdat tot 2013 bijna iedere klant een veel hogere eigen bijdrage betaalde. Om te bepalen voor welke categorie u in aanmerking komt, werken audiciens werken daarbij volgens het hoorprotocol, zoals u zelf ook aangeeft in uw brief. Dit hoorprotocol is ontwikkeld in samenwerking met audiciens en audicienbedrijven en met deskundigen uit de kringen van klinisch-fysici audiologen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het hoorprotocol ligt bij de betreffende beroepsgroepen en niet bij het ministerie van VWS. Er zijn 5 categorieën. Alleen voor hoorapparaten uit de categorie die bij u past krijgt u een 75% vergoed door uw zorgverzekeraar.

Om de kosten voor uzelf en voor de zorgverzekeraar, waarvoor u immers ook premie betaalt, in de hand te houden, hebben zorgverzekeraars met de audiciens afspraken gemaakt over de prijs en kwaliteit van hoortoestellen. De afspraak is dat de audiciens altijd voorziet in een voor u passend toestel. Het audicienbedrijf

bepaalt zelf welke merken en welke assortiment hoortoestellen hij daarvoor per categorie inkoopt. De audicien zal echter ook toestellen moeten kunnen leveren die hij niet standaard opneemt in zijn assortiment, indien dat nodig is. Tijdens de verplichte proefperiode kunnen diverse toestellen uit één bepaalde categorie door u worden geprobeerd. Het kan voorkomen dat er binnen de categorie waarin u door de audicien bent ingedeeld, géén passend toestel voor u is.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie

Kenmerk
1565232-193901-GMT

Indien u daarom uitkomt op een buitencategorie hoorapparaat, kan de audicien bij uw zorgverzekeraar een "bijzondere zorgvraag" indienen waarin hij uitlegt waarom een ander toestel voor u noodzakelijk is. Het is aan uw zorgverzekeraar om hierover te besluiten. Ik heb hier geen zeggenschap over. Overigens is het zo dat de audicien altijd goed moet kunnen onderbouwen waarom er geen passend toestel in uw categorie mogelijk is.

Naar mijn overtuiging wordt met dit systeem goede hoorzorg geleverd tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten. Echter, de manier waarop zorgverzekeraars hun zorgaanbieders contracteren, behoort tot de individuele verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Zolang dat past binnen de wet- en regelgeving heb ik daar geen directe invloed op.

U vraagt of er een lijst met hoortoestellen bestaat. Die bestaat niet als zodanig. Wel kunt u op www.hoorwijzer.nl een overzicht vinden van welke zorgverzekeraars met welke audiciens een contract hebben afgesloten. En per audicien een overzicht van de merken toestellen die ze leveren. Via deze site vindt u ook op "Zoek & Kies: Hoortoestellen" een hoortoestel binnen uw categorie. Op "Zoek & Kies: Verzekeringen" per audicienketen welk tarief zorgverzekeraars betalen. Hoe lager dat bedrag, hoe meer u betaalt.

Tot slot naar aanleiding van uw problemen met de SKGZ zou u nog naar de rechter kunnen gaan voor een zogeheten 'marginale toetsing'. De rechter bekijkt de zaak dan niet meer inhoudelijk, maar beoordeelt of de Geschillencommissie zich aan de regels heeft gehouden. Als er grote fouten zijn gemaakt kan de rechter het bindend advies ongeldig verklaren.

Ik ga ervan uit dat ik u op deze manier voldoende geïnformeerd heb en wens u het beste toe.

Met vriendelijke groet,
de minister voor Medische Zorg
en Sport,
namens deze,
de directeur Geneesmiddelen en Medische Technologie,

Vragen VWS omtrent keuzevrijheid binnen de hoorzorg:

1. Zijn er wettelijke beperkingen inzake bijbetalen voor bijvoorbeeld hoortoestellen binnen de ZN database of de buitencategorie of voor overige hoorhulpmiddelen?
2. De Zorgverzekeringswet gaat uit van gereguleerde marktwerking, waarin patiënten keuzes kunnen maken. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in haar rapport inzake hulpmiddelen aangegeven dat keuzevrijheid zou helpen. Ook de Consumentenbond en Stichting Hoormij hebben aangegeven voorstander te zijn van keuzevrijheid. Kunt u aangeven waarom VWS hierin (nog) geen beleidsstandpunt inneemt en keuzevrijheid bevordert?
3. Welke randvoorwaarden zou volgens VWS moeten gelden om een positief advies te geven omtrent bijbetalen binnen de hoorzorg?

Totale kosten 2010 - eerste helft 2012, hulpmiddelencategorie D : Auditieve hulpmiddel
Raming voor de totale Zvw-populatie (ruim 16 miljoen verzekerden)

	2010	2011	eerste helft 2012
D05 Hoortoestellen	114,987,000	116,532,000	50,778,000
D10 Overige hoorhulpmiddelen	18,054,000	21,087,000	12,784,000
D15 Reparatie hoorhulpmiddelen	2,415,000	1,762,000	620,500
D20 Baha-hoortoestellen	1,406,000	1,612,000	
D25 Solo-apparatuur	2,169,000	2,481,000	1,387,700
Totaal	139,031,000	143,474,000	65,570,200

Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen 2013

en

de Kwaliteitsaudiciens



Aan Zorgverzekeraars Nederland

T.a.v. 5.1.2e en 5.1.2e

Sparrenheuvel 16 Zeist

Datum : 2 april 2020

Onderwerp : Veilig stellen continuïteit hoorzorg

Geachte 5.1.2e

Vanuit de diverse brancheverenigingen in de hoorzorg is U op 26 maart jl. week een schrijven gestuurd waarin wij een dringend verzoek doen op zorgverzekeraars tot (financiële) ondersteuning van de audiciensbranche. Vrijwel gelijktijdig met het versturen van die brief kregen wij ook de brief van 25 maart van Zorgverzekeraars Nederlands met als onderwerp de Coronacrisis waarin een maatregelen pakket vanuit ZN werd aangekondigd.

Inmiddels hebben wij vernomen dat in dit voorstel gewerkt zal gaan worden met een zogenaamde 1e en 2e ring. Hierbij begrijpen wij dat audiologische centra voorgesteld worden te zijn opgenomen in de 1e ring, maar de audicienbedrijven in de 2e ring.

Audiciensbedrijven zijn door [Minister de Jonge aangemerkt als onmisbaar voor medische hulpmiddelen](#) en vallen als zodanig onder de categorie 'Zorg, Jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning' op de lijst van cruciale beroepen.

Derhalve dringen we er met klem op aan de audiciensbedrijven toe te voegen aan deze 1e ring en daarmee het pakket van ondersteuning in de 1e ring ook open te stellen voor deze cruciale zorg en daarmee de continuïteit van de hoorzorg vandaag en morgen veilig te stellen.

Hoogachtend,

5.1.2e

5.1.2e

To: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]
Cc: [redacted] 5.1.2e [redacted]@cvz.nl]
From: [redacted] 5.1.2e [redacted])
Sent: Thur 11/28/2013 8:47:55 AM
Subject: RE: Hoofdlijnenverslag ro CVZ-VWS 7 november

Beste [redacted] 5.1.2e,

In december verwachten wij een tussenrapportage van het onderzoek naar de nieuwe vergoedingsregeling voor de hoortoestellen. Deze rapportage bevat de voortgang van het project en de resultaten van de nulmeting: beeld tot en met 2012 van zowel de ervaringen van hoortoestelgebruikers als kosten van de hoorzorg. De eerste resultaten uit 2013 volgen in het voorjaar van 2014 (planning april).

In de rapportage zullen de resultaten van de CQI metingen uit 2013 worden beschreven met waar mogelijk een eerste vergelijking met de resultaten uit 2010 en 2012. Meer concreet betekent dit dat de groepen hoortoestelgebruikers die de CQI vragenlijsten hebben ingevuld zullen worden beschreven. Verder zullen de gemiddelde scores op de schalen en algemene oordelen worden weergegeven.

Heb je voldoende aan deze informatie? Zodra wij de 1e tussenrapportage hebben ontvangen, zullen we jullie nader informeren.

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1.2e

.....
Team Zorg Dichtbij
Sector Zorg
College voor zorgverzekeringen

Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
T [redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e @cvz.nl
<http://www.cvz.nl>

.....
Aanwezig op maandag tot en met donderdag

Van: [redacted] 5.1 [redacted] 5.1.2e [redacted] [redacted] 5.1.2e [redacted]@minvws.nl]

Verzonden: donderdag 21 november 2013 16:15

Aan: [redacted] 5.1.2e

CC: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 2e

Onderwerp: RE: Hoofdlijnenverslag ro CVZ-VWS 7 november

[redacted] 5.1.2e,

Dank voor deze aanvullingen op het verslag van CVZ.

@ [redacted] 5.1.2e informeer jij ons nog over of van de evaluatie van de hoortoestellenregeling een tussenrapportage in december mogelijk is?

Groet,

[redacted] 5.1.2e

Van: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted]@cvz.nl]

Verzonden: woensdag 20 november 2013 15:01

Aan: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted]

CC: [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted] 5.1.2e

[redacted] 5.1.2e

Onderwerp: RE: Hoofdlijnenverslag ro CVZ-VWS 7 november

Beste 5.1.2e,

Hartelijk dank voor het verslag.

Ik heb jouw tekst gekopieerd en onze aanpassingen/toevoegingen in het **blauw** aangegeven. Zie hieronder.

Ten aanzien van de functiegerichte omschrijving 'huid': het concept wordt op 6 december in de Commissie Pakket besproken, begin januari bij de RvB. CVZ verwacht geen financiële gevolgen. Lastig punt in de omschrijving zijn de krabpakken voor eczeem. Ander zorgpunt is de afbakening van zelfzorghulpmiddelen. Naar aanleiding daarvan kwam het gesprek op voorwaardelijke toelating. CVZ signaleerde dat **de krabpakken** een voorbeeld **zijn** van een situatie waarin voorwaardelijke toelating van hulpmiddelen meerwaarde zou hebben. Wij hebben aangegeven dat we daar wel oren naar hebben, dat het momentum er juist voor is, en dat het dan het handigst is als CVZ dat duidelijk opschrijft. Er is toegezegd dat **het CVZ iig in het rapport over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn nogmaals aandacht van de minister zullen vragen voor het feit dat de reikwijdte van de voorwaardelijke toelating nu is beperkt tot de geneeskundige zorg, terwijl die voorwaardelijke toelating destijds juist vanuit de hulpmiddelenzorg op de (politieke) agenda is gezet.**

We worden door CVZ geïnformeerd over de stand van zaken t.a.v. de pilots voor wondzorg en chronische pijn. De laatste is het verst gevorderd.

De evaluatie van de hoortoestellenregeling wordt uitgevoerd door NIVEL (kwalitatieve deel) en Ecorys (financiële deel). Gelijktijdig doet het Amc ook een onderzoek naar het hoorprotocol, er wordt gezorgd dat ze inhoudelijk op elkaar zijn aangesloten. **5.1.2e** informeert ons of er een tussenrapportage mogelijk is in december, dan zijn **iig de data van de nulmeting binnen. Naar verwachting zal in het voorjaar van 2014 meer bekend zijn over de kwantitatieve gegevens. Wanneer het definitieve rapport uitkomt is nu nog niet te zeggen. De planning volgt.**

Wij hebben het CVZ geïnformeerd over de stand van zaken van onze evaluatie functiegerichte omschrijving: er is een bureau in de arm genomen en zij zullen begin 2014 met betrokken partijen spreken, waaronder naar verwachting CVZ.

De afbakening hulpmiddelenzorg-msz kwam aan de orde n.a.v. de overheveling van de toebehoren van de insuline pompen. Het gevoel bij betrokken partijen is dat de vrijheid die er tot nu toe was wegvalt. Partijen protesteren **en gaan u zelf aan de slag**, waardoor het traject meer tijd nodig heeft. Vandaar het uitstel uit de brief van CVZ aan de NDF, dat geen afstel zal worden.

Ten aanzien van de functiegerichte omschrijving bewustzijn is gebleken dat de 'leveranciers/fabrikanten' van de hulphonden niet voldoende aangesloten zijn geweest tot nu toe. Dat wordt nu rechtgezet, heeft ook meer tijd nodig, maar de originele planning voor deze functiegerichte omschrijving was voldoende ruim: het advies wordt verwacht voor maart 2014, effectief per 1-1-2015.

We hebben het kort over de Wet langdurige zorg gehad. Ook zijn kort de blaas**spoel**vloeistoffen aan de orde geweest. Er is weinig evidence voor het nut van het gebruik ervan, maar de prijzen gaan wel over de kop omdat ze in toenemende mate ook in de thuissituatie worden ingezet. Dit ter informatie.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

.....
Zorg Dichtbij
Sector Zorg
College voor zorgverzekeringen
 Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
 Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
 T **5.1.2e**

F 5.1.2e
 5.1.2e@cvz.nl
<http://www.cvz.nl>

[LinkedIn Kwaliteitsinstituut](#)

.....
 ma t/m do, 2-wekelijks v r

Van: 5.1.2e 5.1.2e) [5.1.2e @minvws.nl]

Verzonden: woensdag 20 november 2013 10:23

Aan: 5.1.2e 5.1.2e)

CC: 5.1.2e 1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e

Onderwerp: Hoofddijnenverslag ro CVZ-VWS 7 november

5.1.2e ,

Het is alweer bijna twee weken geleden, maar ik wilde nog even terugkomen op het regulier overleg dat we donderdag 7 november in Diemen hadden. Ik heb op hoofdlijnen even opgeschreven wat we besproken hebben, bij wijze van verslag voor Jan, maar het leek me voor ons allemaal wel nuttig om een overzicht te hebben. Als jullie opmerkingen of aanvullingen hebben dan zijn die natuurlijk welkom.

Ten aanzien van de functiegerichte omschrijving 'huid': het concept wordt op 7 december in de Commissie Pakket besproken, begin januari bij de RvB. CVZ verwacht geen financiële gevolgen. Lastig punt in de omschrijving zijn de krabpakken voor eczeem. Ander zorgpunt is de afbakening van zelfzorghulpmiddelen. Naar aanleiding daarvan kwam het gesprek op voorwaardelijke toelating. CVZ signaleerde dat dit een voorbeeld is van een situatie waarin voorwaardelijke toelating van hulpmiddelen meerwaarde zou hebben. Wij hebben aangegeven dat we daar wel oren naar hebben, dat het momentum er juist voor is, en dat het dan het handigst is als CVZ dat duidelijk opschrijft. Er is toegezegd dat ze langs die strekking iig iets in de functiegerichte omschrijving voor bewustzijn opnemen.

We worden door CVZ geïnformeerd over de stand van zaken t.a.v. de pilots voor wondzorg en chronische pijn. De laatste is het verst gevorderd.

De evaluatie van de hoortoestellenregeling wordt uitgevoerd door NIVEL (kwalitatieve deel) en Ecorys (financiële deel). Gelijktijdig doet het Amc ook een onderzoek naar het hoorprotocol, er wordt gezorgd dat ze inhoudelijk op elkaar zijn aangesloten. 5.1.2e informeert ons of er een tussenrapportage mogelijk is in december, dan zijn de kwalitatieve data binnen. Definitieve rapport wordt sowieso medio 2014.

Wij hebben het CVZ geïnformeerd over de stand van zaken van onze evaluatie functiegerichte omschrijving: er is een bureau in de arm genomen en zij zullen begin 2014 met betrokken partijen spreken, waaronder naar verwachting CVZ.

De afbakening hulpmiddelenzorg-msz kwam aan de orde n.a.v. de overheveling van de toebehoren van de insuline pompen. Het gevoel bij betrokken partijen is dat de vrijheid die er tot nu toe was wegvalt. Partijen protesteren, waardoor het traject meer tijd nodig heeft. Vandaar het uitstel uit de brief van CVZ aan de NDF, dat geen afstel zal worden.

Ten aanzien van de functiegerichte omschrijving bewustzijn is gebleken dat de 'leveranciers/fabrikanten' van de hulphonden niet voldoende aangesloten zijn geweest tot nu toe. Dat wordt nu rechtgezet, heeft ook meer tijd nodig, maar de originele planning voor deze functiegerichte omschrijving was voldoende ruim: het advies wordt verwacht voor maart 2014, effectief per 1-1-2015.

We hebben het kort over de Wet langdurige zorg gehad. Ook zijn kort de blaasvloeistoffen aan de orde geweest. Er is weinig evidence voor het nut van het gebruik ervan, maar de prijzen gaan wel over de kop omdat ze in toenemende mate ook in de thuissituatie worden ingezet. Dit ter informatie.

Het is allemaal even heel staccato. Nogmaals, opmerkingen en aanvullingen zijn welkom.

met vriendelijke groet,

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

T 5.1.2e
M 5.1.2e

Van: 5.1.2e) [5.1.2e @cvz.nl]

Verzonden: maandag 4 november 2013 14:18

Aan: 5.1.2e

5.1.2e

CC: 5.1.2e 5.1.2e

Onderwerp: RE: Agenda bijeenkomst aankomende donderdag

Beste mensen,

Hierbij stuur ik jullie de agenda voor het periodiek overleg hulpmiddelenzorg VWS - CVZ van aanstaande donderdag.

Op verzoek voeg ik hier ook het concept-rapport bij over de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn.

Tot a.s. donderdag 10.00 uur bij het CVZ.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

.....
Team Zorg Dichtbij
Sector Zorg
College voor zorgverzekeringen
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....

T 5.1.2e

5.1.2e @cvz.nl
<http://www.cvz.nl>
.....

Aanwezig op maandag tot en met donderdag

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het College voor zorgverzekeringen aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The Health Care Insurance Board accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

--

De medewerkers van het ministerie van VWS, die in Den Haag op locatie Parnassusplein waren gehuisvest, zijn tijdelijk naar De Hoftoren verhuisd. Het bezoekadres is tot begin 2015: Rijnstraat 50, 2515 XP, Den Haag. Telefoonnummers en postadres zijn ongewijzigd.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het College voor zorgverzekeringen aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The Health Care Insurance Board accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

--

De medewerkers van het ministerie van VWS, die in Den Haag op locatie Parnassusplein waren gehuisvest, zijn tijdelijk naar De Hoftoren verhuisd. Het bezoekadres is tot begin 2015: Rijnstraat 50, 2515 XP, Den Haag. Telefoonnummers en postadres zijn ongewijzigd.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Het CVZ heet vanaf 1 april 2014 Zorginstituut Nederland.

Kijk op www.cvz.nl voor meer informatie.

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het College voor zorgverzekeringen aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The Health Care Insurance Board accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

--

To: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e @minvws.nl; 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e @minvws.nl; 5.1.2e
5.1.2e 5.1.2e @minvws.nl
Cc: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e @minvws.nl
From: 5.1.2e 5.1.2 5.1.2e
Sent: Tue 10/8/2013 1:39:42 PM
Subject: FW: Uitvraag teksten veegbrief
Received: Tue 10/8/2013 1:39:43 PM
[20131003 Planingslijst tot einde vh jaar.xlsx](#)
[moties voor de begrotingsbehandeling.rtf](#)

Zie verzoek hieronder.

Gr

5.1.2e

Van: 5.1.2e)
Verzonden: dinsdag 8 oktober 2013 15:37
Aan: 5.1.2e
(5.1.2e)
CC: 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e);
5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e)
Onderwerp: Uitvraag teksten veegbrief

Beste MT-leden,

Eerder zijn jullie benaderd om input te leveren voor een planningslijst met Kamerbrieven die uitmoeten tot het einde van het jaar. Dit overzicht (bijgevoegd) is afgelopen maandag behandeld in het MT DGCZ. In aanloop naar de begrotingsbehandeling staan er nog een aantal punten op de rol die uitmoeten voor die tijd. Graag jullie aandacht hiervoor. Deze stukken moeten uiterlijk vrijdag 11 oktober bij de bewindspersonen liggen (dus uiterlijk 10 oktober bij 5.1.2e).

Voor de zaken die zijn toegezegd voor de begrotingsbehandeling, maar die niet meer op tijd komen voor de begrotingsbehandeling, komt er zoals besproken in het MT een veegbrief. In deze brief is het mogelijk om uitstelmededelingen te doen, dan wel moties/toezeggingen kort af te doen. Hierbij het verzoek om de lijst te checken op zaken die zijn toegezegd voor de begrotingsbehandeling en die meemoeten in deze veegbrief. Graag ook een check op openstaande moties (bijgevoegd).

Teksten voor de veegbrief graag aanleveren voor **vrijdag 11 oktober 12.00 uur** per mail bij mij. De regels voor uitstel moeten in ieder geval onderstaande informatie bevatten:

- i) waar is de toezegging gedaan (welk debat/overleg) en het Kamernummer van de toezegging
- ii) reden van uitstel (tekst gaat naar de minister en naar de Kamer)
- iii) wanneer komt de brief dan wel (reëel!)

NB: van MEVA heb ik de uitsteltekst voor ondermaatse bij- en nascholing al ontvangen (5.1.2e).

Alvast bedankt!

Groeten 5.1.2e

5.1.2e

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Rijnstraat 50 | 2515 XP | Den Haag |
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Een hulpmiddel via de zorgverzekeraar in 2012 of 2013: Ervaringen van mensen die hulpmiddelen gebruiken en thuiszorgmedewerkers.

Algemene opmerkingen

Het gaat hier om twee beleidswijzigingen:

- 1) de transitie naar een functiegerichte aanspraak
- 2) de overheveling van de verpleegartikelen van AWBZ naar Zvw.

> Transitie naar functiegerichte aanspraak

De eerste stap was wijziging op het niveau van regelgeving (Regeling zorgverzekering); ofwel functiegerichte omschrijvingen (FO) van hulpmiddelen in plaats van een lijst op productieniveau. Het beoogde doel was een andere manier van werken door partijen mogelijk zou te maken; m.a.w. de regelgeving dusdanig vorm te geven dat deze niet langer/geen hinderpaal vormt om die zorg aan de patiënt te leveren die hij/zij nodig heeft gezien zijn functiebeperking. Vooral zorgverzekeraars zouden hierdoor meer ruimte moeten krijgen om aan de zorgvraag van de verzekerde tegemoet te komen.

In het CVZ-rapport Hulpmiddelenzorg 2009 signaleerden we dat het een utopie is om te denken dat met de functiegerichte omschrijving van wet- en regelgeving de uitvoeringspraktijk eveneens volledig is omgevormd. Wij signaleerden destijds dat er nog van alles moest gebeuren. Op diverse terreinen moesten richtlijnen en protocollen worden ontwikkeld. Daarnaast zouden alle hulpmiddelen moeten worden gelabeld met een Cliq-code. Het Cliq-classificatiesysteem beoogt hulpmiddelen qua functionaliteit op adequate wijze te labelen zodat deze op een objectieve en transparante wijze kan aansluiten op de zorgvraag.

Wij weten dat partijen de afgelopen jaren aan de slag zijn gegaan met protocollering en Cliq-classificatie. De vraag is dus waar partijen en vooral de zorgverzekeraars vandaag de dag staan in dit transitieproces. Wat heeft men gedaan om de beoogde effecten (ruimte voor maatwerk, vraagsturing, innovatie, verbetering kwaliteit en doelmatigheid) te realiseren? Om te onderzoeken of het beoogde effect is gehaald, moeten we dus eerst weten welke wijzigingen in de uitvoeringspraktijk zijn doorgevoerd. Omdat het een groeitraject was, is het ook mogelijk dat partijen op het gebied van een functiegerichte omschrijving die al eerder was gerealiseerd verder zijn in het transitietraject ten opzichte van meer recentere FO (bijv. hoorfunctie). Voor een goed overzicht zou dit eerst moeten worden geïnventariseerd.

> Overheveling verpleegartikelen AWBZ naar Zvw

Bij de overheveling van verpleegartikelen van AWBZ naar Zvw speelt hetzelfde. Wat hebben zorgverzekeraars gedaan om dit goed te regelen? Indien zorgverzekeraars voor deze zorg contracten hebben afgesloten met de al bestaande thuiszorgwinkels (en als we het rapport lezen lijkt dat erop) verandert er dus niets. Dan wordt de zorg hooguit bekostigd uit een ander potje, maar merkt de cliënt er niets van (gaat gewoon naar dezelfde thuiszorgwinkel).

Opmerking 1:

Eerst inventariseren hoe, wanneer en op welke onderdelen van de hulpmiddelenzorg zorgverzekeraars/partijen in de uitvoeringspraktijk vorm hebben gegeven aan de beleidswijzigingen.

Opmerking 2:

De twee maatregelen worden in het rapport min of meer op één hoop gegooid. Wij zouden ervoor pleiten in het rapport een verdeling te maken over de twee beleidswijzigingen.

Opmerking 3:

Wat is de reden dat (alleen) thuiszorgmedewerkers zijn gevraagd naar hun ervaringen? Dit lijkt ons veel te beperkt. Vooral de eerder ingevoerde functiegerichte omschrijvingen waarvan je zou verwachten dat het veld daar het verst in is (bijv. prothesen en hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, visuele functie) worden niet door thuiszorgmedewerkers

voorgeschreven. Daarnaast merken we op dat tussen verpleegkundigen en andere thuiszorgmedewerkers (welke zijn dat?) een procentueel geraamd verschil bestaat bij de betrokkenheid bij het aanvragen van een hulpmiddel (par. 3.2), terwijl in het vervolg van het rapport die opsplitsing niet meer wordt gemaakt.

Opmerking 4:

Het onderzoek spitst zich toe op de vraag of er meer 'maatwerk' is geleverd. Maar hoe definieer je 'maatwerk'? Als men dan bedoelt 'met individuele aanpassingen', dan moeten we constateren dat de hulpmiddelen die uit het onderzoek naar voren komen, zich daar lang niet allemaal voor lenen. Maar een hoog/laagbed zou best maatwerk kunnen zijn, in die zin dat het betreffende bed precies is wat de persoon nodig heeft.

Opmerkingen per paragraaf

1.2.1

90% van de aanspraak is in de Rzv functiegericht omschreven. Maar alleen met deze functiegerichte omschrijving kom je er niet, daar is meer voor nodig (zie eerdere algemene opmerking over de uitvoeringspraktijk).

"Inzicht in draagvlak onder gebruikers en zorgverleners" kan alleen worden verkregen als men daadwerkelijk wat heeft gemerkt van de beleidswijzigingen en dat is wat ons betreft de vraag. Dit is zoals eerder opgemerkt afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraars en mogelijk van het soort hulpmiddel.

2.1

Wat zegt het opleidingsniveau over het niveau waarop iemand functioneert?

2.2

Laatste zin voor figuur 2.1 *'het eerste jaar'* moet zijn *'het eerste half jaar'*

Figuur 2.1

Gezien het feit dat we hier de gewijzigde aanspraken in de Rzv evalueren, is het beter de categorieomschrijving aan te laten sluiten bij de Rzv. Stomahulpmiddelen zijn hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies urinelozing of defecatie. Bij aangepaste schoenen, trippelstoelen gaat het om hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem. Eenvoudige loophulpmiddelen en steunzolen doen hier niet terzake omdat deze hulpmiddelen niet langer onder het basispakket vallen. Bij vervoer is geen sprake van hulpmiddelenzorg en valt daarmee buiten de scope van het onderzoek.

Kortom bij de omschrijvingen dient te worden aangesloten bij de terminologie uit de basisverzekering. **Idem tabel 2.2.**

Laatste zin boven figuur 2.2

"Opmerkelijk is dat het ook in drie gevallen gaat om een hulpmiddel voor tijdelijk gebruik. Tijdelijke hulpmiddelen worden dus ook gebruikt door mensen die al meerdere hulpmiddelen hebben." Dit is helemaal niet opmerkelijk! Iemand die bijv. incontinent is kan permanent aangewezen zijn op incontinentiemateriaal, maar tijdelijk een hoog-/laag bed nodig hebben.

Tabel 2.3

Er zijn 8 respondenten die in 2012 en 2013 vijf of meer hulpmiddelen in 2012 en 2013 aanvroegen. Gaat het dan om dezelfde hulpmiddelen of verschillende hulpmiddelen? Wat voor effecten zou je hieruit kunnen halen? Als je het bijv. over zuurstofapparatuur hebt, zou het interessant zijn te weten of men bij vervanging in 2012/2013 verschil heeft ervaren t.o.v. van de vorige keer (N.B. voor Functiegerichte omschrijving (FO) in 2010).

Wat betreft de uitleen zou het interessant zijn te weten of iemand die zowel in 2012 (of eerder) als in 2013 kortdurend een uitleenhulpmiddel nodig had, verschil heeft gemerkt wat de aanvraagprocedure of het aanvraagloket betreft. Tabel 2.3 is voor het beantwoorden van dergelijke vragen helaas niet bruikbaar.

Tabel 2.4¹

In deze tabel worden een heleboel hulpmiddelen genoemd en het aantal keren dat ze het laatst zijn aangevraagd door 193 respondenten. Om een beter beeld te krijgen wat deze hulpmiddelen van doen hebben met de onderzoeksvragen hierbij een overzicht.

Buiten reikwijdte verzoek		
Hoortoestel	FO per 2013	23
Buiten reikwijdte verzoek		

¹ FO = Functiegerichte Omschrijving in wet- en regelgeving per ingangsdatum

Buiten reikwijdte verzoek

Opvallend is dat de hulpmiddelen die in tabel 2.3 worden genoemd niet allemaal terugkomen in tabel 2.4. Hulpmiddelen voor tijdelijk gebruik en overige hulpmiddelen (totaal 7) hebben we niet meegenomen in bovenstaand overzicht omdat onduidelijk is over welke hulpmiddelen dit gaat.

Alleen gegevens over de hulpmiddelen genoemd onder **A** kunnen mogelijk iets zeggen over het effect van de functiegericht omschrijving. Voor een groot deel van deze hulpmiddelen zijn thuiszorgmedewerkers niet deskundig. Het komt vaak voor dat een hulpmiddel slechts 1 maal is aangevraagd (N=1). Uit ervaringen van één iemand kun je moeilijk conclusies trekken.

De onder **B** genoemde hulpmiddelen zijn niet functiegericht omschreven en het gaat niet om verpleegartikelen die tijdelijk worden uitgeleend. Ervaringen met deze hulpmiddelen vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Ervaringen met de onder **C** genoemde hulpmiddelen kunnen alleen meegewogen worden bij de onderzoeksvragen betreffende overheveling verpleegartikelen naar Zvw.

Ervaringen met de onder **D** genoemde hulpmiddelen kunnen alleen meegewogen worden bij de onderzoeksvragen betreffende overheveling verpleegartikelen naar Zvw als sprake is van kortdurende uitleen. Omdat deze hulpmiddelen niet functiegericht zijn omschreven kunnen de ervaringen daarmee niet worden meegenomen om de effecten van de FO in kaart te brengen.

De onder **E** genoemde hulpmiddelen vallen volledig buiten de scope van dit onderzoek.

Gezien het feit dat onze opmerkingen nogal fundamenteel zijn, zijn wij van mening dat de in de volgende paragrafen opgenomen waarderings, waargenomen veranderingen in aanvraagprocedures en de daaruit getrokken conclusies helaas geen antwoord kunnen geven op de onderzoeksvragen. Daarom gaan we hier niet verder in op deze paragrafen.

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

Buiten reikwijdte verzoek

P20 infographic

[chap]Nieuw infographic helpt je op weg

[kop]Een hoortoestel in 5 stappen

[intro]Toe aan je eerste hoortoestel(len) of aan een nieuwe? Dan wil je natuurlijk de beste mogelijkheden. Iedereen in Nederland heeft recht op een goed passend hoortoestel. Passend in alle betekenissen van het woord. De nieuwe Infographic *Een hoortoestel in 5 stappen* helpt je om het voor jou beste hoortoestel te krijgen. De infographic is een initiatief van Hoormij.NVVS in samenwerking met de branche en ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

“Als VWS zitten wij regelmatig aan tafel met hoorzorgpartijen:, audiciens, zorgverzekeraars en belangenorganisaties als Hoormij.NVVS. Daar kwam als knelpunt naar voren dat er onduidelijkheid bestaat over vergoedingen, aansprakelijkheid en rechten en plichten. We vinden het belangrijk dat de beschikbare informatie zo eenvoudig en toegankelijk mogelijk kan worden aangeboden. De nieuwe Infographic ‘Een hoortoestel in 5 stappen’ draagt daar zeker aan bij”, zegt 5.1.2e

5.1.2e

bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Goed voorbereiden

“Het is belangrijk dat mensen zich goed kunnen voorbereiden bij de keuze van een hoortoestel. Veel informatie is wel ergens bekend, maar nu staat al die informatie ook echt kort en krachtig bij elkaar. En heel belangrijk: bekeken vanuit hoortoesteldragers. Wat zijn hun belangrijkste vragen? Hoe werkt het in de praktijk? Daar geeft deze infographic antwoord op”, zegt 5.1.2e “Je ziet in een oogopslag welke weg je kunt bewandelen als je voor het eerst een hoortoestel krijgt, maar ook als je een vervangend toestel nodig hebt. De stappen helpen je om te komen tot een goed passend toestel. Het maakt snel en simpel duidelijk wat wel en niet verzekerd is en welke keuzes mensen kunnen maken.”

Initiatief Hoormij.NVVS

“Voor alle vormen van zorg vinden we het als VWS belangrijk dat de informatie toegankelijk en transparant is. Wij geven zelf niet die informatie op detailniveau, maar steunen wel het veld daarbij. In de uitvoering van de Infographic heeft Hoormij.NVVS een leidende rol gespeeld. Wij onderstrepen het nut en hebben ideeën gestimuleerd. Alle belanghebbenden hebben meegekeken en gedacht. We hopen dan ook dat de Infographic breed verspreid en ingezet gaat worden.”

Kritisch volgen

Regelmatig komt in overleggen met de hoorbranche op tafel: kunnen hoortoestellen met innovatieve nieuwe functies al snel genoeg het verzekerde pakket in? 5.1.2e hierover: “De ontwikkelingen gaan zo snel, dat wat vandaag bijzonder is, over een jaar al heel gewoon is. Ook daarom vinden we het belangrijk dat Hoormij.NVVS kritisch volgt wat er ook op dat gebied in de praktijk gebeurt. En niet alleen Hoormij/NVVS, maar alle partijen. Dat is in het belang van de hoortoesteldragers. We willen dat bewezen technieken met meerwaarde en die doelmatig zijn zo snel mogelijk voor iedereen toegankelijk kunnen zijn.”

Zinnige en zuinige zorg

5.1.2e

vervolgt: “De rol van onze overlegtafel is gezamenlijk knelpunten en problemen proberen op te lossen. Ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid. Dat geldt voor de zorgverzekeraar, de audicien en de patiënten zelf. Allemaal zijn we gebaat bij zinnige - en zuinige - zorg. En dat betekent: een goede prestatie leveren tegen een aanvaardbaar tarief. Kwalitatief goed en betaalbaar, voor de patient, maar ook voor de verzekerde.”

Hoorprotocol naleven

“Daarvoor is ook het Hoorprotocol in het leven geroepen. De afspraken die daarin staan hebben we met elkaar gemaakt en daar zijn we allemaal blij mee. De vertaling van afspraken op papier naar uitvoering in de praktijk, moet in feite zo zijn dat je overal in Nederland ongeveer dezelfde zorgoplossing aangeboden moet krijgen, waar je ook komt. Het Hoorprotocol werkt goed als alle partijen dit naleven. De Infographic is daarvoor weer een stap in de goede richting.”

Maatschappelijk belang

Tot slot: “Goed kunnen horen heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven. Daar komt bij de datgroep mensen die een hoortoestel nodig heeft, groeit. De maatschappelijke relevantie van goede hoorzorg wordt daarmee alleen maar groter. In Nederland kennen we het solidariteitstelsel, waarbij we met zijn allen premie betalen om goede zorg voor iedereen mogelijk te houden. Dat is ons gezamenlijke belang. Door met alle verschillende partijen onze krachten daarin te bundelen, kunnen we de zorg – inclusief de hoorzorg – blijven verbeteren en betaalbaar houden. Hoormij.NVVS is daarin een actieve partner met wie we goed samenwerken.”

[kader]

Hoorwijzer.nl

Kijk voor meer informatie bij de keuze van een hoortoestel op hoorwijzer.nl

To: 5.1.2e [SMTP]; 5.1.2e@cvz.nl[SMTP]
From: 5.1.2e 5.1.2e
Sent: Wed 7/24/2013 6:12:59 AM
Subject: evaluatie hulpmiddelen
Received: Wed 7/24/2013 6:12:59 AM

Beste 5.1.2e, 5.1.2e,

Een tijdje geleden hebben we gesproken over het evalueren van delen van de hulpmiddelenzorg en dat wij van plan zijn om de overheveling van de AWBZ uitleenhulpmiddelen in 2013 te monitoren. Daarbij zullen we kijken naar de afbakening problemen en andere knelpunten in de uitvoering.

Omdat we toch hulpmiddelgebruikers gaan bevragen, is intussen het idee opgevat om uit doelmatigheidsoverwegingen ook onderdelen van de functiegerichte aanspraak te evalueren. We willen nagaan of en in hoeverre de daarmee beoogde doelstellingen inmiddels gerealiseerd zijn. Met andere woorden; wat heeft de gebruiker gemerkt van meer vraagsturing, keuzemogelijkheid en maatwerk; en heeft de omschrijving geleid tot meer innovatieve oplossingen?

Ons budget is beperkt en we willen ons richten op die onderdelen waar de FG in potentie de meeste meerwaarde kan betekenen. Ik wil aan het CVZ vragen of jullie willen meedenken over:

- Welke hulpmiddel categorieën (of beter gezegd functioneringsproblemen) voor zo'n onderzoek in aanmerking komen?
- Welke vragen/onderwerpen zouden in het onderzoek aan bod moeten komen?

Een dergelijk kwalitatief onderzoek moeten we aanbesteden en we willen kiezen uit 3 potentiële aanbieders. Wij dachten o.a. aan het NIVEL (o.a. vanwege hun panel). Hebben jullie alternatieven voor bureau's die voor zo'n opdracht geschikt zijn?

In onze planning gaan we er vanuit dat het resultaat eind dit jaar wordt opgeleverd. Dat betekent dat we in de offerteverzoek in augustus willen gaan uitzetten.

Ik ben uiteraard gaarne bereid tot overleg over jullie adviezen of wensen?

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

tel: 5.1.2e of 5.1.2e email: 5.1.2e@minvws.nl

Zoekt u een hulpmiddel, klik dan eens op:



ZIK 410-a

1. Titel

Invoering van een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen.

2. De maatregel

▪ *Wat is precies de maatregel die wordt genomen?*

Er is sprake van twee varianten:

a. De invoering van een eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen van maximaal € 3, € 4 of € 5 per afgeleverd geneesmiddel met een maximum van € 200 per jaar. Als een patiënt goedkope geneesmiddelen gebruikt met lagere kosten dan de eigen bijdrage, dan betaalt de patiënt slechts de (lagere) kosten van de geneesmiddelen.

De maatregel geldt niet voor jongeren onder de 18 jaar.

b. De invoering van een eigen bijdrage van 25% per receptregel voor medicijnen tot een maximale eigen bijdrage per jaar van € 200. Ook deze maatregel geldt niet voor patiënten onder de 18 jaar.

▪ *Voor welk probleem biedt het een oplossing?*

Deze maatregel draagt bij aan het 'betaalbaar houden' van de collectief vergoede zorg.

▪ *Welk effect wordt beoogd?*

Lagere collectieve uitgaven, bovendien versterkt de maatregel het kostenbewustzijn van verzekerden. Zo zal de maatregel een positief effect hebben op onnodig gebruik, cq veronderstelde verspilling van geneesmiddelen en beperkt het de moral hazard: onnodige vraag indien de zorggebruiker geen risico loopt. Momenteel doet de Universiteit van Utrecht naar de mogelijkheden van hergebruik van geneesmiddelen.

▪ *Behoort het tot de invloedssfeer van de Nederlandse rijksoverheid?*

Ja.

▪ *Hoe verhoudt de maatregel zich tot internationale verplichtingen?*

Niet strijdig. De opbrengst van de totale eigen bijdragen mag niet meer bedragen dan 25% van de totale zorgkosten. Nu is dat nog geen 10% van de zorguitgaven.

▪ *Wat is het huidige beleid op dit terrein?*

De kosten van geneesmiddelen vallen momenteel onder het eigen risico.

Alle geneesmiddelen zijn binnen het GVS geclusterd, waarbij een limiet voor (de kosten van) het gebruik geldt. Alles boven die limiet is voor eigen rekening van de patiënt. Dit fidejussio gaat ervan uit dat deze systematiek blijft bestaan. De opbrengst hiervan bedraagt circa € 40 miljoen, maar daarnaast is het remmend effect hiervan niet onbelangrijk.

▪ *Is de maatregel technisch uitvoerbaar?*

Ja, de zorgverzekeraar kan eigen bijdragen innen.

▪ *Hoeveel tijd is nodig voor de implementatie, ook rekenend met wetgevingstrajecten?*

Middels een wijziging van het Besluit zorgverzekeringen kan de maatregel in 1 jaar ingevoerd worden.

3. Kwalitatieve beoordeling van de effecten

- *Welke actoren raakt het (zorgaanbieders, -vragers, -verzekeraars, gemeenten, overig)?*
Zorgaanbieders, verzekerden die medicijnen gebruiken en zorgverzekeraars.
- *Wat zijn de verwachte gedragseffecten van actoren?*
- Invoering van een eigen bijdrage verhoogt het kostenbewustzijn van verzekerden en stimuleert verzekerden om na te denken of het echt nodig is om gebruik te maken van geneesmiddelen. Onderzoek geeft aan dat de vraag naar geneesmiddelen afhankelijk is van de prijzen voor geneesmiddelen. Van Vliet (2004) kwam uit op een prijselasticiteit van -0.08. Dat is vergeleken met andere typen zorg relatief minder elastisch. *Welke neveneffecten worden verwacht?*
In het algemeen geldt dat als gevolg van de invoering van een eigen Bijdragen voor geneesmiddelen de kans op het niet-gebruiken van noodzakelijke zorg in de vorm van geneesmiddelen toeneemt.
Daarnaast is het mogelijk dat de patiënt aan de arts kan vragen een zo goedkoop mogelijk geneesmiddel voor te schrijven, dat leidt tot minder belasting van het eigen risico en een lagere eigen bijdrage.
- *Heeft het gevolgen voor de gehele bevolking, of voor specifieke groepen?*
Gehele bevolking, waarbij mensen met een hoog medicijngebruik specifiek extra belast worden.
- *Zijn er gevolgen voor de directe werkgelegenheid?*
Nee.
- *Zijn er gevolgen voor de administratieve lasten?*
Ja, per recept dient er eigen bijdrage betaald te worden.

4. Kwantificeerbaarheid

- *Van welke informatie/data is gebruik gemaakt om de effecten te bepalen?*
Data van Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK).
- *Welke informatie zou bijdragen aan een betere inschatting van de effecten? Hoe kunnen we daaraan komen?*
NVT

5. De kwantitatieve effecten (afgezet tegen de situatie in het basispad)

- *Wat is het effect op de zorgverlening (prestaties, prijzen)?*
Het zal geen noemenswaardige effecten hebben op de prijzen van geneesmiddelen.
- *Wat is het budgettaire effect van de maatregel (met inbegrip van gedragseffecten en transitiekosten)?*
NB De hieronder de vermelde gegevens zijn gebaseerd op berekeningen van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). De bedragen zijn gecorrigeerd voor de verstrekking van geneesmiddelen door apotheekhoudende huisartsen (+ 8%).

Voor de onder a. genoemde varianten:

Eigen bijdrage maximaal € 3 per afgeleverd geneesmiddel - maximaal € 200

Besparing	€ 335 miljoen
# patiënten die € 200 betalen (in mln.)	0,2 miljoen
Gemiddelde leeftijd van mensen die € 200 betalen	73

Eigen bijdrage maximaal € 4 per afgeleverd geneesmiddel - maximaal € 200

Besparing	€ 395 miljoen
# patiënten die € 200 betalen (in mln.)	0,3 miljoen
Gemiddelde leeftijd van mensen die € 200 betalen	71

Eigen bijdrage maximaal € 5 per afgeleverd geneesmiddel - maximaal € 200

Besparing	€ 445 miljoen
# patiënten die € 200 betalen (in mln.)	0,4 miljoen
Gemiddelde leeftijd van mensen die € 200 betalen	71

Voor de onder b. genoemde variant:

Eigen bijdrage 25% afgeleverde geneesmiddelen – maximaal € 200

Besparing	€ 440 miljoen
# patiënten die € 200 betalen (in mln.)	0,9 miljoen
Gemiddelde leeftijd van mensen die € 200 betalen	62

NB In bovenstaande berekening is geen rekening gehouden met eenmalige en structurele uitvoeringskosten. Daarnaast is geen rekening gehouden met vermindering opbrengsten eigen risico.

- *Wat is het totale effect en het effect voor specifieke groepen (bijv. chronisch zieken) op de private uitgaven aan zorg?*

De lasten verschuiven naar de private uitgaven aan zorg, waarbij een maximum van € 200 per jaar geldt; vooral chronisch zieken en/of ouderen zullen dit maximum volmaken (naast hun eigen risico), zie in tabel voor gemiddelde leeftijd van patiënten die de EB van € 200 volmaken. Uit de berekeningen blijkt (ook) dat vooral ouderen meer worden belast.

- *Wat is het effect op de directe werkgelegenheid?*

Niet goed in te schatten.

- *Is er een interactie-effect met andere maatregelen en zo ja, wat is dit effect?*

Zie ZiK-maatregel 201 (aanpassing GVS) en 211 (verspilling).



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden

5.1.2e

Postbus 129
3990 DC Houiten

Datum **03 MRT 2014**
Betreft Vergoeding hoorhulpmiddelen voor kinderen

Geachte 5.1.2e

Met uw brief van 19 juli 2013, uw kenmerk B13-3473, heeft u mij gevraagd de sedert 1 januari 2013 geldende eigen bijdrage van 25% voor hoorhulpmiddelen voor verzekerden tot 18 jaar te heroverwegen. Tot mijn spijt heeft de beantwoording van uw brief ernstige vertraging ondervonden. Ik bied u hiervoor mijn verontschuldigingen aan.

Zoals u bekend is de aanspraak op hoorhulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) met ingang van 1 januari 2013 functiegericht omschreven en zijn de voordien bestaande maximum vergoedingslimieten vervallen. Twee rapporten van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), te weten 'Hulpmiddelenzorg 2010' en 'Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen' lagen ten grondslag aan deze wijzigingen. In dat laatste rapport stelde het CVZ een eigen bijdrage van 25% per hoortoestel voor als compensatie van de meerkosten die optreden als gevolg van de afschaffing van de vergoedingslimieten.

Ik acht de zorginhoudelijke verbeteringen die bij de verstrekking van hoortoestellen kunnen optreden door de functiegerichte omschrijving van de Zvw-aanspraak op hoorhulpmiddelen en de afschaffing van de vergoedingslimieten, van groot belang. Om die reden is dan ook in 2012 besloten om deze wijzigingen per 1 januari 2013 in te voeren. Vanwege de meerkosten die in het bijzonder door de afschaffing van de vergoedingslimieten zouden optreden, is daarbij eveneens besloten tot het invoeren van een eigen bijdrage van 25% van de aanschafprijs voor hoortoestellen. Vanwege de financiële effecten maakt deze eigen bijdrage ook deel uit van de maatregelen die in het Begrotingsakkoord 2013 zijn afgesproken.

De voorstellen voor de nieuwe aanspraak op hoortoestellen heb ik op 22 juni 2012 in het Algemeen Overleg Pakketadvies met de Tweede Kamer besproken (29 689, nr. 410). Ik heb daarbij toegezegd dat ik de effecten van deze nieuwe vergoedingsregeling zal laten monitoren. Het CVZ is momenteel bezig om het nieuwe systeem te monitoren en laat daarvoor een evaluatieonderzoek uitvoeren. Daarbij wordt nagegaan wat de effecten van de vergoedingsregeling zijn, onder meer op het gebied van kwaliteit van de hoorzorg, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid. De uitkomsten van deze monitor zijn nog niet beschikbaar.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**

Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakketbeheer

Bezoekadres:

Rijnstraat 50

2515 XP 5.1.2e

T 5.1.2e

F 5.1.2e

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

C. 5.1.2e

5.1.2e

T 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

Kenmerk

139859-108190-Z

Uw brief

B13-3473

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*



Daarom is het thans nog niet mogelijk om onderbouwde uitspraken te doen over de effecten van de eigen bijdrage voor hoortoestellen op de financiële toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het is in dit stadium dan ook niet te beoordelen of de door u vermelde effecten als gevolg van de eigen bijdrage voor hoortoestellen voor verzekerden jonger dan 18 jaar, zich daadwerkelijk voordoen. Ik wacht daarvoor graag de bevindingen van het CVZ af. Ik kan daar niet op vooruitlopen en kan daarom niet ingaan op uw verzoek de eigen bijdrage voor hoortoestellen voor verzekerden jonger dan 18 jaar af te schaffen.

Deze reactie sluit aan bij de antwoorden die ik op 18 november 2013 op schriftelijke vragen van de Kamerleden Leijten (2013Z19853) en Bouwmeester (2013Z20124) heb gegeven, namelijk dat ik de bevindingen van de monitor door het CVZ afwacht en dat ik de Tweede Kamer daarover in het voorjaar van 2014 zal informeren.

Ten aanzien van uw opmerking dat vanwege deze eigen bijdrage (ouders van) zwaar slechthorenden soms kiezen voor een cochleair implantaat in plaats van een hoortoestel, wil ik erop wijzen dat plaatsing van cochleaire implantaten uitsluitend ten laste van de Zvw kan worden vergoed indien een verzekerde op die behandeling is aangewezen. Dit houdt in dat die verzekerde een indicatie moet hebben voor het plaatsen van een cochleair implantaat. Zonder een dergelijke indicatie heeft, is vergoeding (van plaatsing) van een cochleair implantaat uit de Zvw niet mogelijk. Zoals ik ook in mijn hiervoor bedoelde antwoorden op de vragen van het Kamerlid Bouwmeester heb vermeld, acht ik een vrijwillige keuze voor een dergelijk zware ingreep enkel om de eigen bijdrage voor een hoortoestel te ontlopen, niet erg aannemelijk.

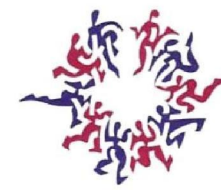
Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
namens deze,

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakketbeheer

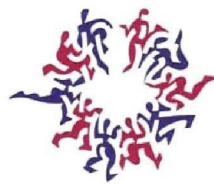
Kenmerk
139859-108190-Z

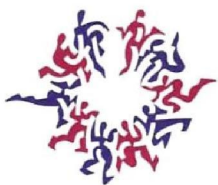
5.1.2e



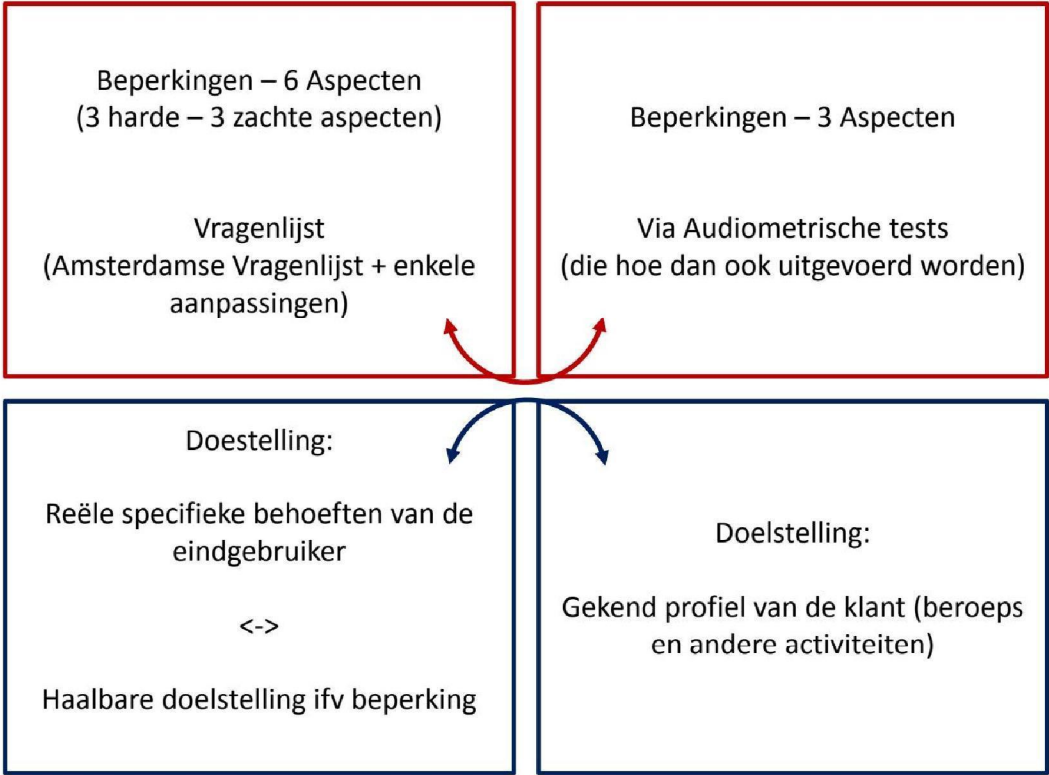
Keuzeprotocol ZN

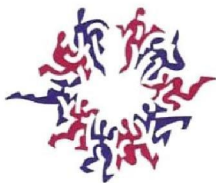
Zorgverzekeraars Nederland





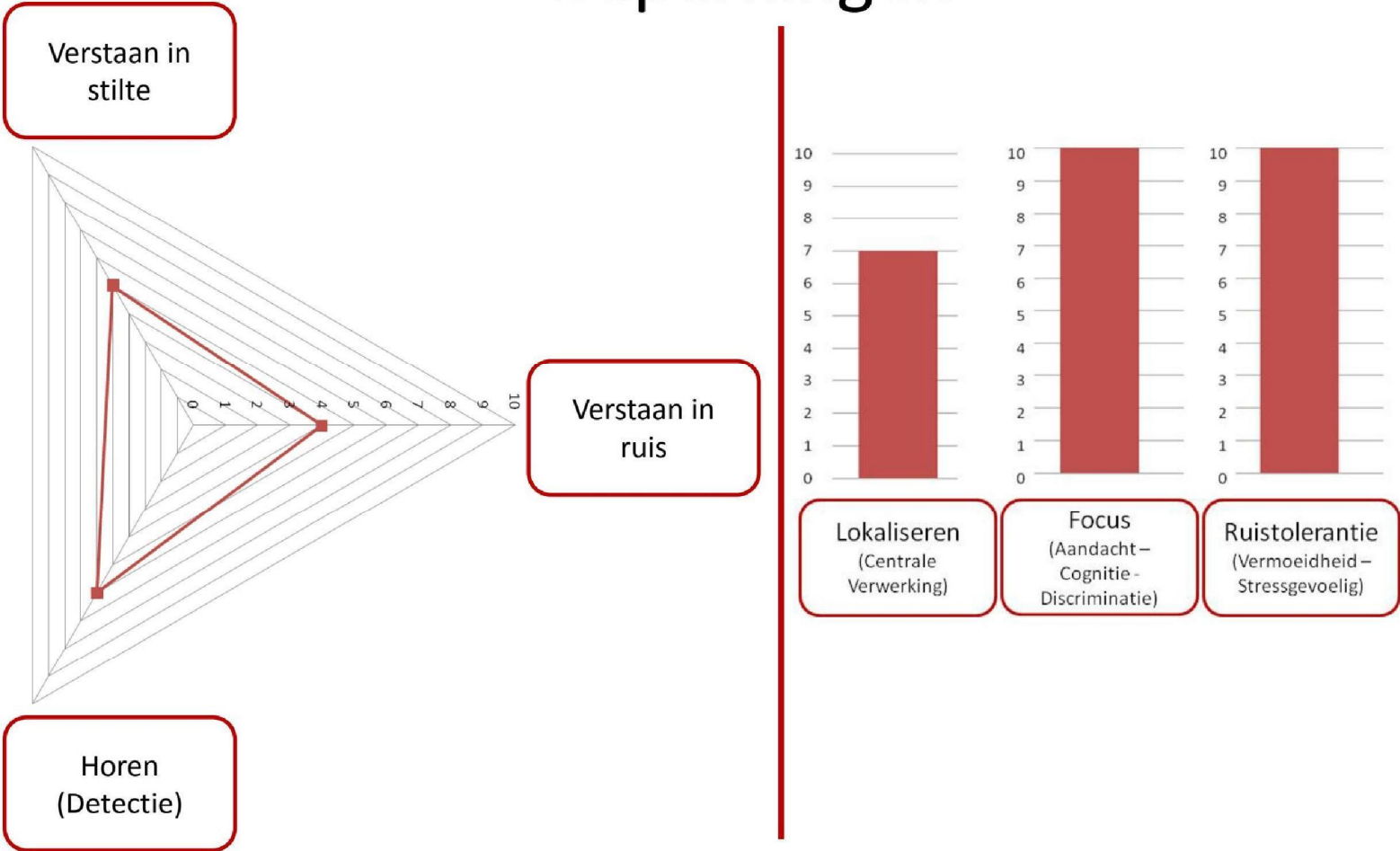
Bepaling van beperkingen en noden

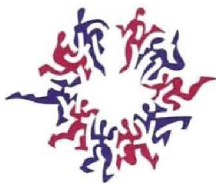




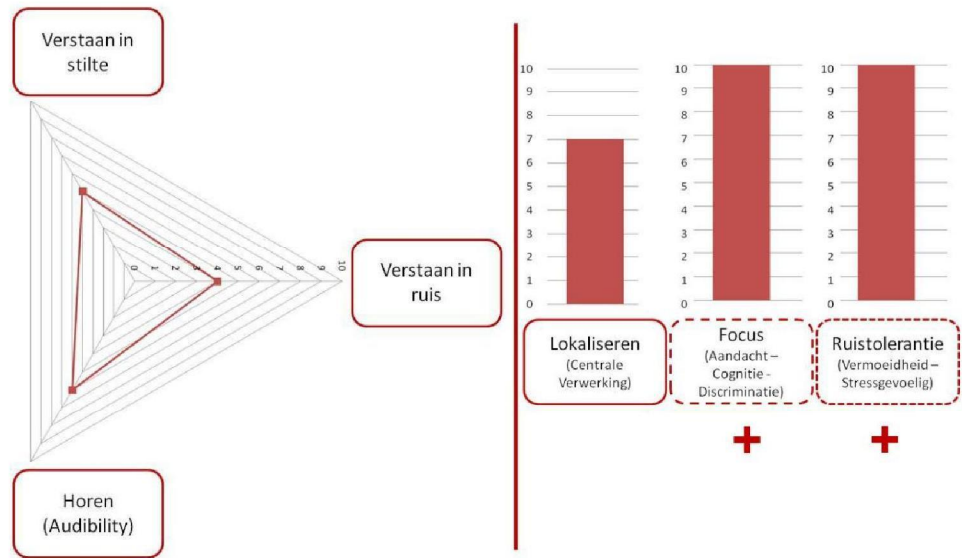
Vragenlijst – Intake info

-> Beperkingen



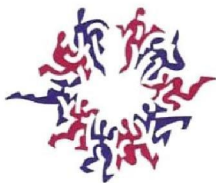


Vragenlijst -> Beperkingen



AMSTERDAMSE VRAGENLIJST
VOOR AUDITIEVE BEPERKINGEN EN HANDICAP

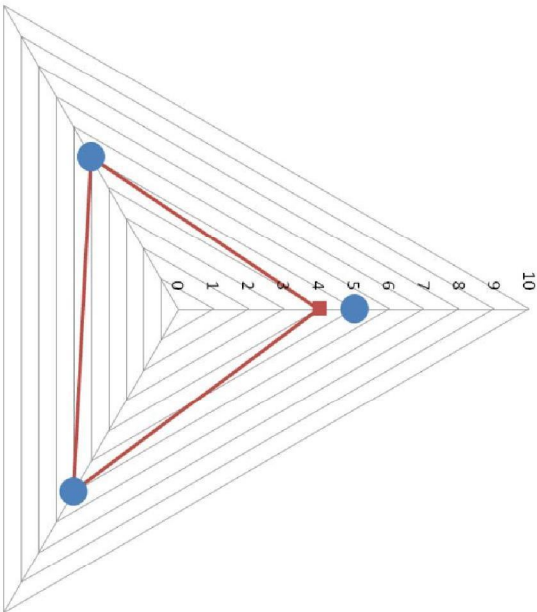
The form contains 24 small questionnaires, each with a title and a set of questions. The titles are: 1. Algemene informatie, 2. Hoorvermogen, 3. Hoorbeperkingen, 4. Hoorapparatuur, 5. Hoorbeperkingen en handicap, 6. Hoorbeperkingen en handicap, 7. Hoorbeperkingen en handicap, 8. Hoorbeperkingen en handicap, 9. Hoorbeperkingen en handicap, 10. Hoorbeperkingen en handicap, 11. Hoorbeperkingen en handicap, 12. Hoorbeperkingen en handicap, 13. Hoorbeperkingen en handicap, 14. Hoorbeperkingen en handicap, 15. Hoorbeperkingen en handicap, 16. Hoorbeperkingen en handicap, 17. Hoorbeperkingen en handicap, 18. Hoorbeperkingen en handicap, 19. Hoorbeperkingen en handicap, 20. Hoorbeperkingen en handicap, 21. Hoorbeperkingen en handicap, 22. Hoorbeperkingen en handicap, 23. Hoorbeperkingen en handicap, 24. Hoorbeperkingen en handicap.



Metingen - Audiometrie

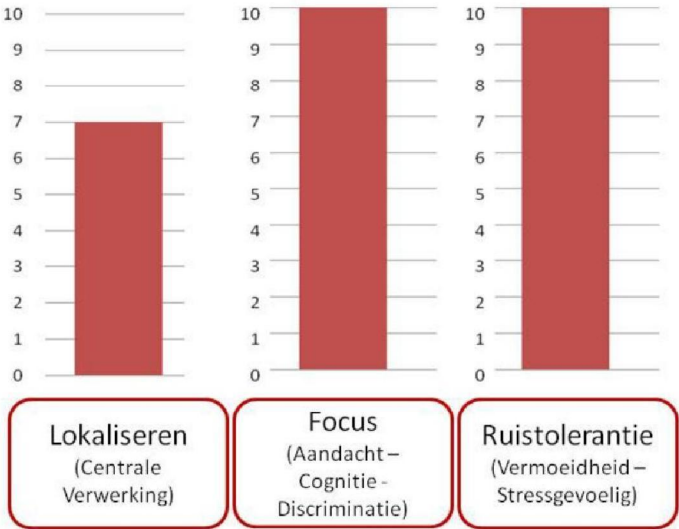
Beperkingen

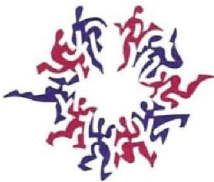
Horen
(Audibility)



Verstaan in
ruis

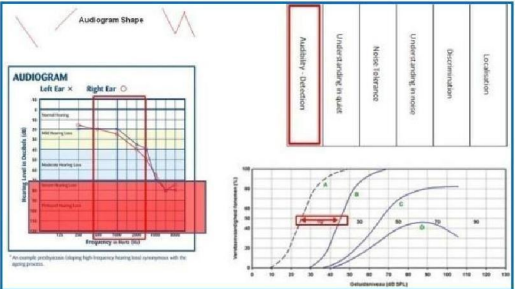
Verstaan in
stilte



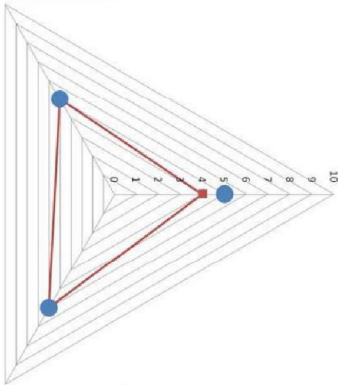


Beperkingen

(Audiometrische verificatie)

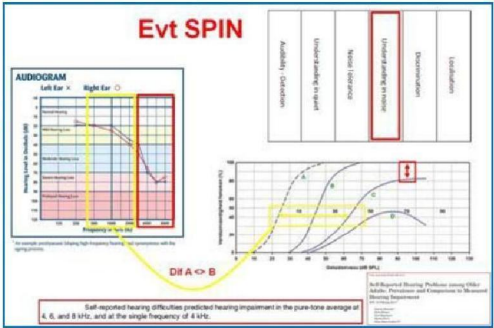
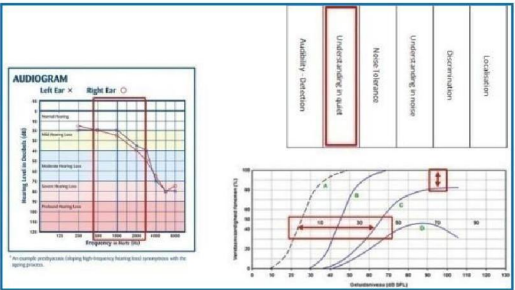


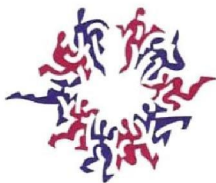
Horen
(Audibility)



Verstaan in
ruis

Verstaan in
stilte

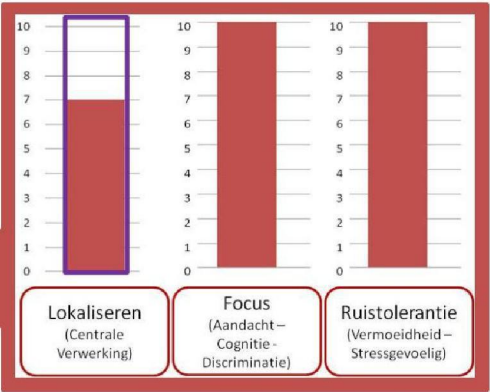




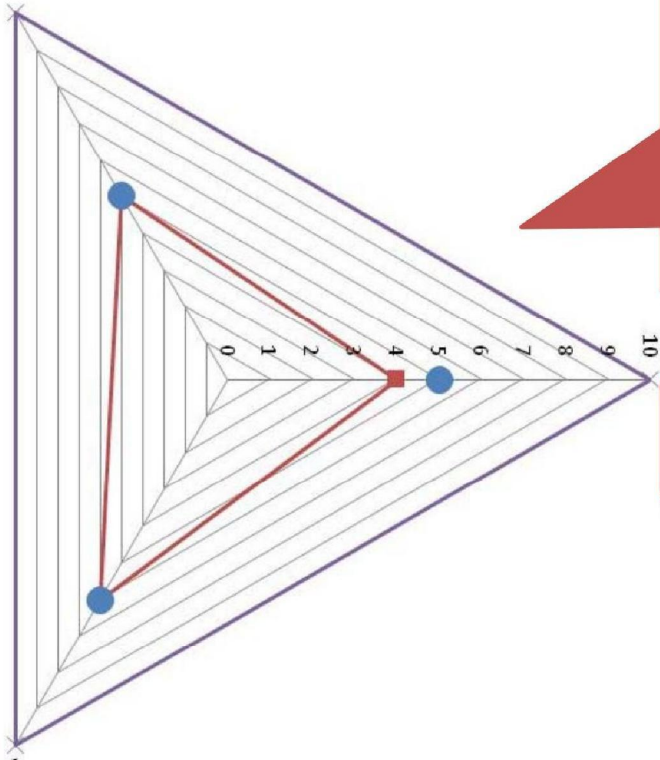
Beperkingen <> Doelstelling

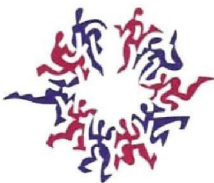
Verstaan in stilte

Horen (Audibility)

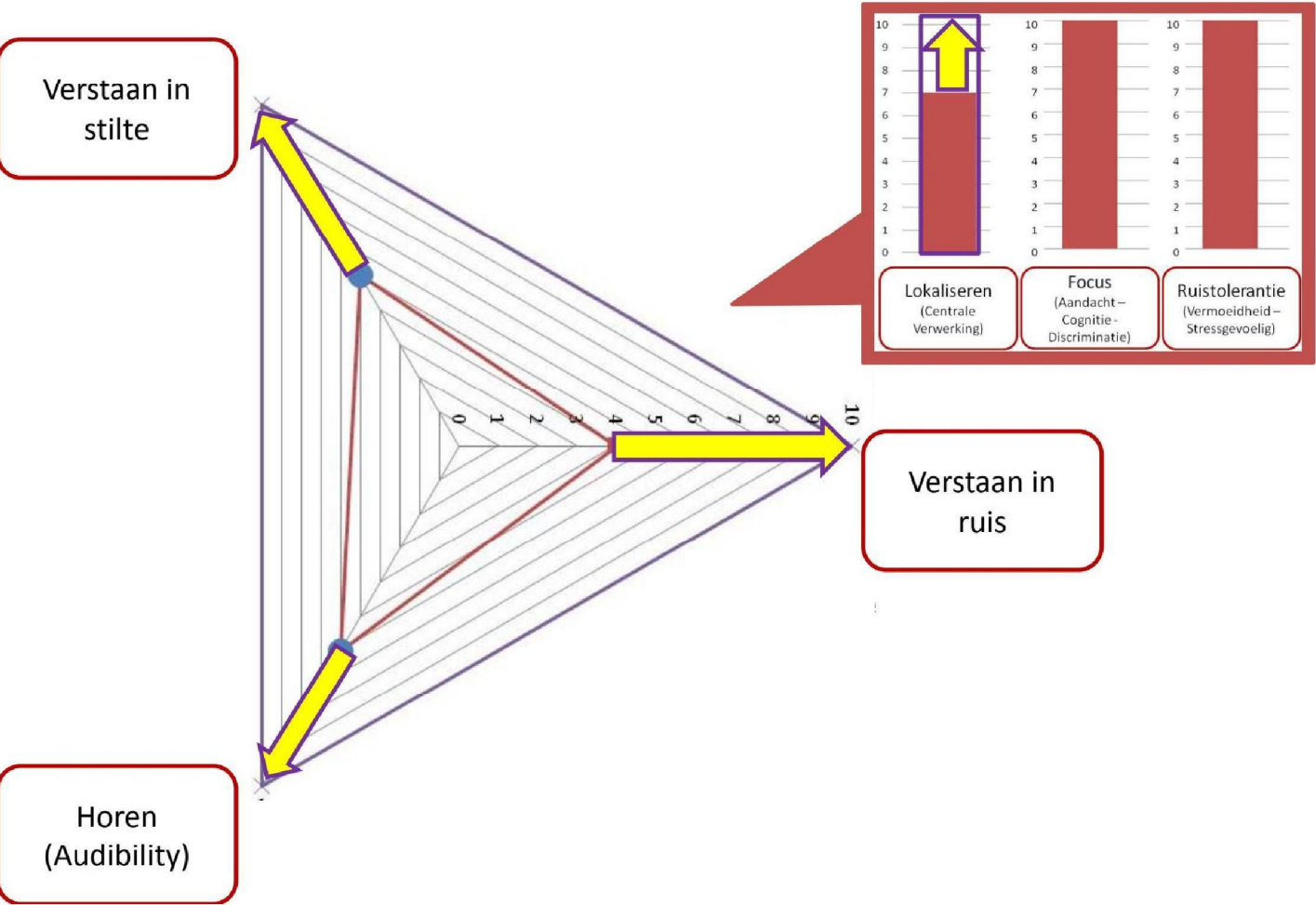


Verstaan in ruis

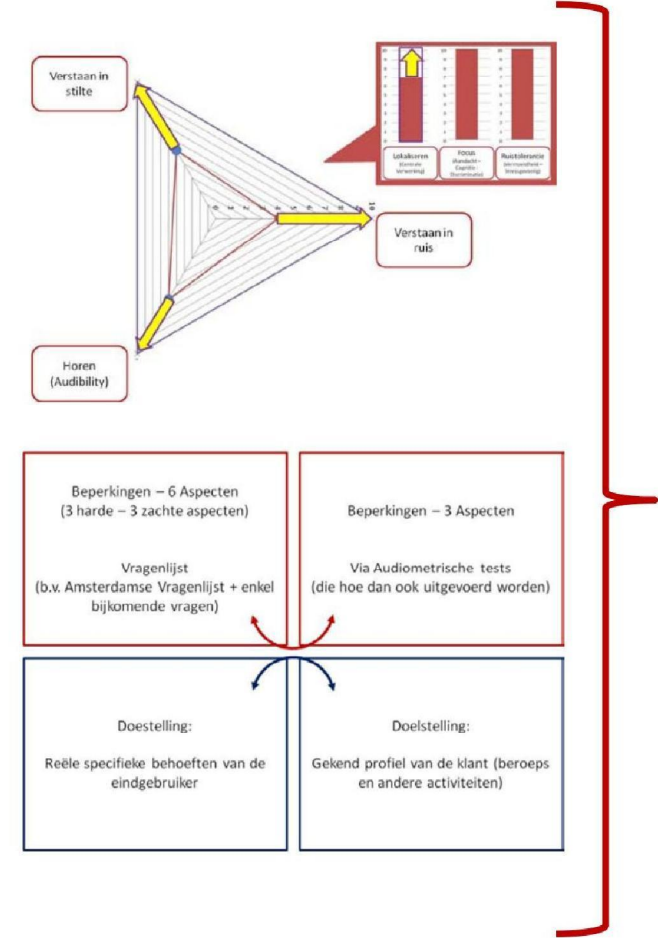
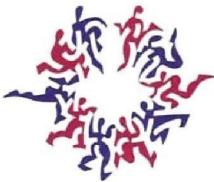




Beperkingen <> Doelstelling



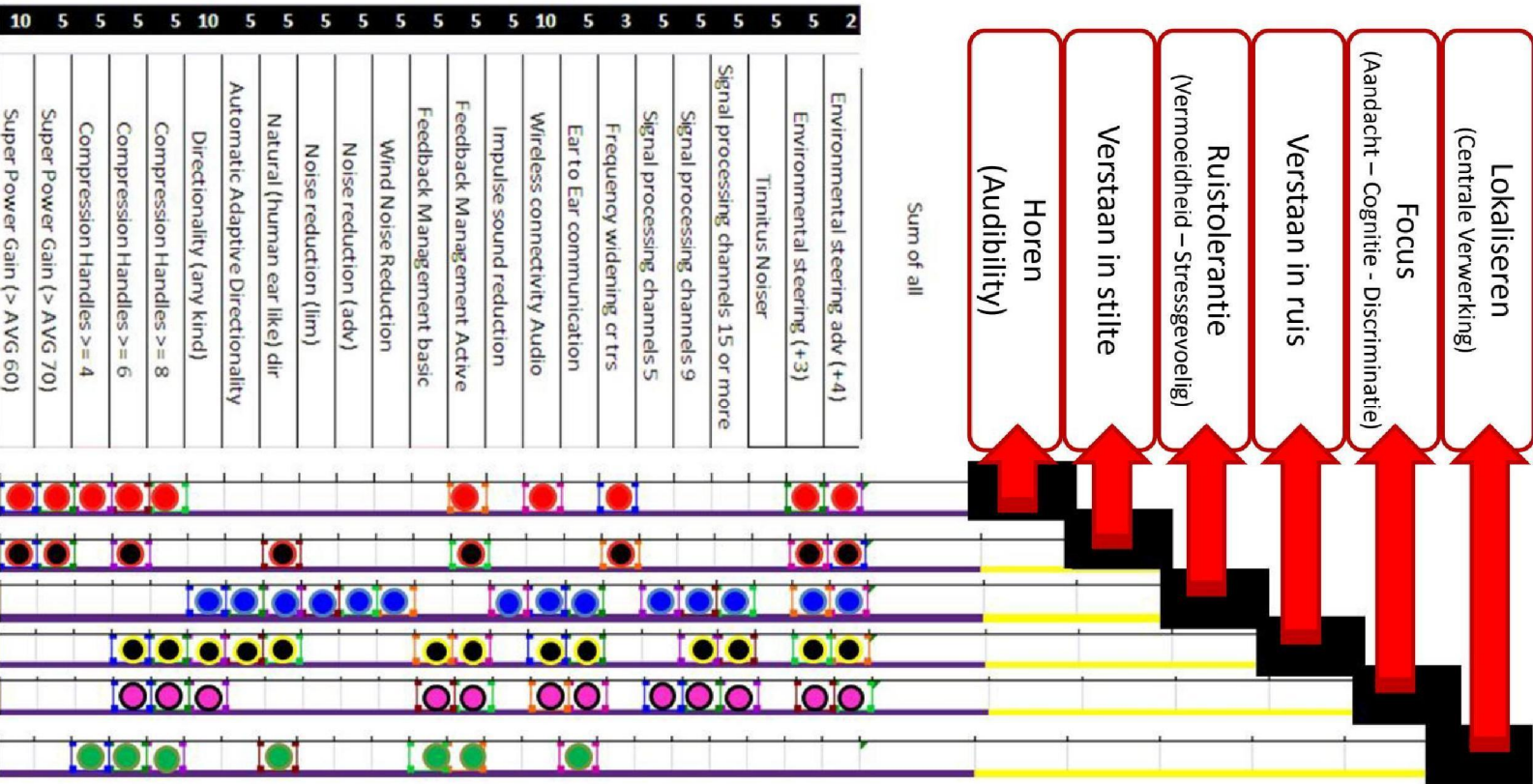
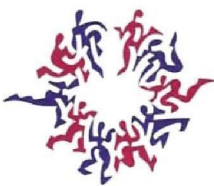
Van beperkingen & doelstelling -> features & aanpassing HT



Features & Aanpassing

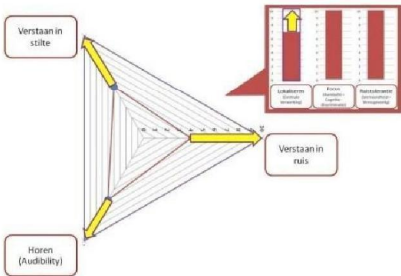
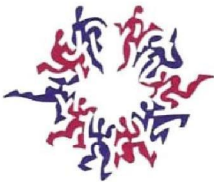
	Audibility - Detection	Understanding in quiet	Understanding in noise	Localisation - CAPD	Noise Tolerance	Focus - Cognitive		Audibility - Detection	Understanding in quiet	Understanding in noise	Localisation - CAPD	Noise Tolerance	Focus - Cognitive
Technology Points							Time						
Solution 5	3,8	3,3	4,8	4,8	4,7	4,7	Limitation 5	8	7	19	23	23	23
Solution 4	3,5	2,1	4,3	4,3	4,4	4,6	Limitation 4	7	4	17	18	21	18
Solution 3	2,9	2,2	3,5	3,8	3,6	3,7	Limitation 3	6	4	14	16	16	15
Solution 2	1,9	1,9	2,4	3,0	2,5	2,7	Limitation 2	4	4	9	12	11	10
Solution 1	1,2	1,1	1,3	2,0	1,4	1,6	Limitation 1	2	2	5	8	6	6

Features & Aanpassing ->
Verbetering -> Punten



Robuust model : Klaar voor evolutie – punten voor bewezen features
(meer evidence -> meer punten // meer effect -> meer punten)
Getest op > 1000 Hoortoestellen

Features & Aanpassing ->
Verbetering -> Punten



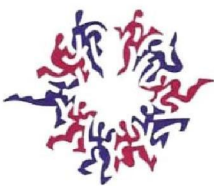
Features & Aanpassing

Tijds-intensief

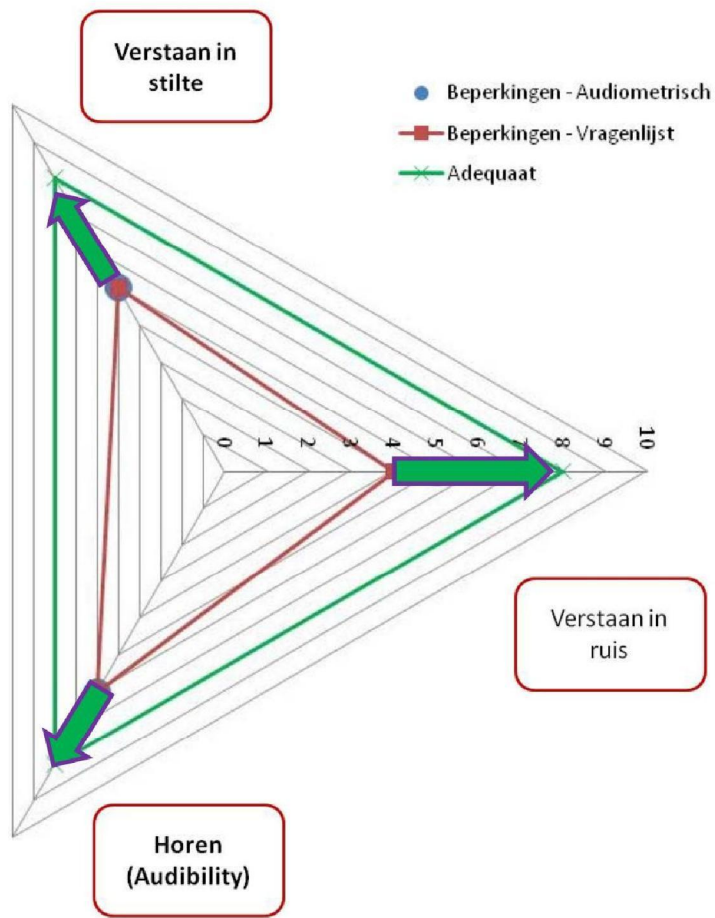
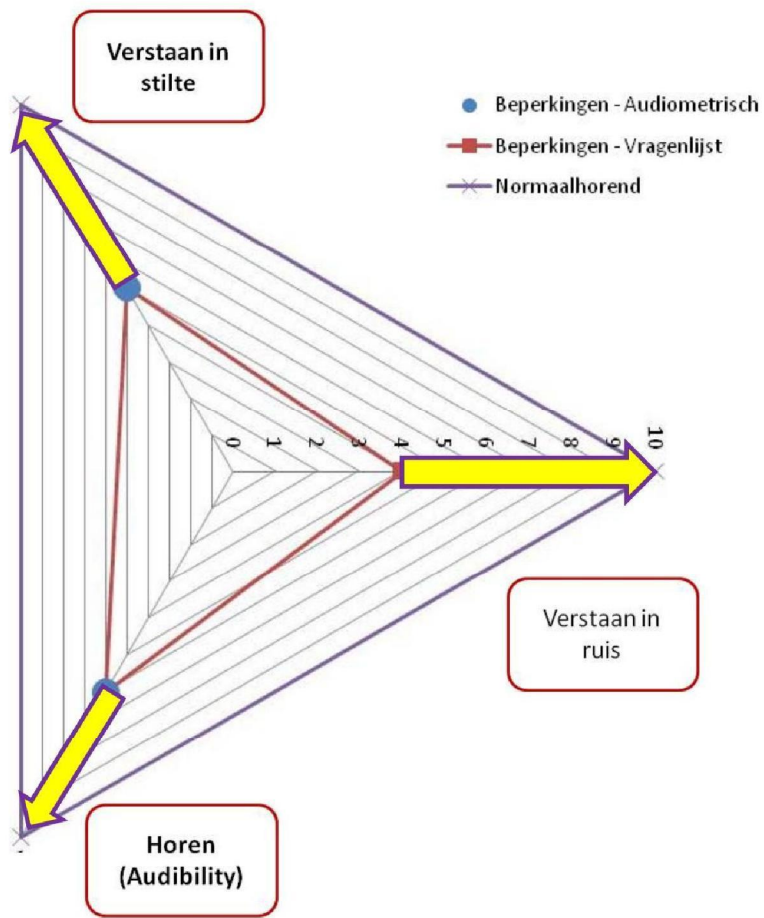


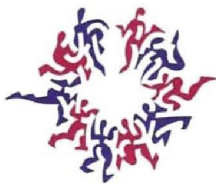
	Audibility - Detection	Understanding in quiet	Understanding in noise	Localisation - CAPD	Noise Tolerance	Focus - Cognitive
Technology Points						
Solution 5	3,8	3,3	4,8	4,8	4,7	4,7
Solution 4	3,5	2,1	4,3	4,3	4,4	4,6
Solution 3	2,9	2,2	3,5	3,8	3,6	3,7
Solution 2	1,9	1,9	2,4	3,0	2,5	2,7
Solution 1	1,2	1,1	1,3	2,0	1,4	1,6

	Audibility - Detection	Understanding in quiet	Understanding in noise	Localisation - CAPD	Noise Tolerance	Focus - Cognitive
Time						
Limitation 5	8	7	19	23	23	23
Limitation 4	7	4	17	18	21	18
Limitation 3	6	4	14	16	16	15
Limitation 2	4	4	9	12	11	10
Limitation 1	2	2	5	8	6	6

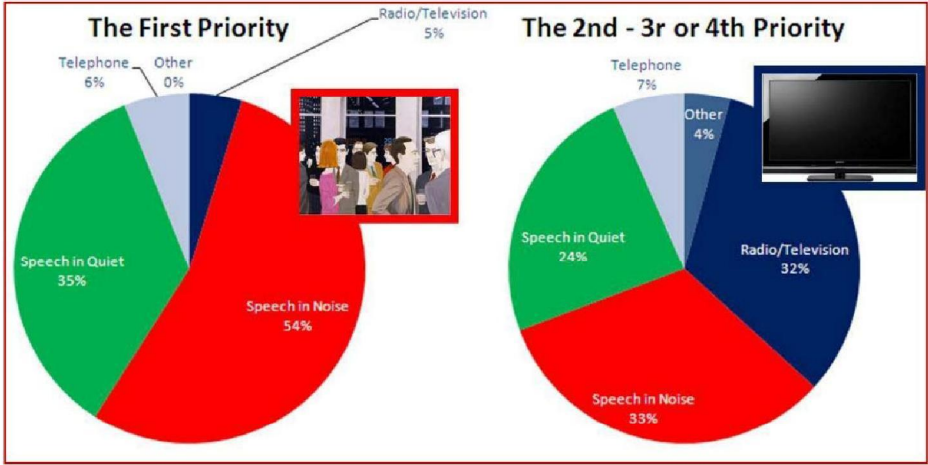
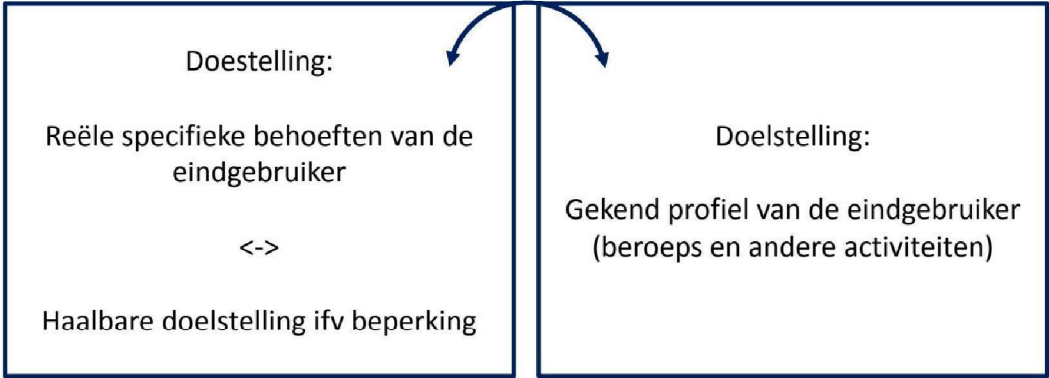


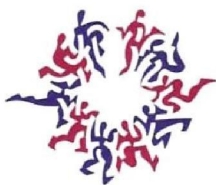
Beperkingen <> Doelstelling => Verbetering



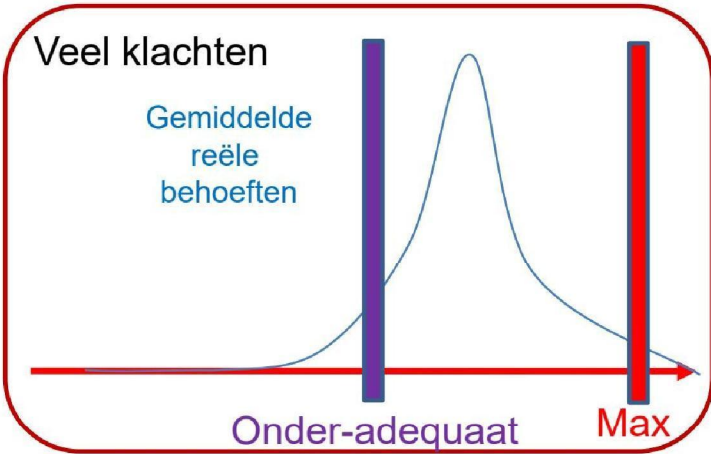
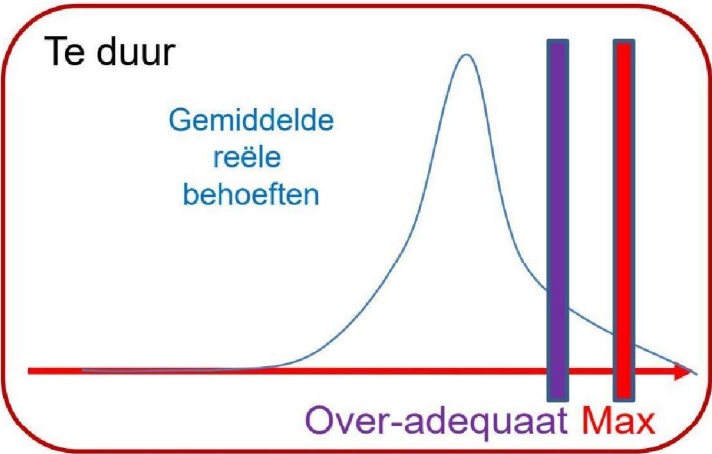
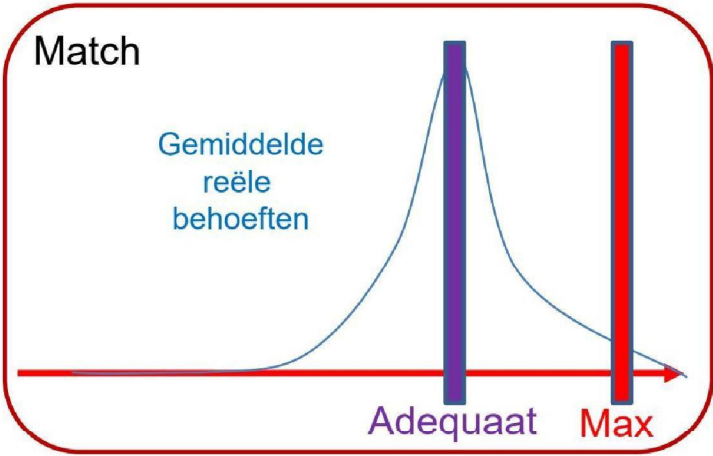


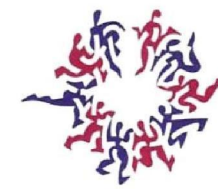
Doelstelling: Individuele noden & profiel





Wat is adequaat?

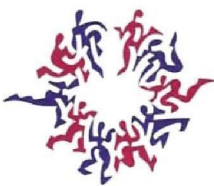




Wat als het niet lukt?

- Indien het niet lukt een slechthorende te helpen met het vastgestelde puntenaantal voor adequaatheid zijn er 2 mogelijkheden.
 1. **Er is sprake van een bijzondere zorgvraag.** Objectief kan worden aangetoond (aanvullende testen – bijkomende gegevens) dat het niet mogelijk is om de slechthorende binnen de gestelde beleidskaders te voorzien van een adequaat functionerende hooroplossing. Voorstel is om dit per casus voor te leggen aan de zorgverzekeraar en te vragen om een besluit te nemen.
 2. **De slechthorende wenst een meer dan adequate voorziening.** Het is aan de zorgverzekeraar om hier beleid op te maken.
- Mogelijke variaties:
 - a) Geen bijbetaling toestaan
 - b) Bijbetaling toestaan
 - c) Restitutie voor het adequaat gedefinieerde toestel
 - d) Vergoeding uit de aanvullende verzekering
 - e) Een mix van BCD

Wat als het niet lukt?



	Audibility - Detection	Understanding in quiet	Understanding in noise	Localisation - CAPD	Noise Tolerance	Focus - Cognitive		Audibility - Detection	Understanding in quiet	Understanding in noise	Localisation - CAPD	Noise Tolerance	Focus - Cognitive
Technology Points								Time					
Solution 5	3,8	3,3	4,8	4,8	4,7	4,7		Limitation 5	8	7	19	23	23
Solution 4	3,5	2,1	4,3	4,3	4,4	4,6		Limitation 4	7	4	17	18	18
Solution 3	2,9	2,2	3,5	3,8	3,6	3,7		Limitation 3	6	4	14	16	15
Solution 2	1,9	1,9	2,4	3,0	2,5	2,7		Limitation 2	4	4	9	12	10
Solution 1	1,2	1,1	1,3	2,0	1,4	1,6		Limitation 1	2	2	5	8	6

Solution 5	Limitation 5	}	Bijzondere zorgvraag / Over-Adequate aanvraag
Solution 4	Limitation 4		
Solution 3	Limitation 3	}	Normale automatische flow
Solution 2	Limitation 2		
Solution 1	Limitation 1		

Variant 1: handhaven bestaande situatie (met vergoedingslimiet)

									gemid	prijs	€1200
Eigen risico ¹ € 170	Vergoedingslimiet toestel € 501 tot € 683 (gemid € 526 door Zorgverzekeraar)							gem. € 521 aan eigen bijdrage			

voordeel	Nadeel
Geen meerkosten Budgetneutraal,	Weinig concurrentie op prijs en kwaliteit hoorzorg. Bijbetaling regel dan uitzondering voor standaard toestel alle andere functionaliteiten bijbetalen. Geen betere kwaliteit hoorzorg Starre regelgeving

Commentaar CVZ: In deze variant wordt de functiegerichte omschrijving voor de hulpmiddelenzorg kennelijk niet doorgevoerd (geen wijziging regelgeving?). Dit komt de kwaliteit van de hoorzorg niet ten goede. We blijven vastzitten aan strikte lijstjes en regelgeving. Het feit dat de aanspraak, regelgeving en verzekeringspolissen niet wijzigen, zou ik niet zo gauw als voordeel bestempelen. Ook het feit dat geen marktverschuiving plaatsvindt is geen voordeel.

Aanvulling

Dat ligt er maar aan van welk oogpuntje kijkt. In de huidige situatie is het in ieder geval mogelijk zonder eigen bijdrage een hoortoestel uit de Zvw te krijgen.

Variant 2a: verhoging v.h. Eigen risico voor iedereen (geen vergoedingslimiet) en invoering functiegerichte omschrijving?

					gemi d	prijs	€ 800				
Eigen risico 170	+	€	Gemiddeld declarabel ± € 526					Verwachte prijsdaling (winst) door marktwerking			
	10										

voordeel	Nadeel
Betere kwaliteit (hoor)zorg; iedereen volledig vergoedt adequaat hoortoestel. concurrentie = daling prijs hoortoestel behoudt solidariteit consistent pakketbeleid	(extra) Verhoging eigen risico

Commentaar CVZ: Hoewel dit de meest elegante variant is, is het ophogen van het eigen risico niet consequent in het licht van andere pakketmaatregelen. Als de voorstellen met betrekking tot het incontinentiematerialen of de fysiotherapie worden overgenomen, heeft dit geen consequenties voor het eigen risico (bijv. verlaging). Op termijn is onduidelijk hoe het eigen risico is opgebouwd. Als de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en audiciens tot grote prijsdalingen leiden, zal dit

¹ g. eigen risico: een door de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten Zvw

naar verwachting niet leiden tot een verlaging van het eigen risico. Verder: waarom wordt uitgegaan van € 800 ipv € 700? Hoe kom je aan € 526? Is dit een gewogen gemiddelde?

Aanvulling

Hoezo niet consequent? Het verhogen van het eigen risico is één van de standaard sturingsinstrumenten om in de Zvw. Schrappen van zorg uit het basispakket heeft inderdaad niet het verlagen van het eigen risico tot doel. In jullie rapport van 2010 wordt gesproken van een gemiddeld prijsniveau van tussen de € 600 en € 800 voor een adequaat toestel voor iedereen. Ik heb voor de zekerheid bewust het maximum genomen. Het bedrag van € 526 wordt in dat zelfde rapport genoemd als de gemiddelde (gedeclareerde) vergoeding van zorgverzekeraars in het huidige systeem

Variant 2b: altijd een **Eigen Bijdrage** voor alle hulpmiddelen, geen vergoedingslimiet en invoering functiegerichte omschrijving?

					gem.	prijs	€ 800				
Eigen risico 170	+	€ 35	Gemiddeld declarabel € 526					Verwachte prijsdaling (winst) door marktwerking			

voordeel	Nadeel
Betere kwaliteit (hoor)zorg; iedereen volledig vergoedt adequaat hoortoestel. concurrentie = daling prijs hoortoestel	Extra verhoging 'eigen risico' alleen voor chronisch zieken en gehandicapten Adm. lasten Stapelning van kosten voor chronische zieken en gehandicapten. Geen behoud solidariteit Geen consistent pakketbeleid Hulpmiddelen steeds minder financieel toegankelijk

Commentaar CVZ: Een eigen bijdrage is geen eigen risico. Dit begrippen lopen hier door elkaar. Onduidelijk is hoe deze variant uitwerkt. Eigen bijdrage van € 35 voor iedere keer dat men een hulpmiddel nodig heeft, of in totaal?

Consistent pakketbeleid houdt onder meer in dat er een gegronde reden (pakketprincipes) is voor een eigen bijdrage (bijv. een besparingsbijdrage). Dit geldt voor orthopedisch schoeisel, maar daar is in feite ook het voorstel voor de incontinentiematerialen op gebaseerd.

Bij de hoortoestellen ligt het iets anders. Daar dient het een ander doel, namelijk budgetneutraliteit en het openbreken van de markt. M.a.w. de eigen bijdrage is in dit geval een beleidsinstrument om budgetneutraliteit te waarborgen en toch de markt in beweging te krijgen (pakketprincipe uitvoerbaarheid). Daarom stellen we ook voor de eigen bijdrage weer af te schaffen als blijkt dat de prijzen aanzienlijk gedaald zijn. Voor andere hulpmiddelen zou ik geen argumenten kunnen bedenken, waarom daarvoor een eigen bijdrage zou moeten gelden.

Groot nadeel is dat de **solidariteit** tussen gezonde mensen en chronisch zieken en gehandicapten die hulpmiddelen nodig hebben in gevaar komt alsmede de **financiële toegankelijkheid** van hulpmiddelen. Chronisch zieken en gehandicapten hebben vaak meer hulpmiddelen nodig (denk ook aan verbruiksartikelen) hetgeen leidt tot **stapelning van kosten**.

Aanvulling:

Een eigen bijdrage van bijvoorbeeld € 35 of € 50 voor iedere hulpmiddelaanvrager per jaar zullen 2 miljoen hulpmiddelgebruikers als een extra eigen risico ervaren. Een gegronde pakketprincipe is toch "noodzakelijkheid". Daar vallen begrippen als algemeen gebruikelijk en financieel bereikbaar toch ook onder. En als de eigen bijdrage voor IA-materiaal als besparingsbijdrage bedoeld is dan dat graag zo expliciet benoemen in het IA advies. Het ligt niet voor de hand dat een eigen bijdrage (om wat voor achterliggende reden dan ook) in de huidige economische situatie weer wordt teruggedraaid. Het schept juist een precedent om zulke eigen bijdragen op nog meer zorgvormen toe te passen. Als de solidariteit, financiële toegankelijkheid en stapeling van kosten een bezwaar

is, waarom dat überhaupt een eigen bijdrage voor bepaalde hulpmiddelen introduceren (gehoorapparaat en IA-materiaal)!

Variant 2c: altijd Eigen bijdrage van 25% per hoortoestel (CVZ variant) en invoering functiegerichte omschrijving.

					gem.	prijs	€ 800				
Eigen risico 170	+ altijd 25% eigen bijdrage	gemiddeld declarabel € 526						prijsdaling (winst) door marktwerking			

voordeel	Nadeel
Betere kwaliteit (hoor)zorg; iedereen adequaat hoortoestel. concurrentie = daling prijs hoortoestel budgetneutraal (Meeste) verzekerden profiteren van prijsdalingen Eigen bijdrage gemakkelijk af te schaffen Eigen bijdrage is lager dan de eigen betalingen in het huidige systeem Concurrentie tussen zorgverzekeraars (aanvullende pakketten)	Eigen bijdrage = verhoging 'eigen risico' voor iedere dove en slechthorende

Commentaar CVZ: Het is onjuist te stellen dat zorgverzekeraars meer profiteren van prijsdalingen dan de verzekerde. Zorgverzekeraars én verzekerden hebben beiden een evengroot belang bij de prijsdalingen. Hoe lager de prijzen, hoe minder zowel zorgverzekeraar als verzekerde moeten betalen. Ten opzichte van het huidige systeem is het juist de verzekerde die profiteert. In het voorgestelde systeem betaalt de verzekerde weliswaar een eigen bijdrage, maar die is voor verreweg de meeste verzekerden lager dan het bedrag dat men nu kwijt is aan eigen betaling (bovenop max. vergoeding). Zorgverzekeraars zijn voorstander van de voorgestelde regeling, zij zien geen problemen als het gaat om administratieve lasten. Voordeel van een eigen bijdrage alleen voor hoortoestellen is, dat het gemakkelijker is deze op termijn weer af te schaffen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven de eigen bijdrage evt. te willen herverzekeren in de aanvullende verzekeringspakketten.

Reactie

De CVZ is een zeer bruikbare oplossing maar er zijn alternatieven denkbaar met voor en nadelen. Het ligt niet voor de hand dat een eigen bijdrage (om wat voor achterliggende reden dan ook) in de huidige economische situatie weer wordt teruggebracht. Verzekerde betalen straks altijd een eigen bijdrage ongeacht grote van de prijsdaling. In dat opzicht 'profiteren' zorgverzekeraars meer.

Variant 2d: onverplicht *Eigen bijdrage* van maximaal 25% per hoortoestel (JvGvariant) en invoering functiegerichte omschrijving?

				gem.	prijs	700 á	€ 800			
Eigen risico 170	Gemiddeld declarabel 526					+ maximaal ≤25% eigen bijdrage		prijsdaling (winst) door marktwerking		

voordeel	Nadeel
Betere kwaliteit (hoor)zorg; concurrentie = daling prijs hoortoestel concurrentie tussen zorgverzekeraars verzekerde profiteert maximaal van prijsdaling	Adm. lasten Mogelijke niet budgetneutraal (afh v prijs ontw) Eventueel in aanvullende verzekering of risicodragers zorgverzekeraar

Commentaar CVZ: De uitwerking van deze variant is onduidelijk. Hoezo is de eigen bijdrage onverplicht? Kan een verzekerde hiervoor kiezen of de verzekeraar? Hier is geen sprake van behoudt van solidariteit en consistent pakketbeleid, immers het lijkt erop dat de basisverzekering per zorgverzekeraar (of verzekerde?) kan verschillen.

Aanvulling

De eigen bijdrage wordt pas gevraagd indien de totaalprijs van een adequaat toestel boven een bepaald bedrag (bijvoorbeeld € 526 gemiddeld o.b.v. de huidige situatie) komt. Indien een zorgverzekeraar alle toestellen voor een scherp bedrag inkoopt (het rapport noemt een inkoopprijs van € 150 voor een standaardtoestel) kan dat betekenen dat een verzekerde bij een bepaalde zorgverzekeraar voor geen enkel toestel een eigen bijdrage hoeft te betalen. Volgens zorgverzekeraars zijn er genoeg signalen dat de prijs zo laag zal dalen. Dat de basisverzekering per verzekerde/zorgverzekeraar kan verschillen is een gegeven van de Zvw. We willen juist concurrentie op prijs (verschil in premie) en kwaliteit (van dienstverlening en ingekochte zorg).

de Kwaliteitsaudiciens

Vergoeding basispakket hoorzorg door zorgverzekeraars moet omhoog

De contouren van de zorginkoop 2020 – 2021 van zorgverzekeraars zijn verontrustend. Door de stelselmatige verlaging van de vergoeding voor het basispakket in de afgelopen vijf jaar komen kwaliteit en continuïteit van hoorzorg in gevaar. Het nieuwe Hoorprotocol 2.0, de hoge kwaliteitseisen en innovaties in toestellen vragen nu juist een verruiming van de vergoeding. De absolute bodem is bereikt. Elke verdere verlaging van de vergoeding heeft **perverse prikkels** tot gevolg die rechtstreeks tegen het belang van de patiënt ingaan. Het is tijd dat de pendule weer de andere kant op beweegt.

Innovatie dringt langzamer door

De vernieuwing van het aanbod door introductie van innovatieve toestellen stakt als gevolg van de grote prijsdruk. Nieuwe geavanceerde modellen worden door leveranciers niet beschikbaar gesteld in het basispakket door de te lage vergoedingen in Nederland, zeker in vergelijking met andere landen.

Prikkel naar private markt

Audicien en cliënt worden steeds meer naar de private markt geduwd. Voor de audicien omdat daar wel een gezonde bedrijfsvoering mogelijk is en voor de patiënt omdat daar modernere toestellen verkrijgbaar zijn die aansluiten bij specifieke wensen. Voor hoorzorg in de private markt ontvangt de verzekerde in de regel geen enkele vergoeding van de zorgverzekeraar (noch voor het toestel, noch voor de zorg) die daarvoor wel de premie incasseerde. Dit drukt natuurlijk de schadelast voor zorgverzekeraars voor hoorzorg, maar wekt ook de ontwikkeling van tweedeling in de hoorzorg in de hand. De gevoeligheid hiervoor is sowieso al groter in de hoorzorg omdat daar, naast het reguliere eigen risico, ook nog een eigen bijdrage van 25% geldt. Kwetsbare groepen hebben hier het meest last van.

Business model van lage-kosten-lichte-zorg-hoge-volumes wordt lonender

Minder uren investeren in de cliënt loont in de inkoop systematiek van zorgverzekeraars. Zo heeft één van de grootste verzekeraars een prikkel ingebouwd om zo goedkoop mogelijke oplossingen aan te bieden (deze verzekeraar betaalt een vaste vergoeding uit, ongeacht de categorie waar de patiënt in valt). Er komen nu signalen uit het inkoop proces dat men de vergoedingen voor hoorzorg verder naar beneden wil brengen. Dit inkoopbeleid speelt zo 'lage-kosten-lichte-zorg-hoge-volumes' proposities in de kaart. Dit is het meest schadelijk voor de groep patiënten die niet in de categorie 'eenvoudige ouderdomsslechthorendheid' vallen. Zorgverzekeraars maken de categorie patiënten die de meeste zorg en aandacht behoeven onaantrekkelijk voor audiciens. Dat is onaanvaardbaar. Onze leden vinden dat de verzekeraars hiermee onverantwoorde risico's nemen ten koste van cliënt en zorgaanbieders, zonder dat daar een lange termijn visie aan ten grondslag ligt. Aanbieders die de bestaande kwaliteitsnormen (StAR en NOAH) zorgvuldig naleven komen zo in de rode cijfers.

Het nieuwe Hoorprotocol krijgt op deze manier geen serieuze kans in de praktijk

In het **Hoorprotocol 2.0**, dat gezamenlijk met zorgverzekeraars en de patiëntenorganisatie is opgesteld, is een gestandaardiseerd systeem opgenomen om patiënten zorgvuldig in één van de vijf categorieën van slechthorendheid te plaatsen. Hieraan gekoppeld zijn hoortoestellen die passen bij de specifieke categorie en die worden vergoed in het basispakket van de zorgverzekeraars. Dit draagt bij aan:

- de professionalisering van de dienstverlening door de audicien
- transparantie voor de cliënt

- controleerbaarheid voor de verzekeraar

Het verlagen van de vergoeding of een systeem met één vergoeding voor alle categorieën is in strijd met de geest en de uitvoering van dit protocol en de lange termijn houdbaarheid en kwaliteit van de hoorzorg in Nederland.

Het verder verlagen van de vergoedingen voor het basispakket is gedreven door een beperkt korte termijn financieel belang van zorgverzekeraars. In een breder en lange termijn perspectief is dit voor een houdbare, toegankelijke en betaalbare adequate hoorzorg een schadelijke ontwikkeling. Op termijn ook voor de zorgverzekeraars, die ook belang hebben bij een breed en competitief aanbod van hoorzorg.

Wij roepen de betrokken partijen (zorgverzekeraars, NZa, audiciens, patiënten en Ministerie van VWS) op om gezamenlijk tot een integrale en gedeelde visie op hoorzorg in 2025 te komen en hun beleid en gedrag daar op af te stemmen. In de eerste plaats door een reële vergoeding aan te bieden per 1 januari 2020, die recht doet aan de marktomstandigheden van stijgende CAO lonen, stijgende kosten van toestellen, inflatie en toegenomen (kwaliteits)eisen door de invoering van Hoorprotocol 2.0



Notitie

Aan Bestuurscommissie Zorg
 Van 5.1.2e
 Auteur 5.1.2e
 Doorkiesnummer 5.1.2e
 Ons kenmerk N-2078iwev1
 Datum 6 mei 2011
 Onderwerp CVZ-advies 'afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen'
 CC -

Inleiding

De Bestuurscommissie Zorg heeft in haar vergadering van 21 april 2011 aandacht gevraagd voor het CVZ-advies 'Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen'.

Het CVZ-advies is in de werkgroep Hulpmiddelen besproken, nadat ook de leden van het OMTA (technisch adviseurs) waren geconsulteerd. In het werkgroep overleg hebben de zorgverzekeraars een gezamenlijk standpunt geformuleerd, wat ZN in bijgevoegde brief aan CVZ heeft meegedeeld.

Kernpunten reactie ZN op het CVZ-advies hoortoestellen

In grote lijnen zijn de zorgverzekeraars het eens over het adviesrapport, maar geven wel een aantal randvoorwaarden mee: .

- Een branchegedragen protocol vaststellen om patiëntgroepen te onderscheiden.
- ZN stelt voor om de invoeringsdatum te stellen op 1 januari 2012. Wij pleiten dan ook voor snelle besluitvorming.
- ZN pleit voor een procentuele eigen bijdrage.
- ZN beveelt CVZ aan om de invulling van de eigen bijdrage over te laten aan de zorgverzekeraars.

Gevraagde beslissing

Ter kennisneming.

Dialogoog Hoorzorg

Datum: 22-juli-2020
Tijdstip: 10:00-11:30
Locatie: Webex

Bijlage

1- Verslag 17 januari

Aanwezig:

5.1.2e – Stichting Audicienregister
 5.1.2e
 5.1.2e
 5.1.2e – nog niet

5.1.2e
 5.1.2e
 5.1.2e

Agenda

1. Opening en vaststelling agenda

2. Gevolgen Corona-crisis

- invoering Protocol Hoorzorg
- maatregelen vanuit het Rijk (TOGS, NOW)
- maatregelen vanuit verzekeraars (continuïteitsbijdragen, tarieven)

Stichting Hoorprofs:

Heel lastige periode; sommige winkels 2 a 3 maanden gesloten. Grote invloed ook bedrijfseconomisch. Zeker ook gebruik gemaakt van ZN regeling en Rijksmaatregelen. Het uitrekenen en berekenen van bijdragen gaat niet helemaal soepel. Soms berekeningen niet goed gedaan; en ondernemers wachten soms ook op concreet geld. Evt buiten uitzending om kijken wat er kan.

5.1.2e consumentenbond: geen bijzonderheden.

NV kwaliteitsaudiciens: 5.1.2e eerst onduidelijkheid en daarna flink gewerkt; open onder strenge voorwaarden en dus omzet en dienstverlening naar beneden. Allerlaagste vergoeding van medische groepen; dus teleurstellend.

Audicienbedrijven 5.1.2e nog volop in de crisis. Toch ook weer goed bezig met Hoorprotocol. Contacten met VWS goed. Bij zorgverzekeraars verliep het niet zo goed. Lastig om audiciens ook op de lijst te krijgen. Wel goed contact met ZN; veel overleg gehad. Bij ZN zien we pogingen om bij elkaar te komen; maar met individuele verzekeraars is het lastig.

Menzis 5.1.2e complexe en lastige situatie : heel veel sectoren in problemen. Ook gekken of er nu voor 1 jaar gecontracteerd kon worden, vanwege de lastige situatie.

VGZ: 5.1.2e

5.1.2e hoorprotocol:

Corona heeft heel veel invloed. Stichting wordt gefinancierd door bijdrage vanuit audiciens, ketens zijn hierin niet echt het probleem, maar de zelfstandige audiciens moeten voor 2019 nog afdragen. Deze bijdragen lopen nu vertraging op; dus stichting heeft nu geen geld.

5.1.2e CvZA: aansluiten bij andere branches; ongerust over 2^e golf. Daarnaast is er lange nasleep – niet alle omzet wordt ingehaald. ZN heeft continuïteitsbijdragen verlengd; maar alleen voor bedrijven die al een eerste aanvraag hebben ingediend. Nu in contact met ZN om te zien of de andere bedrijven dit ook kunnen aanvragen.

5.1.2e ZN: continuïteitsbijdrage is voor aanbieders met omzet van minder dan 10 mln. En boven

5.1.2e audiologische centra. Goed samengewerkt met audiciens.

3. Stand van zaken afspraken 17 januari 2020

Zie bijlage – verslag 17 januari

5.1.2e informatievoorziening: ligt een concept infographic. Deze zomer een overleg om een vervolgstap.

5.1.2e – iets vertraging vanwege corona. 20 aug vervolgafpraak en hopelijk afgerond en delen met alle groepen. Nu in de 5.1.2e ipv 5.1.2e Dan eind augustus in breder

In werkgroep: 5.1.2e Krot namens NVAB, 5.1.2e namens DKA. En vanuit Star niet iemand actief in werkgroep.

5.1.2e Star toch graag contact; want wil wel actief zijn in informatiegroep. Kranenburg: men zit te springen op meer informatie en hoorprotocol wil ook graag een animatie maken. Met diepergravender informatie dan de infographic. Kranenburg zoekt contact met 5.1.2e 5.1.2e De informatie stromen moeten op elkaar aansluiten, maar hoeven niet voor vertraging te zorgen op elkaanders traject.

5.1.2e doel was meer transparantie over rechten en plichten van alle partijen (zowel cliënten als audiciens).

5.1.2e niet aanwezig op 17 jan. Infographic vooral gericht op client. (empoweren client, weten welke spelregels).

5.1.2e daarmee ook achtergrond private markt: dat men weet waar hij aan toe is.

Hoorprotocol versneld implementeren:

5.1.2e niet in versnelling, maar vertraging: want inzet van mensen in de branche was gericht op corona, en dus financieel lastige positie omdat audiciens achterlopen met bijdragen. Planning was ergens in juni leveranciers selectie; dat staat nu voor deze week op de rol. Maar stichting kan geen contract aangaan (rond een ton gaat het om). Planning was 1 jan. 2021. Geld komt van audiciens bedrijven, gefaciliteerd door zorgverzekeraars. Knelpunt is dat er ICT capaciteit nodig is binnen audicienbedrijven, deze is vertraagd door corona.

5.1.2e maar het is nog steeds het doel toch om hoorprotocol zsm in te implementeren? Dus er is

Commitment wordt uitgesproken door partijen. Dit is wel vanuit koepels; dat betekent nog niet dat individuele audiciens ook cijfers doorgeven.

5.1.2e stichting heeft besloten niet via koepel te gaan, maar midden in crisis direct met bedrijven contact opgenomen. Daarnaast ook een foutje in informatie; dus inderdaad vertraging ontstaan.

NVAB: maar als ketens wel betaalt hebben; waarom is er dan geen geld? En dan toch niet: laat het weten; dan moeten we het oplossen met elkaar. Afspraak: ga met elkaar in contact hierover om het op orde te brengen. Ook aanbod van 5.1.2e om via de koepel nogmaals de bedrijven aan te spreken.

5.1.2e begonnen met document over betaling voor features boven de geïndiceerde zorg: concept zal binnenkort met andere partijen afgestemd worden.

4. Gezamenlijke visie hoorzorg

Vervolg 17 januari

Knelpunten huidig systeem en gezamenlijk doel

- presbycusis (ouderdomsslechthorendheid) versus andere hoorzorg
- toegankelijkheid
- aandacht en kwaliteit
- verzekerde zorg versus private markt

5.1.2e overkoepelende thema is waar willen we heen met de hoorzorg: nu is het onduidelijk waar elke partij naar streeft. Het is niet altijd nodig om precies het zelfde idee te hebben; maar het moet wel duidelijk zijn, en dat is het nu niet.

5.1.2e daar zijn we 17 januari mee begonnen. Benoemd dat een aantal zaken gezamenlijk achter staan; in de uitvoering kan dit verschillen. Maar naast de informatievoorziening is het goed idee om dit verder uit te werken.

5.1.2e er zijn al tientallen platforms; maar geen enkele raakt dit punt; dus goed om het hier te doen. Ik mis nog dat hoortoestellen ook gezondheidswinst opleveren en zorgkosten verlaagt. Dus goede hoorzorg draagt bij aan verlagen kosten bij dementie ed. SIRM rapport.

5.1.2e politiek gezien afgelopen jaren best wat rapporten verschenen over betaalbaar houden van zorg in algemeenheid. En hoortoestellen worden vaak als algemeengoed gezien.

5.1.2e op dit moment te maken met wet: aanspraak op goede hoorzorg. Toevoegen: relatief kleine sector kans gezien hebben om dingen complex te maken: hoorprotocol, PREM, 5.1.2e 5.1.2e gaan allemaal over kwaliteit; Hoe kunnen we hier nu meer eenduidigheid in aanbrengen en het vereenvoudigen? Hoe gaan we dan goed definiëren wat goede hoorzorg is en dat implementeren?

5.1.2e zou NVAB bereid zijn om eens op papier te zetten wat jullie visie is hoe dit op elkaar aansluit? Zodat we een discussiestuk hebben om verder over te praten in dit overleg?

5.1.2e dat doe ik graag – om versnippering tegen te gaan. 5.1.2e helpt graag om ook discussiepunten scherp te krijgen.

5.1.2e meenemen in notitie: wat is het nieuwe normaal? Thuiszorg/zorg op afstand zal toenemen; dat was er al, maar Corona stimuleert versnelling hiervan.

5.1.2e wil graag met 5.1.2e en PREM om tafel te gaan om doelen scherp te krijgen en op een rijtje te zetten. Hoe verhouden deze zich tot elkaar, en dit dan naast het document van 5.1.2e zetten.

5.1.2e verschillende kwaliteitskaders hebben waarschijnlijk verschillende doelen; moeten in ieder geval in elkaars verlengde liggen. Ze hebben doel op verschillende fases in proces. Voor zorgverzekeraars is PREM heel belangrijk, voor cliënten waarschijnlijk ook. Audicien bedrijven zeggen nu deelname aan PREM op. Afgesproken wordt om dit mee te nemen in het document van 5.1.2e

Verder wordt dit punt ook opgepakt in de stuurgroep PREM.

Namens Hoormij: uitkomsten van PREM worden ook gebruikt om de Hoorwijzer te vullen. Als je PREM niet meer gebruikt; valt de Hoorwijzer dus ook weg. Dat lijkt niet de bedoeling.

In vervolgoverleg de 2 documenten plannen en daar de discussie over voeren.

5. Gezamenlijke waarborgen van kwaliteit

- samenhang StAr, Hoorprotocol, NOAH, Prem
- gevolgen groeiend aandeel hoorzorg aan huis

6. Afspraken en vervolgacties

7. Rondvraag en sluiting

5.1.2e hoorzorg aan huis: belangrijk om mee te nemen in notitie. Daarnaast in Star discussie over hoe de hoorzorg aan huis verloopt; ook middels pilots inzicht krijgen hoe hier kwaliteit gewaarborgd wordt. Ook belangrijk om in discussie met hoorprotocol dit mee te nemen: toekomst gericht.

5.1.2e Zorginstituut is bezig met evaluatie van Hoorzorg; VWS heeft contact gehad met ZIN over waar we elkaar raken en evt. overlap tussen trajecten. ZIN zal zich meer focussen op zorginhoudelijke kant; en dit overleg meer op procesmatige kant en uitvoering. Aandachtspunt voor alle partijen is dat er geen dubbelingen gaan ontstaan.

NVAB: actiepoint vanuit SIRM rapport: opdracht om meedoen in samenleving; kunnen we verder uitwerken hoe we inclusie voor NLse patient kunnen verbeteren. Kunnen we dat ook op agenda zetten voor volgende keer.

5.1.2e kunnen we presentatie krijgen waar SIRM dan staat op dat moment?

NVAB: ja, kunnen we regelen.

Medio/eind september plant VWS een nieuw overleg.

Regeling hoortoestellen 2013:

Kosten verzekerde
Kosten Achmea

	Natura polis				Restitutie polis			
Verzekerde gaat naar een:	gecontracteerde partij	gecontracteerde partij	niet gecontracteerde partij	niet gecontracteerde partij	gecontracteerde partij	gecontracteerde partij	niet gecontracteerde partij	niet gecontracteerde partij
Verzekerde kiest voor een:	Verzekerde prestatie	Meer of minder dan de verzekerde prestatie	Verzekerde prestatie	Meer of minder dan de verzekerde prestatie	Verzekerde prestatie	Meer of minder dan de verzekerde prestatie	Verzekerde prestatie	Meer of minder dan de verzekerde prestatie
	Hoortoestel uit de categorie waarvoor hij/zij geïndiceerd is.	Hoortoestel uit de categorie waarvoor hij/zij niet geïndiceerd is.	Hoortoestel zonder verplicht doorlopen van keuzeprotocol	Hoortoestel zonder verplicht doorlopen van keuzeprotocol	Hoortoestel uit de categorie waarvoor hij/zij geïndiceerd is.	Hoortoestel uit de categorie waarvoor hij/zij niet geïndiceerd is.	Hoortoestel zonder verplicht doorlopen van keuzeprotocol	Hoortoestel zonder verplicht doorlopen van keuzeprotocol
Verzekerde ontvangt:	Natura verstrekking (100%	Geen vergoeding	70% van (75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief*) tot het max. bedrag van de nota	70% van (75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief) tot het max. bedrag van de nota	Natura verstrekking (100%	100% van (75% van het gemiddelde marktconforme tarief**) tot het max. bedrag van de nota	100% van (75% van het gemiddelde marktconforme tarief) tot het max. bedrag van de nota	100% van (75% van het gemiddelde marktconforme tarief) tot het max. bedrag van de nota
Reparatie, service en onderhoud:	Voor rekening van Achmea (excl. onderhoud)	Voor rekening van verzekerde	Voor rekening van verzekerde	Voor rekening van verzekerde	Voor rekening van Achmea (excl. onderhoud)	Voor rekening van verzekerde	Voor rekening van verzekerde	Voor rekening van verzekerde
Verzekerde betaalt: Bovendoelmatigheidsbijdrage	NVT	Alle kosten zijn voor rekening van de verzekerde	NVT	verschil in prijs tussen het gemiddeld gecontracteerd tarief en het boven adequate toestand	NVT	verschil in prijs tussen het gemiddeld gecontracteerd tarief en het boven adequate toestand	NVT	verschil in prijs tussen het gemiddelde marktconforme tarief en het boven adequate toestand
Verzekerde betaalt: Wettelijke eigen bijdrage	25% van het gecontracteerde tarief	Alle kosten zijn voor rekening van de verzekerde	25% van het gemiddeld gecontracteerd tarief	25% van het gemiddeld gecontracteerd tarief	25% van het gecontracteerde tarief	25% van het gemiddelde marktconforme tarief	25% van het gemiddelde marktconforme tarief	25% van het gemiddelde marktconforme tarief
Verzekerde betaalt: Restitutiebijdrage	NVT	Alle kosten zijn voor rekening van de verzekerde	30% van (75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief	30% van (75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief	NVT	NVT	NVT	NVT
Achmea betaalt:	75% van het gecontracteerde tarief	Geen vergoeding	70% van (75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief) tot het max. bedrag van de	70% van (75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief) tot het max. bedrag van de	75% van het gecontracteerde tarief	75% van het gemiddelde marktconforme tarief	75% van het gemiddelde marktconforme tarief	75% van het gemiddelde marktconforme tarief

*Gemiddelde gecontracteerd tarief: gewogen prijsgemiddelde over de vijf categorieën

** Gemiddeld marktconforme tarief: gewogen prijsgemiddelde over de vijf categorieën

Toestel kost:	€ 800,00	€ 1.500,00	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 1.000,00	€ 1.500,00	€ 1.000,00	€ 1.500,00
Verzekerde ontvangt:	Natura verstrekking	€ -	€ 525,00	€ 525,00	Natura verstrekking	€ 750,00	€ 750,00	€ 750,00
Verzekerde betaalt: Bovendoelmatigheidsbijdrage	NVT	NVT	NVT	€ 500,00	NVT	€ 500,00	NVT	€ 500,00
Verzekerde betaalt: Wettelijke eigen bijdrage	€ 200,00	NVT	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00	€ 250,00
Verzekerde betaalt: Restitutiebijdrage	NVT	NVT	€ 225,00	€ 225,00	NVT	NVT	NVT	NVT
Achmea betaalt:	€ 600,00	€ -	€ 525,00	€ 525,00	€ 750,00	€ 750,00	€ 750,00	€ 750,00
Afhandeling via	EI	NVT	Restitutie	Restitutie	EI	Restitutie	Restitutie	Restitutie

Aanname: gemiddeld gecontracteerd tarief over de 5 categorieën € 1000,-

Agenda Dialoog Hoorzorg

Datum: vrijdag 17 januari 2020
Tijdstip: 14:00-16:00
Locatie: Ministerie van VWS, Parnassusplein 5, Den Haag
 Charybdiszaal, A.20.17

Bijlagen:

1. Nieuwsbrief Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen
2. Petitie kwaliteit continuïteit basispakket hoorzorg
3. Brief Audicienregister (StAr) aan de zorgverzekeraars
4. Brief commissie VWS over hoorzorg
5. Inbreng NVAB

Deelnemers overleg

5.1.2e	GAIN
5.1.2e	Stichting Audicienregister
5.1.2e	Stichting HoorProfs
5.1.2e	Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen
5.1.2e	Consumentenbond
5.1.2e	Kwaliteitsaudiciens
	Collectief van zelfstandige audiciens
5.1.2e	ASR
5.1.2e	Zilveren 5.1.2e
5.1.2e	Nederlandse vereniging voor Audicienbedrijven
5.1.2e	Stichting Hoormij
5.1.2e	Menzis
5.1.2e	VGZ
5.1.2e	Voorzitter, Ministerie van VWS
5.1.2e	Ministerie van VWS

Agenda

1. Welkom

Welkom door 5.1.2e

2. Doel bijeenkomst

Doel bijeenkomst is het komen tot een gezamenlijke visie op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg. Met aandacht voor ieders wensen en belangen, met als uitgangspunt goede, betaalbare, kwaliteit van zorg voor de patiënt.

3. Ervaren knelpunten

Een aantal partijen geven aan knelpunten te ervaren bij de verstrekking van hoortoestellen:

- Beschikbaar maken van innovatieve modellen in het basispakket
- Grote private markt
- Omgang met eigen bijdragen
- Inkoopbeleid zorgverzekeraars
- Druk op kwaliteit

Welke aanvullende knelpunten ervaren de verschillende partijen en worden de knelpunten gedeeld?

4. Discussie gezamenlijke visie

Het belangrijkste onderdeel van de bijeenkomst is het komen tot een (begin van een) gezamenlijke visie op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg, die recht doet aan de uitgangspunten van de zorgverzekeringswet.

Om dit proces goed vorm te geven, vragen wij u hierop voor te bereiden:

- Hoe ziet u de toekomst mbt betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg?
- Wat kunt u doen om de knelpunten op te lossen?

VWS zal zich opstellen als procesbegeleider.

5. Uitkomsten en Afronden

Welke afspraken maken we?

6. Wvttk

Voorbereiding Dialoog Hoorzorg

Datum: Vrijdag 17 januari
 Tijdstip: 14:00-16:00
 Locatie: Charybdis, A.20.17

- Bijlagen:**
1. Nieuwsbrief Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen
 2. Petitie Kwaliteitsaudiciens en Hoormij
 3. Brief Audicienregister (StAr) aan de zorgverzekeraars
 4. Brief Consumentenbond aan commissie VWS over hoorzorg
 5. Inbreng NVAB
 6. Inbreng Stichting Hoorprofs

Deelnemers overleg

Fabrikanten

C. Van Opstal Branchevereniging GAIN

Audiciens

H. Verleun Stichting HoorProfs (*zelfstandige audicienbedrijven*)
 5.1.2e De Kwaliteitsaudiciens (*Schoonenberg, Beterhoren, Van Bortel*)
 5.1.2e Collectief van Zelfstandige Audiciens (*zelfstandige audiciens/audiologen*)
 5.1.2e Nederlandse Vereniging voor Audicienbedrijven (*Specsavers*, 5.1.2e)
 5.1.2e Audined (beroepsorganisatie van Audiciens)

Patiënten/cliënten

5.1.2e Consumentenbond
 5.1.2e Stichting Hoormij

Zorgverzekeraars

5.1.2e ASR
 5.1.2e Zilveren Kruis
 5.1.2e Menzis
 5.1.2e VGZ
 5.1.2e ZN

Overig

5.1.2e Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen
 5.1.2e Stichting Audicienregister (*Soort keurmerk*)

VWS

5.1.2e Voorzitter, Ministerie van VWS
 5.1.2e Ministerie van VWS

Agenda

1. Welkom

Welkom door 5.1.2e

Je kunt iedereen welkom heten. Aanleiding voor deze bijeenkomst is verschillende signalen uit het veld dat de kwaliteit van hoorzorg onder druk staat en dat er te weinig gezamenlijke visie is op hoe Hoorzorg in Nederland eruit moet zien.

2. Doel bijeenkomst

Je kunt aangeven dat wij deze bijeenkomst faciliteren om te zorgen dat partijen met elkaar in gesprek gaan over de huidige knelpunten die zij ervaren en om een gezamenlijke toekomst voor de Hoorzorg te formuleren.

Het doel bijeenkomst is het komen tot een gezamenlijke visie op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg. Met aandacht voor ieders wensen en belangen, met als uitgangspunt goede, betaalbare, kwaliteit van zorg voor de patiënt.

In deze eerste bijeenkomst willen we de knelpunten benoemen en de discussie beginnen hoe men de Hoorzorg voor zich ziet.

3. Ervaren knelpunten

De onderstaande knelpunten zijn samengevat uit de inbreng (schriftelijk/eerdere gesprekken) van betrokken partijen.

Deze knelpunten worden op een powerpoint aangegeven. Hierin staan zowel een geheel overzicht, als een slide per knelpunt.

Je kunt vragen of alle partijen deze knelpunten herkennen/erkennen en of er nog aanvullende knelpunten zijn.

Knelpunten

- Vergoeding van hoortoestellen
 - o Prijsdruk
 - o Omzetplafonds
 - o Vaste vergoeding voor alle hoortoestellen, ongeacht de categorie
 - o Vooraf afspraken over verhoudingen qua zorgvraag (hoeveel toestellen uit welke categorie)
- Innovatie
 - o Nieuwe geavanceerde modellen worden niet beschikbaar gesteld in basispakket (door te lage vergoeding)
- Grote private markt
 - o Ongewenst groot % in private markt (15%)
 - o Ongewenste sturing van patiënten richting privaat
 - o Voor audicien gezonde bedrijfsvoering
 - o Voor patiënt gewenste hoortoestellen
- Transparantie
 - o Geen transparante informatieverstrekking over kwaliteit van toestellen en daardoor ook ongewenste sturing richting private markt
 - o Onduidelijkheid over hoogte 25% eigen bijdrage vanwege prijsafspraken per toestel tussen zorgverzekeraar en leverancier.
- Preventie
 - o Mensen wachten te lang met hoorzorg

4. Discussie gezamenlijke visie

Het belangrijkste onderdeel van de bijeenkomst is het komen tot een (begin van een) gezamenlijke visie op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg, die recht doet aan de uitgangspunten van de zorgverzekeringswet.

Om dit proces goed vorm te geven, zijn partijen gevraagd voor zichzelf onderstaande vragen te beantwoorden:

- Hoe ziet u de toekomst mbt betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg?
- Wat kunt u doen om de knelpunten op te lossen?

Je kunt de discussie starten door een rondje te maken langs de partijen om bovenstaande twee vragen te beantwoorden.

Genoemde oplossingen

Onderstaande oplossingen zijn genoemd in schriftelijke inbreng/eerdere gesprekken:

- Vergoeding
 - o Afschaffen eigen bijdrage
 - o Geen eigen risico hoortoestellen
 - o Hogere vergoeding door zorgverzekeraars
 - o Meer aandacht macro-economisch perspectief bij zorgverzekeraars
 - o Onderzoek naar effecten inkoopbeleid en ervaringen consument
- Innovatie
 - o Verruimen keuzevrijheid patiënt door mogelijkheid zelf bij te betalen voor een luxer toestel. Vereist aanpassen zorgverzekeringswet
- Samenwerking
 - o Transparante 'standaard' informatieprocedure voor patiënten over hoortoestellen en categorieën
- Erkenning van de specialisatie audicien: minder doorverwijzen naar KNO art of audiologisch centrum
 - o Betere samenwerking in de zorgketen: Ondanks strikte eisen aan apparatuur en werkwijze, erkennen de verschillende schakels (audiciens, KNO-artsen, audiologische centra) de resultaten van elkaars metingen niet. Dit betekent dat een slechthorende vaak meerdere keren dezelfde testen moeten ondergaan en dezelfde vragenlijsten moet invullen.
- Preventie
 - o Vergoeden van gehoorbescherming
 - o Meer aandacht voor tijdige hoorzorg in VWS beleid preventie
 - o Landelijke screening vanaf 50 jaar

5. Uitkomsten en Afronden

Je kunt inventariseren of er behoefte is aan een vervolgbijeenkomst en zo ja, hoe een dergelijke bijeenkomst eruit moet zien.

6. Wvttk

Achtergrond

- Per 1 januari 2019 is het Hoorprotocol 2.0 ingevoerd. – Zorgverzekeraars, audiciens, wetenschappers, en de patiëntenvereniging NVVS hebben dit gezamenlijk ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te verhogen. In dit protocol zijn afspraken gemaakt over het voorschrijven van hoortoestellen. Men werkt nu aan de implementatie hiervan. De eerste nieuwsbrief van de Stichting Hoorprotocol is bijgevoegd.
- Enkele verbeteringen van dit nieuwe protocol is dat de audicien niet alleen onderzoekt of je een hoortoestel nodig hebt, maar meteen bekijkt of je met andere hoorhulpmiddelen (erbij) beter geholpen kunt worden. Ook de criteria om voor een aanvullend hoorhulpmiddel in aanmerking te komen, zijn vereenvoudigd en uniform geworden. Bovendien is bij de intake meer aandacht voor de specifieke behoeften en wensen van de klant (functioneringsgericht voorschrijven).
- Op 16 oktober 2019 hebben de branchevereniging Kwaliteitsaudiciens (oa Schoonenberg en Beter Horen) en de patiëntenvereniging Hoormij, een petitie aan VWS aangeboden. Hierin stellen zij dat zorgverzekeraars op zo'n dergelijke mate prijsdruk voeren, dat audiciens niet langer aan de kwaliteitseisen van het hoorprotocol 2.0 kunnen voldoen. Daarnaast heeft op 17 september 2019 de Stichting Audicienregister (StAr), waarbij vrijwel alle audiciens zijn aangesloten, een brief met eenzelfde boodschap aan alle zorgverzekeraars gezonden.
- Of de prijsdruk daadwerkelijk dermate is dat de kwaliteit omlaag gaat is niet vastgesteld. VWS heeft met enkele zorgverzekeraars gesproken die erop wijzen dat leveranciers hen niet hebben kunnen overtuigen dat er geen efficiëntieslag mogelijk is.

Feiten en cijfers

- Aanspraak - hoortoestellen en maskeerders tegen oorsuizen (tinnitus) vallen onder de basisverzekering bij een gehoorverlies van ten minste 35dB of ernstig oorsuizen. Daarbij geldt het eigen risico. Daarnaast geldt voor 18 en ouder een eigen bijdrage van 25% van de aanschafkosten per hoortoestel. Voor kinderen tot 18 jaar geldt geen eigen bijdrage. Batterijen of accu's betalen of onderhoudsbeurten betalen verzekerden zelf.
- Via de AV kan de verplichte eigen bijdrage deels vergoed worden. De maximumvergoeding verschilt per AV en varieert van € 100 tot € 1000 euro per hoortoestel. Het aantal AV verzekerden bedraagt ongeveer 83,6 % in 2018.
- Sommige zorgverzekeraars staan bijbetalen voor een duurder dan nodig hoortoestel toe (vergoed wordt dan het bedrag van de geïndiceerde categorie). De meeste zorgverzekeraars vergoeden in dat geval niets. Dit is beleidsvrijheid van zorgverzekeraar en wettelijk toegestaan.
- Private markt - Sinds 2015 is het aandeel voor eigen rekening aanschafte hoortoestellen verdubbeld naar 15%.
- De maatschappelijke kosten van leeftijdsgelateerde slechthorendheid wordt geschat op circa €3,6 miljard per jaar. Door vergrijzing zal dit bij gebrek aan extra behandeling groeien tot €4,7 miljard per jaar in 2030. Een rapport in opdracht van Specsavers laat zien dat deze kosten door meer reguliere hoorzorg met €2,2 miljard terug te brengen zijn.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

Z-3120394

Bijlage(n)

1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 20 juni 2012
Betreft Beantwoording vragen wetgevingsoverleg 18 juni jl.

Geachte voorzitter,

Afgelopen maandag hebben wij een wetgevingsoverleg gevoerd over de Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord en over de brief over de Voorhangprocedure o.g.v. art. 124 Zorgverzekeringswet. Tijdens dat wetgevingsoverleg heeft u verschillende vragen gesteld en heeft de SP-fractie bij haar inbreng de bij haar binnengekomen mails van mensen in het land ingebracht. Als bijlage bij deze brief vindt u mijn reactie op de mails van de SP-fractie schriftelijk, opdat deze reactie ook op eenvoudige wijze onder de aandacht van deze afzenders kan worden gebracht. Tevens beantwoord ik de door de fracties gestelde vragen. Tot slot ga ik in op het door het lid Leijten ingediende amendement.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Bijlage. Reactie op inbreng WGO

Kenmerk
Z-3120394

Misverstanden

Uit de mails die de SP-fractie heeft ingebracht, is mij gebleken dat er een aantal misverstanden bestaat over de maatregelen die met deze wetswijziging genomen worden. Om te voorkomen dat mensen zich onnodig zorgen maken, wil ik starten met een aantal misverstanden die ik hoor in de reacties van de SP.

Het eigen risico is zo hoog dat de voordelen van een aanvullende verzekering minimaal zijn geworden.

Het eigen risico waar in dit kader over wordt gesproken, heeft alleen betrekking op zorg die in de basisverzekering zit. De verhoging van het eigen risico maakt het afsluiten van een aanvullende verzekering (waarmee men zich voor zorgkosten kan verzekeren die niet in de basisverzekering zitten) dan ook niet minder aantrekkelijk.

Het verhogen van het eigen risico is een vorm van premieverhoging.

Dit is niet het geval. Zoals ook in de Nota naar aanleiding van het Verslag (TK 2011-2012, 33 288, nr.6) is gemeld, dalen als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor de zorgverzekeraars uit dien hoofde met gemiddeld € 61. De verwachting is dat zorgverzekeraars dit voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt.

De tandarts valt onder het eigen risico.

Bij verzekerden van 18 jaar en ouder zit de vergoeding van de kosten van de tandarts niet in het pakket van de basisverzekering. Aangezien het eigen risico slechts betrekking heeft op de basisverzekering, hoeft voor het bezoek aan de tandarts geen eigen risico te worden betaald. Bij verzekerden onder de 18 jaar zit het tandartsbezoek wel in het basispakket, maar zij betalen geen premie en geen eigen risico.

Ten tijde van de Ziekenfondswet en particuliere verzekeringen was iedereen verzekerd.

Dit is niet het geval. Personen tot een bepaald inkomen waren verplicht verzekerd op basis van de Ziekenfondswet. Personen die meer dan deze inkomensgrens verdienden, hadden echter de keuze om al dan niet een particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten. Zij waren niet automatisch verzekerd en het afsluiten van een particuliere verzekering was voor hen ook niet verplicht. Onder de Zorgverzekeringswet is iedereen onder dezelfde voorwaarden verplicht verzekerd.

Stoma-middelen worden niet vergoed.

Iedere zorgverzekeraar is verplicht om de hulpmiddelen die onder de basisverzekering vallen te leveren. Hij is echter niet verplicht om de hulpmiddelen van alle leveranciers te vergoeden, hier mag hij selectief in zijn, onder meer op grond van doelmatigheidsoverwegingen. Door goed in te kopen, kan hij de premie laag houden. Daardoor kan het voorkomen dat een bepaald merk van een hulpmiddel niet wordt vergoed. Dat neemt echter niet weg dat iedere verzekerde ten laste van zijn basisverzekering stoma-middelen kan krijgen.

Ik moet de allerduurste zorgverzekering afsluiten, anders wordt mijn arts niet vergoed.

De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om in zijn polis te bepalen dat bepaalde zorg alleen (volledig) wordt vergoed indien deze door bepaalde zorgaanbieders wordt geleverd. In dat geval kan de patiënt deze zorg echter wel bij een andere arts ontvangen. De zorgverzekeraar is namelijk verplicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden de zorg kunnen ontvangen die in de basisverzekering zit. Indien men zich wil verzekeren voor zorgvormen die niet onder de basisverzekering vallen, bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen, dient men hiervoor een aanvullende verzekering af te sluiten.

Kenmerk
Z-3120394

De kosten voor een bezoek aan de huisarts vallen onder het eigen risico.

Dit is niet het geval. Het bezoek aan de huisarts is uitgesloten van het eigen risico. Verzekerden hoeven op grond van deze maatregel dan ook niet af te zien van een bezoek aan de huisarts.

Door de SP-fractie ingebrachte reacties

Uit de reacties die de SP-fractie heeft ingebracht zie ik een zevental thema's naar voren komen. Op die thema's zal ik ingaan.

Met verhoging van het eigen risico worden mensen die ziek zijn gestraft, terwijl mensen er niet voor kiezen om ziek te zijn.

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van 5.1.2e
5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e anoniem, 5.1.2e en anoniem.

Ik wil benadrukken dat het verplicht eigen risico geen straf is voor mensen die ziek zijn. Hiervoor is het eigen risico niet bedoeld en dat zou ook niet eerlijk zijn, omdat ziek-zijn bijna nooit een vrije keuze is van mensen. Door het verplicht eigen risico betalen alle verzekerden een deel van hun zorgkosten zelf. Juist omdat (verhoging van) het verplicht eigen risico betrekking heeft op alle verzekerden van 18 jaar en ouder, is het ook een relatief solidaire maatregel. Althans, meer solidair dan een pakketmaatregel die met name een specifieke patiëntengroep zou treffen. Ook gezonde verzekerden met eenmalige zorgkosten, bijvoorbeeld vanwege een gebroken been, krijgen te maken met het eigen risico. Dat is eveneens een element van solidariteit.

Met (verhoging van) het eigen risico wordt ook het kostenbewustzijn van de verzekerde vergroot en worden de collectieve lasten verlaagd. Zieken met een laag inkomen en zieken die voorspelbaar het verplicht eigen risico volmaken worden ontzien via de zorgtoeslag en de CER. Zo worden de zwaarste lasten gedragen door de sterkste schouders.

Voorts wil ik erop wijzen dat om de solidariteit in het zorgsysteem op langere termijn te behouden, het nodig is dat er onder gezonde verzekerden voldoende draagvlak voor de verzekering moet blijven bestaan. Eveneens met het oog daarop is goed verdedigbaar dat verzekerden die zorg gebruiken en daarmee profijt hebben van de verzekering, ook een deel van de kosten zelf dragen. Dat draagt bij aan het draagvlak voor de solidariteit bij gezonde verzekerden, die weinig of geen zorg gebruiken en eigenlijk vooral premie betalen.

Door het algehele kabinetsbeleid wordt het steeds moeilijker om rond te komen. Het feit dat veel mensen het eigen risico al in de eerste maanden van het jaar volmaken, versterkt dat gevoel.

Dit thema is het belangrijkste element in de mails

5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e een oudere, 5.1.2e meneer of 5.1.2e 5.1.2e anoniem, anoniem, 5.1.2e en 5.1.2e

Kenmerk
Z-3120394

Het pakket aan maatregelen dat in het Begrotingsakkoord 2013 is opgenomen, omvat behalve maatregelen op het terrein van de zorg, ook veel ingrepen op andere gebieden. Dit is nodig omdat de problemen met de overheidsfinanciën groot zijn en per 2013 reeds fors moet worden ingegrepen. Dit om de overheidsfinanciën op orde te krijgen en om te voorkomen dat we schulden naar onze kinderen en kleinkinderen doorschuiven. Als het kabinet en de vijf partijen die het Begrotingsakkoord 2013 steunen, dat niet gedaan zouden hebben zouden de komende generaties veel rente moeten betalen over de oplopende staatsschuld. Er zou dan geen ruimte in toekomstige begrotingen resteren om de dan spelende problemen aan te kunnen pakken, zonder nog forsere ingrepen te plegen. Het kabinet en de vijf bedoelde partijen hebben er voor gekozen die verantwoordelijkheid niet naar de toekomst door te schuiven.

Met zo'n omvangrijk pakket aan maatregelen - ook buiten de zorg - valt er niet aan te ontkomen dat iedere burger dat in zijn portemonnee merkt. Er is daarbij gekozen voor een zo evenwichtig mogelijk koopkrachtbeeld voor de diverse inkomensgroepen.

Ik besef dat iedereen de financiële gevolgen in 2013 zal voelen en dat 2013 geen gemakkelijk jaar wordt. Uiteindelijk wordt met het gekozen pakket aan maatregelen voor 2013 voorkomen dat de overheidsfinanciën echt uit de hand lopen. Zonder dit pakket was - met verkiezingen in aantocht - het risico te groot dat 2013 een verloren jaar zou zijn voor de gezondmaking van de overheidsfinanciën. Dat risico moeten we niet (willen) lopen.

Het is inderdaad zo dat bepaalde groepen verzekerden al in de eerste maanden van het jaar hun volledige eigen risico volmaken. Deze situatie komt ook nu voor. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is.

Ik ben me ervan bewust dat het voor een verzekerde vervelend is dat hij of zij een betalingsregeling moet treffen, als hij of zij niet kan voldoen aan zijn betalingsverplichtingen. Dit zal met name het geval zijn voor verzekerden met een laag inkomen die vroeg in het jaar het verplicht eigen risico vol maken.

De groep die het verplicht eigen risico al in de eerste maanden van het jaar vol maakt en een laag inkomen heeft, wordt in de loop van het jaar via de zorgtoeslag gecompenseerd voor het verplicht eigen risico. Zij kunnen het verplicht eigen risico daardoor betalen en de toegankelijkheid komt voor hen niet in gevaar. Verzekerden met een hoger inkomen moeten zelf de kosten voor het verplicht eigen risico dragen. Zo dragen de sterkste schouders ook de zwaarste lasten.

Waarom geen inkomensafhankelijke premies en inkomensafhankelijk eigen risico?

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Ing. O Wieber,

Kenmerk
Z-3120394

5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e, 5.1.2e anoniem, 5.1.2e
5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e

De premies zijn al voor 50 % inkomensafhankelijk. Gemiddeld de helft van de premie wordt opgebracht met de inkomensafhankelijke bijdrage via de inkomstenbelasting. De andere helft is de nominale premie die verzekerden betalen. Rekening houdend met de zorgtoeslag is de inkomensafhankelijkheid voor lagere inkomens veel groter dan 50%.

Het volledig inkomensafhankelijk maken van de premies is niet wenselijk omdat er dan geen reden meer zou zijn op zoek te gaan naar een goedkopere zorgverzekeraar. Dit zou niet helpen voor de door ons allen nagestreefde vergroting van de doelmatigheid in de zorg.

Er is ook een vraag gesteld waarom het eigen risico niet inkomensafhankelijk wordt gemaakt, via de fiscus. Ook in 2012 geldt al dat het eigen risico inkomensafhankelijk is, doordat het gemiddeld eigen risico wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Of en hoeveel wordt gecompenseerd is afhankelijk van de hoogte van het inkomen van de verzekerde. De zorgtoeslag wordt uitgevoerd door de fiscus. Vanaf 2013 geldt dat de voorliggende verhoging van het eigen risico met €115,- voor de laagste inkomens volledig wordt gecompenseerd.

Zorgmijders

Dit thema is het belangrijkste element in de mails

5.1.2e 5.1.2e anoniem, 5.1.2e 5.1.2e
5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e
5.1.2e en anoniem.

Ik vind dat zorg uit het basispakket toegankelijk moet zijn ook voor de laagste inkomens. Daarom zullen inkomens op en onder het minimum inkomen met ingang van 2013 volledige compensatie ontvangen voor deze verhoging van het eigen risico via de zorgtoeslag en daarboven wordt de compensatie afgebouwd. Zo gaan de laagste inkomens er qua koopkracht door deze maatregel niet op achteruit. Ze hoeven dan ook niet bang te zijn dat ze door de verhoging van het eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag moeten afzien van zorg. Daarom verwacht ik geen substantiële stijging van de zorgmijders. Overigens volgt uit het Ecorys rapport inzake de evaluatie van het verplicht eigen risico uit voorjaar 2011 (Kamerstukken 2010-2011, 29689, nr. 325) dat het verplicht eigen risico niet of nauwelijks heeft geleid tot toename van zorgmijding.

Salarissen in de zorg

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van

5.1.2e 5.1.2e Milker,
meneer of 5.1.2e anoniem, 5.1.2e Bonin
en 5.1.2e

Door verschillende mensen is gewezen op de hoogte van de salarissen van artsen

en verzekeraars. Als eerste ga ik in op de salarissen van medisch specialisten. In het akkoord dat ik heb gesloten met de medisch specialisten is gemiddeld 19% minder salaris van medisch specialisten afgesproken.

Kenmerk
Z-3120394

Tevens is in het begrotingsakkoord afgesproken dat onderzoek wordt gedaan naar de of de medisch specialisten (in loondienst en vrijgevestigd) in Nederland meer verdienen dan in andere Europese landen. In dit onderzoek worden ook beleidsopties geïnventariseerd voor de wijze waarop -indien medisch specialisten mee verdienen- die inkomens dan meer in lijn kunnen worden gebracht met die van hun collega's in andere landen. Ook de optie van degressieve tarieven (dat wil zeggen steeds lagere tarieven naarmate een medisch specialist meer doet) zal in het onderzoek worden betrokken.

Ten tweede de inkomens bij zorgverzekeraars. De inkomens van de bestuurders van zorgverzekeraars vallen onder de reikwijdte van de Wet normering topinkomens. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer zijn de inkomens bij de zorgverzekeraars onder de sectorale bezoldigingsnorm gebracht. Dat betekent dat de minister voor een sector jaarlijks een maximumbedrag aan bezoldiging vaststelt. Dit geldt dan voor nieuw af te sluiten arbeidscontracten. De Eerste Kamer heeft de Raad van State om voorlichting hierover gevraagd. De Eerste Kamer heeft vragen gesteld in het voorlopig verslag over het wetsvoorstel. Deze vragen zullen worden beantwoord door de minister van BZK.

Ziekenhuizen en apothekers streven naar omzetmaximalisatie; er zitten op dat punt verkeerde prikkels in het systeem.

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van 5.1.2e anoniem, 5.1.2e 5.1.2e en anoniem.

Het valt niet te ontkennen dat er prikkels bestaan voor beroepsbeoefenaren, zoals bijvoorbeeld apothekers, en ziekenhuizen om hun omzet te vergroten.

Beroepsbeoefenaren hebben er direct belang bij; meer omzet leidt bijna altijd tot een hoger inkomen. Bij ziekenhuizen kan meer omzet leiden tot een sterkere positie ten opzichte van andere ziekenhuizen in de regio. Dat hoeft niet verkeerd te zijn. Ten tijde van de budgetfinanciering kenden we in Nederland lange wachtlijsten. Mensen die het konden betalen, lieten zich behandelen in het buitenland. Lange wenssen zijn ongewenst omdat de ziekte kan verergeren als men niet op tijd wordt geholpen.

Om te voorkomen dat beroepsbeoefenaren en ziekenhuizen hun omzet zo maar kunnen vergroten, is het van essentieel belang dat er een goede tegenkracht is in de vorm van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben er alle belang bij om tegenwicht te bieden aan de zorgaanbieders. In de afspraken die zij met zorgaanbieders maken over de zorgproductie voor een bepaald jaar, moeten zij rekening houden met een eventueel streven van hun onderhandelingspartners om de omzet te vergroten, zonder dat het noodzakelijke en nuttige zorg betreft. Met de afbouw per 2012 van de ex post compensatie in de risicoverevening zijn de prikkels voor de zorgverzekeraars fors versterkt om gericht zorg in te kopen en stevig te onderhandelen met zorgaanbieders. De Zvw bevat dus meer instrumenten waarmee zorgverzekeraars worden gestimuleerd om tegenwicht te bieden tegen niet-nuttige omzetvergroting door zorgaanbieders. Deze instrumenten zijn ook nodig om de zorgverzekeraars aan te zetten tot gericht inkoop van zorg en alert te blijven op ontwikkelingen bij zorgaanbieders. Dit alles draagt er aan bij dat de noodzakelijke zorg in de Zvw betaalbaar en toegankelijk blijft.

Ook heb ik in het Hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuissector voor de komende jaren en in het bestuurlijk akkoord met de GGZ een beheerste kostenontwikkeling afgesproken. In het Hoofdlijnenakkoord zijn voor het eerst afgesproken gemaakt met de zorgverzekeraars. Daarmee wordt omzetmaximalisatie bij de ziekenhuizen en in de GGZ voorkomen.

Kenmerk
Z-3120394

Ten slotte wil ik er op wijzen dat indien in de ziekenhuissector De medisch specialisten maximale productie draaien, dit wordt "teruggehaald" met het macrobeheersingssinstrument (MBI). Met de inzet van dat ultimatum remedium kan de overheid de macro-kosten in een bepaalde sector van de zorg in een jaar tot een bepaald niveau beperken. Ook daarmee kan omzetmaximalisatie in de betreffende sector worden tegengegaan.

De zorg kan veel doelmatiger en er kan veel verspilling worden tegengegaan.

Dit thema is het belangrijkste element in de mails van Anoniem,

5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e 5.1.2e en 5.1.2e

Het klopt dat er in de zorg veel doelmatigheidswinst is te bereiken en dat verspilling aanzienlijk kan worden teruggedrongen. Ik heb actief beleid ingezet gericht op het vergroting van de doelmatigheid in de zorg en het terugdringen van verspilling. Ik noem in dit verband een aantal initiatieven:

- het Hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuizen, het akkoord met de medisch specialisten en het curatieve GGZ-akkoord. In deze akkoorden zijn afgesproken gemaakt over doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen (goedkoop waar dat kan, duur waar dat moet), voor zorg in de buurt, preventie en zelfzorg. Ook hebben de patiënten organisatie NPCF, de artsenorganisatie KNMG, de verzekeraars en de NZa, ZonMw en DBC-onderhoud afspraken gemaakt over zorg die zinnig en zuinig is.
- het Kwaliteitsinstituut dat de ontwikkeling van professionele standaarden gaat stimuleren en daarbij waarborgt dat in de professionele standaarden voldoende aandacht wordt geschonken aan doelmatigheid van zorg;
- Naar aanleiding van het onderzoek van Buurtzorg zijn we in gesprek over een andere organisatie van de distributie van verbandmiddelen, kijken we naar hergebruik van ongebruikte geneesmiddelen de de geneesmiddelen-verstrekking bij ouderen.
- ik heb opdracht gegeven een onderzoek te doen naar de activiteiten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het gebied van doelmatigheid. Deze inventarisatie zal de basis vormen voor het verder bevorderen van initiatieven op dit terrein.

Dit laat echter onverlet dat, ondanks alle initiatieven om de doelmatigheid te vergroten en verspilling tegen te gaan, een verhoging van het verplicht eigen risico per 2013 noodzakelijk is met het oog op de betaalbaarheid van de kosten van de zorg. Het gaat niet om een keuze tussen maatregelen, alle maatregelen moeten worden ingezet om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van ons zorgsysteem op langere termijn te kunnen handhaven. Ik verwijs ook naar de publicatie "Hoeveel extra is de zorg ons waard".

Vragen fracties

De vragen van de verschillende fracties zal ik beantwoorden in de volgorde waarin zij gesteld zijn.

SP

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 1 en 2

De SP-fractie vraagt waarom de behandeling van het wetsvoorstel om het verplicht eigen risico te verhogen nu moet worden behandeld en niet kan wachten tot na de verkiezingen van 12 september.

Met het oog op het tijdig verschaffen van duidelijkheid aan de verzekerden, zorgverzekeraars en andere betrokken instanties is het van groot belang dat voor de zomerperiode zoveel mogelijk zekerheid bestaat over de te nemen maatregelen. Zo kunnen zorgverzekeraars rekening houden met alle wijzigingen bij het opstellen van hun polisvoorwaarden. Ook bij het opstellen van de risicoverevening kan rekening worden gehouden met een verplicht eigen risico van € 350 voor 2013. Vorig jaar volgde de verhoging van het verplicht eigen risico uit afspraken van het regeerakkoord. Dat werd toen door betrokkenen, waaronder de zorgverzekeraars, gezien als voldoende duidelijkheid, waardoor behandeling in september op tijd was. Zorgverzekeraars konden hierdoor tijdig hun polisvoorwaarden opstellen en hun premies berekenen.

Vraag 3

De SP-fractie vraagt of het kabinet alternatieven heeft overwogen voor de maatregelen?

Het begrotingsakkoord is tot stand gekomen na zorgvuldig overleg met de vijf betrokken politieke partijen. Door eerder genomen maatregelen is de speelruimte voor nieuwe maatregelen beperkt. Zo is in het Regeerakkoord een maatregel opgenomen dat vanaf 2015 € 1,3 miljard wordt omgebogen via het uit het verzekerd pakket halen van de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast. Dat beperkt de mogelijkheden tot het nemen van aanvullende pakketmaatregelen met een substantiële opbrengst.

Daarnaast wordt door het kabinet stevig ingezet op afspraken met het veld over beheersing van de zorguitgaven. Eerder zijn met ziekenhuizen, ZBC's en medisch specialisten akkoorden gesloten en deze week is een akkoord met de GGZ getekend.

Bovenstaande betekent dat voor meer dan 2/3 van de Zvw-uitgaven reeds beheersingsmaatregelen in gang zijn gezet, dan wel dat er reeds besparingen zijn ingeboekt die nog verder zullen worden ingevuld.

Internationaal gezien kent Nederland relatief weinig eigen bijdragen. Tegen deze achtergrond zijn aanvullende maatregelen gezocht in het verder vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Dus is gekeken naar mogelijkheden voor het introduceren of verhogen van eigen bijdragen en het verder verhogen van het eigen risico. Dergelijke maatregelen kunnen tevens een bijdrage leveren aan het afremmen van onnodig zorggebruik.

Alternatieven voor een verhoging van het eigen risico zijn geïnventariseerd. Te noemen vallen de introductie van een eigen bijdrage per zorgproduct (€ 25 per DBC met een opbrengst van circa € 340 miljoen) en verschillende varianten met betrekking tot de invoering van een eigen bijdrage per geneesmiddelvoorschrift (€ 3, € 4 of € 5 met een maximum van € 100) met een opbrengst die oploopt van € 165 miljoen tot € 340 miljoen.

Voor deze alternatieven is echter niet gekozen. De partijen die betrokken waren bij het begrotingsakkoord gaven de voorkeur aan een verhoging van het eigen risico. Belangrijke overweging daarbij was dat in combinatie met een verhoging

van de Zorgtoeslag lagere inkomensgroepen gericht kunnen worden ontzien.

Vraag 4

De SP-fractie vraagt naar de zorg als motor van de economie in plaats van als kostenpost.

Kenmerk
Z-3120394

De baten van zorg zijn erg belangrijk. We worden met zijn allen immers gezonder en leven langer. Dat betekent ook dat meer mensen in staat zijn te werken. Wanneer we ons systeem daarop aanpassen, door bijvoorbeeld de pensioenleeftijd verder te verhogen, gebeurt dat ook.

Dat de zorg veel baten heeft, betekent echter niet dat de zorg niet betaald moet worden. We zien dat de zorg een steeds groter deel van ons nationaal inkomen opslokt en consequent harder groeit dan onze economie. Door alleen te constateren dat de zorg ook baten kent, komen we er niet. De zorgkosten blijven immers stijgen en vormen, doordat we de zorguitgaven financieren uit belastingen en verplichte premies, een aanslag op onze economie en onze huishoudportemonnee. Door de steeds maar stijgende zorgpremies houden mensen steeds minder over voor andere zaken (vakantie, huis, auto, voeding). We zullen dus keuzes moeten maken.

Vraag 5

De SP-fractie vraagt waarom het verplicht eigen risico naar € 350 wordt verhoogd. Waar is dat bedrag op gebaseerd?

Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag reeds is opgenomen, heeft de regering er bij het opstellen van het Begrotingsakkoord 2013 voor gekozen om voor € 800 miljoen. te bezuinigen via het verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag. Rekening houdend met de budgettaire effecten van de beoogde compensatie via de zorgtoeslag levert een verhoging van het verplicht eigen risico van € 115 een bezuiniging op van € 800 miljoen.

Vraag 6

De SP-fractie vraagt waarom € 7,50 gekozen is als eigen bijdrage ligdag.

De verpleegkosten bij opname in het ziekenhuis worden op dit moment volledig betaald uit de premie voor de zorgverzekering. Dat geldt ook voor de verblijfskosten. Deze kosten, die niet zorggerelateerd zijn, vervangen voor een deel de kosten die thuis ook gemaakt zouden worden. De hotelmatige verblijfskosten in het ziekenhuisverblijf bedragen circa € 50 per dag, exclusief gebouwgebonden kosten, waarvan circa € 16 samenhangen met voeding. Het is dus niet onredelijk om een bedrag van € 7,50 per dag te vragen dat mensen besparen op kosten voor onder meer eten en drinken.

Vraag 7

De SP-fractie vraagt waarom de minister niets doet aan salarissen van specialisten?

Met het akkoord dat eind 2010 is gesloten met medisch specialisten is fors ingegrepen in de salarissen van medisch specialisten (een gemiddelde korting van 19%). Met ingang van 2011 is een totale korting opgelegd van 606 miljoen euro. Dit komt neer op een gemiddelde korting van circa 25%. Voor de periode 2012 tot en met 2014 heb ik, om de uitgaven structureel naar een aanvaardbaar niveau bij

te buigen, een beheersmodel ingevoerd waarbij voor elke instelling een honorariumplafond van toepassing is. Hierbij is rekening gehouden met een beheerste jaarlijkse groei van 2,5% (exclusief loon- en prijsbijstelling). In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om een onderzoek uit te voeren naar de relatieve inkomenspositie van medisch specialisten. Daarbij vindt een inventarisatie plaats van beleidsopties om de inkomens van specialisten in Nederland – voor zover dat niet het geval is – in lijn te brengen met dat van hun collega's in andere landen.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 8

De SP-fractie vraagt waarom de eigen bijdrage GGZ niet in zijn geheel wordt teruggedraaid of afgeschaft.

De regering heeft vorig jaar al besloten dat de overschrijding in de sector GGZ binnen de sector zelf opgelost moet worden. Daarbij is gekozen voor een pakket aan maatregelen dat zo evenwichtig mogelijk neerslaat binnen de sector en (deels) ook bij de patiënt.

Omdat vóór 1 januari 2012 al een eigen bijdrage in de eerste lijn GGZ bestond, was er een prikkel om voor de duurdere tweede lijn te kiezen. Om deze ongewenste prikkel weg te nemen en om het kostenbewustzijn van patiënten te vergroten, is besloten tot invoering van de eigen bijdrage in de tweede lijn GGZ. Het volledig terugdraaien van de eigen bijdrage zou dit effect voor alle GGZ-patiënten teniet doen. Daarnaast zijn hiervoor geen financiële middelen beschikbaar.

Vraag 9

De SP-fractie vraagt waarom het CAK de compensatie GGZ gaat uitvoeren.

De dienstverlening van het CAK heeft eind 2007 onder druk gestaan voor wat betreft de inning van de eigen bijdragen intramurale AWBZ zorg. Inmiddels is de dienstverlening van het CAK sterk verbeterd.

Ik verwacht dat het CAK de tegemoetkoming voor de eigen bijdragen GGZ vanaf 2013 dan ook goed zal uitvoeren. Het CAK is inmiddels gevraagd een uitvoeringstoets op te stellen.

Ik wil benadrukken dat het CAK de eigen bijdragen GGZ niet zelf gaat innen en dat alleen de tegemoetkoming via het CAK loopt.

Vraag 10

De SP-fractie vraagt waarom de GGZ-compensatie achteraf wordt uitgekeerd.

Om per 2013 de lage inkomens tegemoet te komen, is compensatie achteraf door het CAK de enige haalbare optie. Voor verzekerden met een laag inkomen is het van belang dat de tegemoetkoming snel wordt uitbetaald, zo snel mogelijk na het moment dat de rekening voor de eigen bijdrage GGZ bij de verzekerde op de mat valt. Hiertoe initieer ik overleg met zorgverzekeraars, Vektis en het CAK.

Overigens, zoals ik reeds bij de vorige vraag van het lid Leijten van de SP-fractie heb opgemerkt, keert het CAK de compensatie ambtshalve uit, mensen hoeven de compensatie GGZ dus niet eerst zelf aan te vragen.

Vraag 11 en 12

De SP-fractie vraagt zich af of kinderen met een verstandelijke handicap als gevolg van bezuinigingen op beschermd wonen thuis moeten blijven. Ook vragen de SP-fractie zich af of deze bezuiniging op beschermd wonen niet anders kan.

In het Begrotingsakkoord 2013 is de afspraak gemaakt om de zorg uit de lichtere zorgzwaartepakketten voor nieuwe cliënten te extramuraliseren en niet meer vanuit de instellingen te bieden. Hiermee wordt voorkomen dat de zorg wordt geleverd in een duurdere instelling. Cliënten worden voortaan in de eigen omgeving geholpen en krijgen daar de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben.

Kenmerk
Z-3120394

Deze maatregel sluit aan bij het concept van zorg in de buurt en de trend van extramuralisering die in de praktijk veelal al werkelijkheid is. De maatregel wordt nader uitgewerkt door de staatssecretaris van VWS en zij zal de resultaten daarvan meenemen in de definitieve aanwijzing contracteerruimte 2013 die zij kort na Prinsjesdag bij uw Kamer zal voorhangen.

Overigens heeft deze maatregel geen effect voor bestaande cliënten; bestaande cliënten behouden hun rechten, ook bij een herindicatie.

Vraag 13

De SP-fractie vraagt of de minister van VWS kan uitleggen waarom er € 130 miljoen. winst is in de ouderenzorg en er niks naar de patiënten gaat?

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Het geld dat zorginstellingen 'overhouden' hebben zij nodig om bijvoorbeeld te investeren in huisvesting. Zorginstellingen maken zelf de keuze waaraan ze het geld besteden. Deze investering kan ook in het versterken van zorg voor patiënten zijn. De winst mag echter niet uitgekeerd worden.

Vraag 14

De SP-fractie vraagt of de minister kan uitleggen waarom verzekeraars veel geld besteden aan reclame, terwijl de verzekerde blijft betalen?

De hoeveelheid geld die zorgverzekeraars uitgeven aan reclame valt buiten mijn verantwoordelijkheid. De uitvoering van de Zorgverzekeringswet is in handen gegeven van private zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om hun marktpositioneringsstrategie. Zorgverzekeraars moeten hun zorgplicht nakomen; zij hebben daarnaast de vrijheid om te bepalen op welke wijze zij reclame maken, hoeveel geld ze daaraan besteden, en hoe dit tot uitdrukking komt in hun premiebeleid. Uit de jaarverslagen van zorgverzekeraars blijkt overigens dat van elke euro premie bij verzekeraars gemiddeld 95 cent naar de zorg gaat en 5 cent naar overhead.

Vraag 15

De SP-fractie merkt op dat er veel verspilling in de zorg plaatsvindt. Zij vraagt zich af waarom er niks aan de verspilling wordt gedaan, terwijl het verplicht eigen risico wel wordt verhoogd.

Het is niet zo dat niks tegen verspilling wordt gedaan. Integendeel, ik vind het tegengaan van verspilling in de zorg erg belangrijk. Daartoe zijn in de afgelopen periode een aantal initiatieven genomen zoals eerder in deze schriftelijke antwoorden is aangegeven. Aanpak van verspilling moet absoluut prioriteit houden.:

Vraag 16

De SP-fractie vraagt naar de wanbetalers. Hoeveel wanbetalers heeft de minister nodig om te zien dat de premiestelling inkomensafhankelijk moet worden?

Het merendeel van de premiebetalers – ook bijstandsgerechtigden – betaalt netjes hun premie. Dat neemt niet weg dat de wanbetalersproblematiek mijn aandacht heeft en dat mijn beleid erop gericht is deze groep zo beperkt mogelijk te houden. Ik streef ernaar in de zomer de rapportage over de VWS-verzekerdenmonitor naar de Kamer te sturen. Hierin wordt u uitvoerig geïnformeerd over de laatste stand van zaken met betrekking tot de wanbetalers, de onverzekerde verzekeringsplichtigen, illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, gemoedsbezwaarden en de verdragsgerechtigden. Volledigheidshalve wil ik graag opmerken dat het eigen risico voor de Zorgverzekeringswet de facto al inkomensafhankelijk is door de compensatie via de zorgtoeslag. Door de voorgenomen aanpassing van de zorgtoeslag per 2013 worden lage inkomens bovendien volledig gecompenseerd voor de stijging van het eigen risico. Ook de premie is inkomensafhankelijk, enerzijds op de loonstrook, anderzijds door de zorgtoeslag.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 17

De SP-fractie vraagt naar de hoortoestellen. Zij zijn er niet van overtuigd dat de maatregel ervoor zorgt dat het goedkoper wordt. Bovendien vragen zij of het mogelijk is een vergelijkbare regeling voor kinderen te treffen, als bij brillenglazen.

Het huidige systeem van een maximum vergoeding heeft grote nadelen. Er is nu geen enkele prikkel tot prijsonderhandeling omdat de schadelast nu voor iedere verzekeraar hetzelfde is. De maximum vergoeding van € 500 is verworpen tot een minimumprijs.

Dit kan doorbroken worden door de functiegerichte aanspraak in te voeren én maximum vergoeding te schrappen. De financiële prikkel hoort daarmee te liggen waar hij hoort, namelijk bij de inkopende verzekeraar. Wat dat betreft verwijs ik naar het succes van het geneesmiddelenbeleid waar de prijzen fors gedaald zijn.

Voor wat betreft een regeling voor kinderen het volgende. Ook bij de brillenglazen voor kinderen gaat een eigen bijdrage gelden, net als nu bij contactlenzen het geval is.

Vraag 18

De SP-fractie heeft aan het eind van het debat ook gevraagd naar de brief die tijdens het debat naar de Kamer is gestuurd en waarin is aangegeven dat in een tegen de Staat ingestelde rechterlijke procedure onder meer de vraag aan de orde wordt gesteld of de op dit moment geldende juridische grondslag voor het opleggen van eigen bijdragen voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg wel geheel correct is. De fractie heeft gevraagd welke bepalingen technisch niet kloppen, welke procedure wordt gevolgd en op welk termijn het probleem is opgelost.

Enkele cliënten, het Landelijk platform GGZ, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en enkele zorgaanbieders hebben in februari 2012 een rechtszaak tegen de Nederlandse overheid aangespannen waarin de rechtmatigheid van de eigen bijdrage-regeling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, zoals deze geldt vanaf 1 januari 2012, wordt aangevochten. Artikel 11, derde lid, van de Zorgverzekeringswet schrijft voor dat de grondslag

van de eigen bijdrage bij algemene maatregel van bestuur wordt geregeld. Artikel 11, vierde lid, staat vervolgens subdelegatie toe; bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

Kenmerk
Z-3120394

Aan deze wettelijke bevoegdheden is invulling gegeven door in het Besluit zorgverzekering te bepalen dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt, waarna in de Regeling zorgverzekering de hoogte en verdere modaliteiten van de eigen bijdragen voor geneeskundige geestelijke gezondheid nader zijn geregeld. Op dezelfde wijze zijn sinds 1 januari 2006 de andere bijdragen voor curatieve zorg geregeld.

Hoewel de Staat zich op het standpunt stelt dat in de Regeling zorgverzekering rechtmatig is bepaald dat een eigen bijdrage voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt geheven, is uitsluitend ter voorkoming van onzekerheid besloten het Besluit zorgverzekering aldus te wijzigen dat voor de toekomst en met terugwerkende kracht wordt bepaald dat bijdragen worden geheven. Datzelfde zal ook voor de andere bijdrage voor curatieve zorg met terugwerkende kracht worden geregeld. Met deze technische aanpassingen wordt geen materiële wijziging ten opzichte van het huidige beleid, beoogd.

De procedure is dat deze technische bepalingen nog aan het ontwerpbesluit worden aangebracht voordat het na afloop van de voorhangperiode aan de Raad van State voor advies wordt gezonden.

Tot slot hebben verschillende mailers en de heer 5.1.2e gerefereerd aan het ziekenfonds. Het ziekenfonds dat maar een paar tientjes premie kostte en waarvoor iedereen goede zorg kreeg. Voor de Zvw bestonden er verschillende ziektekostenverzekeringen: Ziekenfondswet, publiekrechtelijke ziektekostenregelingen, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Waar je was verzekerd was geen keuze. Afhankelijk van baan en inkomen werd je bij een verzekeringssysteem ingedeeld. Er bestond voor de groep particulier verzekerden geen verzekeringsplicht. Met de Zvw werd een einde gemaakt aan deze ongelijkheid en versnippering. Er kwam één verzekering voor iedereen met een acceptatieplicht voor verzekeraars, zonder risicoselectie en met dezelfde premie voor iedereen bij een bepaalde verzekeraar. Ook werd er een verzekeringsplicht ingevoerd. Nostalgie is menselijk. Het idee dat de zorg destijds een schijntje kostte en nu onbetaalbaar is geworden door de Zvw is onjuist.

Er is weliswaar een kostenstijging in de zorg maar die wordt niet zozeer veroorzaakt door de wijziging in het verzekeringssysteem. Oorzaken liggen veel meer bij het wegwerken van de wachtlijsten, medische-technologische ontwikkelingen, (dubbele)vergrijzing en de patiënt die steeds mondiger en veeleisender wordt. Ook bestaat de neiging - zowel bij artsen als patiënten - om niet snel met de behandeling te stoppen, ook aan het eind van het leven. Bovendien wijs ik erop dat in de ons omringende landen zich een vergelijkbare kostenontwikkeling voordoet.

PVV¹

Vraag 1

¹ NB. Bij de beantwoording van de vragen van de PVV-fractie is de volgorde van de sprekers omgedraaid om de nummering van de tweede spreker in stand te houden.

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister van mening is dat mensen de keuze hebben opgenomen te worden in het ziekenhuis? Meent zij, zo wordt gevraagd dat zij kunnen kiezen hoeveel dagen zij worden opgenomen?

Kenmerk
Z-3120394

Mensen zullen over het algemeen kiezen voor een ziekenhuisopname, als de opname voor hen medisch noodzakelijk is. In dat opzicht is er ook niet een echte keuze voor het aantal ligdagen. Zij zullen daarin doorgaans het advies van de medisch-specialist volgen. De eigen bijdrage voor een ligdag belemmert die keuze niet. Deze bedraagt immers een bedrag dat zij besparen op kosten die ze gemaakt zouden hebben als ze niet opgenomen zouden zijn.

Vraag 2

De PVV-fractie heeft gevraagd op basis van welke berekening het bedrag van € 7,50 tot stand is gekomen?

De verpleegkosten komen bij opname voor medisch-specialistische zorg volledig te laste van de zorgverzekering. Daarnaast zijn er hotelmatige verblijfskosten. Deze laatste kosten die niet zorggerelateerd zijn, vervangen voor een deel de kosten die anders thuis gemaakt zouden zijn. De hotelmatige verblijfskosten van het ziekenhuis bedragen circa € 50 per dag, exclusief gebouwgebonden kosten, waarvan circa € 16 samenhangt met voeding. Het is dus niet onredelijk om een bedrag van € 7,50 per dag te vragen dat mensen besparing op kosten voor onder meer eten en drinken.

Vraag 3

De PVV-fractie heeft gevraagd of als een operatie moet worden uitgesteld of er treden complicaties op waardoor het ziekenhuisverblijf onverwacht langer wordt dan gepland, de patiënt dan opdraait voor de extra ligdagen à € 7,50?

Als een persoon langer wordt opgenomen, bespaart hij ook langer op kosten van onder meer eten en drinken. Het is dan ook niet onredelijk om ook voor de extra ligdagen € 7,50 per dag te vragen.

Vraag 4

De PVV-fractie heeft gevraagd of in het geval dat een zwangere vrouw een te vroeg geboren kindje krijgt en zij beiden een maand in het ziekenhuis moeten verblijven, zij beiden dan voor twee keer 30 ligdagen een eigen bijdrage betalen.

Als moeder en kind in het ziekenhuis moeten verblijven, geldt alleen een eigen bijdrage voor de moeder. Verzekerden tot 18 jaar betalen immers geen eigen bijdrage bij verblijf in een ziekenhuis.

Vraag 5

De PVV-fractie heeft gevraagd of daar dan het eigen risico van de moeder en kind nog bijkomt. Zo ja, hoe zal aan zo'n pril gezinnetje worden uitgelegd dat het bij het verlaten van het ziekenhuis € 1150 moeten afrekenen?

Het eigen risico heeft betrekking op de kosten die voor rekening van de zorgverzekering komen. Het is juist dat voor de moeder bovenop de eigen bijdrage voor de ligdag ook nog het eigen risico in rekening wordt gebracht, als zij dat niet al met andere zorgkosten had vol gemaakt. Voor het kind is geen eigen bijdrage en geen eigen risico verschuldigd. Bij het verlaten van het ziekenhuis hoeft dus niet € 1150 afgerekend te worden, maar hooguit de helft.

Vraag 6

De PVV-fractie heeft gevraagd of er een maximum is aan het aantal ligdagen dat iemand moet betalen.

Kenmerk
Z-3120394

Maximaal 365 dagen in een ziekenhuis komen voor rekening van de zorgverzekering. Dat betekent dat er over maximaal 365 dagen een eigen bijdrage betaald wordt. Als een verzekerde langer dan 365 dagen in een ziekenhuis verblijft, komt het verblijf ten laste van de AWBZ. Vanaf dat moment gaat de eigen bijdrage AWBZ gelden.

Vraag 7

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het echt meent dat in het geval van een ziekenhuisopname in de thuissituatie € 7,50 per dag wordt uitgespaard.

Ingeval van een ziekenhuisopname worden er kosten bespaard die anders thuis zouden zijn gemaakt. Dus ja, de bij het Begrotingsakkoord 2013 betrokken partijen menen echt dat een bedrag van € 7,50 per dag redelijk is.

Vraag 8

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister ook niet denkt dat de gedachtegang dat een ziekenhuisopname kosten bespaart in de thuissituatie, hooguit voor eenpersoonshuishoudens zal gelden.

Nee, dat denk ik niet. Ook mensen uit een meerpersoonshuishouden hebben behoefte aan eten en drinken en maken daarvoor kosten.

Vraag 9

De PVV-fractie heeft gevraagd of bij de berekening ook meegenomen is dat andere gezinsleden juist voor hogere kosten komen te staan, zoals onder andere reis- en parkeerkosten. Zij vragen verder of, als dat niet zo is, waarom daar dan geen rekening mee is gehouden.

Er is geen rekening gehouden met kosten van gezinsleden omdat het gaat om een eigen bijdrage in de kosten die ten laste van de zorgverzekering komen.

Vraag 10

De PVV-fractie heeft gevraagd wat volgens de minister redelijk is aan dat mensen een boete krijgen op ziek zijn.

Een eigen bijdrage voor een ligdag is geen boete op ziek zijn. Het gaat om een eigen bijdrage voor kosten die mensen besparen ten opzichte van mensen die niet in een ziekenhuis verblijven.

Vraag 11

De PVV-fractie heeft gevraagd wie verantwoordelijk is voor de inning van het liggeld.

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar is dus verantwoordelijk voor de inning van de eigen bijdrage. Hij kan desgewenst afspraken maken met de zorgaanbieders om de eigen bijdrage voor hem te innen.

Vraag 12

De PVV-fractie heeft gevraagd hoeveel de uitvoeringskosten van deze liggeld maatregel bedragen.

Kenmerk
Z-3120394

De maatregelen sluiten aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen (zorg)instellingen, verzekeraars en cliënten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wisselen namelijk in de huidige situatie al gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten/patiënten. Er hoeven dan ook geen nieuwe informatiestromen tot stand te worden gebracht, zodat dat in de praktijk geen grote gevolgen heeft. Ook de inning van de eigen bijdrage(n) valt binnen de reguliere processen, omdat nu al gegevens worden gewisseld ten behoeve van zowel het vrijwillig als het verplicht eigen risico. Wel moet de inhoud van de informatiestroom voor de informatie over het aantal verpleegdagen worden aangepast. Dat vergt dus eenmalig een extra inspanning.

Vraag 13

De PVV-fractie heeft gevraagd hoe groot de toename is van de bureaucratie door deze liggeldmaatregel.

Zoals hiervoor is opgemerkt, past het opleggen en innen van de eigen bijdragen bij de werkprocessen van de zorgverzekeraar. De uitvoering zal grotendeels aansluiten bij de reguliere informatiestromen zoals die er is tussen zorginstellingen, verzekeraars en cliënten. De toename van de bureaucratie is dus beperkt.

Vraag 14

De PVV-fractie heeft gevraagd of de kosten van de liggeldmaatregel ten koste gaan van de handen aan het bed.

Het invoeren van een eigen bijdrage voor een ligdag gaat niet ten koste van de beschikbare financiële middelen voor het aantal handen aan bed.

Vraag 15

De PVV-fractie heeft gevraagd in welke andere landen men moet betalen voor het liggen in een ziekenhuis en hoe groot de bedragen daar zijn.

Onder andere de ons omringende landen België, Duitsland, Finland, Frankrijk, Ierland, Oostenrijk en Zwitserland vragen een bijdrage per ligdag in het ziekenhuis. De precieze hoogte varieert sterk. In 2010 was bijvoorbeeld de bijdrage per ligdag €10 in Duitsland, €14 in België en € 18 in Frankrijk.

Vraag 16

De PVV-fractie heeft gevraagd of de eigen bijdragen in het buitenland in overweging zijn genomen bij de beslissing om € 7,50 te gaan berekenen.

Er is niet gekeken naar het buitenland. Eventuele eigen bijdragen in het buitenland zijn dus ook niet in overweging genomen bij deze maatregel. Overigens is de eigen bijdrage relatief laag in vergelijking met de hiervoor genoemde landen.

Vraag 17

De PVV-fractie heeft gevraagd hoeveel ligdagen nodig zijn voordat deze maatregel zichzelf terugverdient.

Het aantal ligdagen per jaar bedraagt 9,3 miljoen. Omdat de extra uitvoeringskosten beperkt zijn, verdient deze maatregel zich meer dan ruimschoots terug.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 18

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat deze liggeldmaatregel voornamelijk chronisch zieken, ouderen en gehandicapten treft.

Bij verblijf in een ziekenhuis besparen mensen op kosten van onder meer eten en drinken. Dat geldt ook (maar niet voornamelijk) voor chronisch zieken, ouderen en gehandicapten die in een ziekenhuis verblijven. De ziekenhuispopulatie is divers. Mensen van alle leeftijden verblijven in het ziekenhuis.

Vraag 19

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister niet vindt dat deze groep al genoeg wordt gepakt door andere maatregelen.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven wordt deze groep wordt niet additioneel geraakt door deze maatregel. Het betreft vervangende kosten.

Vraag 20

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister beseft dat veel mensen geen € 7,50 per dag gebruiken voor de kosten van eten.

Wat mensen individueel per dag uitgeven, zal per persoon en per dag verschillen. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, is voor de eigen bijdrage van € 7,50 relevant dat de hotelmatige verblijfskosten van het ziekenhuis circa € 50 per dag bedragen, exclusief gebouwgebonden kosten. De totale kosten per verpleegdag bedraagt ruim € 1300. Hiervan hangt circa € 16 samen met voeding. Het is dus zeer redelijk om een bedrag van € 7,50 per dag te vragen.

Vraag 21

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister zich realiseert dat sommige mensen drie dagen brood met pindakaas eten om te kunnen rondkomen.

Ik realiseer me dat mensen moeite kunnen hebben om rond te komen. Als mensen echt door allerlei kosten onder het bestaansniveau komen, is er het vangnet van de bijzondere bijstand.

Vraag 22

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister zegt dat deze maatregel ervoor zorgt dat mensen het ziekenhuis gaan mijden, met alle gevolgen van dien.

Mensen zullen voor een eigen bijdrage van € 7,50 per dag het ziekenhuis niet mijden. Zij verblijven immers in een ziekenhuis omdat zij medisch-specialistische zorg met verblijf nodig hebben. Zij besparen onder meer op kosten voor eten en drinken. Zoals hiervoor is aangegeven, is redelijk om daarvoor een eigen bijdrage te betalen.

Vraag 23

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat de kunduzmaatregelen een tweedeling in de zorg introduceren.

Met een eigen bijdrage van € 7,50 voor besparing op kosten van onder meer eten en drinken, ontstaat er geen tweedeling in de zorg.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 24

De PVV-fractie heeft gevraagd naar een oude hoogbejaarde dame die al in het verpleeghuis woont en wordt overgebracht naar het ziekenhuis, al haar inkomen al is afgepakt tot de laatste € 270 van de piepgrens, waar zij dan ook nog die € 7,50 liggeld per dag moet gaan betalen.

Een hoogbejaarde dame houdt na het betalen van de eigen bijdrage AWBZ aanzienlijk meer over dan slechts het piepgrensbedrag aan zak- en kleedgeld. Zelfs als zij alleen een AOW-uitkering heeft en geen aanvullend pensioen, houdt zij ruim € 200 per maand meer over dan het zak- en kleedgeld. Gaat zij daarnaast tijdelijk in een ziekenhuis verblijven dan moet zij inderdaad ook € 7,50 liggeld per dag betalen.

Vraag 25

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister met de PVV van mening is dat stoppen met roken de eigen verantwoordelijkheid van mensen is.

Ja, die mening deel ik. Stoppen met roken is inderdaad een eigen verantwoordelijkheid van mensen.

Vraag 26 en 37

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister bekend is met het feit dat stoppen met roken programma's geen garantie zijn dat mensen definitief stoppen met roken.

Stoppen met rokenmaatregelen zijn inderdaad geen garantie voor stoppen met roken.

Vraag 27

De PVV-fractie heeft gevraagd of het de minister bekend is dat het merendeel van de rokers op enig moment uit eigen beweging, zonder hulp en zonder dat wij het met allen hoeven te betalen, stoppen met roken.

Iedereen die stopt met roken doet dat uit eigen beweging. Bij een groot deel van de stoppogingen wordt geen hulp gebruikt. Het slagingspercentage van die pogingen is heel laag, rond de vijf procent. Stoppen met effectieve hulp verhoogt de slagingskans naar rond de 30 %.²

Vraag 28

De PVV-fractie heeft gevraagd waarom de minister nieuw beleid inzet dat raakt aan de eigen keuzes van mensen. En waarom dit beleid nu weer wordt gestopt.

Bij het Begrotingsakkoord 2013 hebben betrokken partijen afgesproken dergelijke programma's weer in het pakket op te nemen.

Vraag 29

De PVV-fractie heeft gevraagd of het de minister bekend is dat bij iedereen de

² CBO richtlijn Behandeling van tabakverslaving.

risico's van roken bekend mogen worden geacht vanwege de waarschuwing op de pakjes. Is het haar bekend dat voorlichting daarnaast geen toegevoegde waarde heeft?

Kenmerk
Z-3120394

Veel mensen weten dat roken slecht is, maar zeer weinig mensen weten dat rokers een risico lopen van 50% om aan roken te overlijden en dat meer roken slecht is. Ook is er nog weinig consumenteninformatie over de stoffen die in sigaretten zitten. Dit najaar start daarom de website Tabaksinfo.nl van het RIVM.

Vraag 30

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister beseft dat het absurd is om ieder jaar opnieuw deelname aan een smr-programma te vergoeden.

De polis heeft betrekking op één jaar. Om deze redenen is gekozen voor vergoeding van een SMR-behandeling per jaar. Dat wil niet zeggen dat iemand onbeperkt jaarlijks een programma kan volgen. Het volgen van een programma moet zorginhoudelijk aangewezen zijn. Een verzekerde heeft slechts recht op verzekerde zorg als hij daar redelijkerwijs op is aangewezen. Op zinloos blijven doorgaan met SMR-behandelingen heeft hij dus geen aanspraak.

Vraag 31

De PVV-fractie heeft gevraagd waarom mensen die echt ziek zijn de rekening moeten betalen van deze pakkettoevoegingen.

Het gaat bij keuzes over het pakket altijd over afwegingen. Of het nu gaat om een rollator of een incontinentie luier, het al dan niet opnemen in het pakket is een afweging. De politiek stuurt hierin om eigen moverende redenen. Dit doet zij mede op basis van het objectieve CVZ, dat daarover jaarlijks adviezen geeft aan de politiek.

Vraag 32

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister met hen van mening is dat ook dieetadvisering voor mensen zonder de genoemde ziekten onder de eigen verantwoordelijkheid valt.

Naar ik aanneem doelt de PVV-fractie op het feit dat dieetadvisering in het pakket is gebleven voor dieetadvisering die onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg aan een verzekerde die lijdt aan COPD, diabetes of die een cardiovasculair risico heeft. Met de uitbreiding van het pakket met drie uren dieetadvisering zit dieetadvisering per 1 januari 2013 ook voor andere personen voor wie dieetadvisering met een medisch doel is aangewezen in het pakket.

Vraag 33

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat de keuze om ongezond te eten en vetmakende producten te eten ook valt onder de eigen verantwoordelijkheid.

Met de PVV ben ik van mening dat de keuze voor wat men eet onder de eigen verantwoordelijkheid valt. Mijn beleid is erop gericht de gezonde keuze makkelijker te maken via het stimuleren van gezond aanbod en beschikbaarheid van informatie.

Vraag 34

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het met de PVV eens is dat het derhalve geen taak van de overheid is om deze zorg te regelen.

Kenmerk
Z-3120394

De overheid zorgt dat onafhankelijke informatie beschikbaar is over gezond eten, bijvoorbeeld via het Voedingscentrum, deze informatie kunnen mensen gebruiken bij het kiezen van hun voeding. Ten aanzien van de dieetadvisering geldt hetzelfde, als bij vraag 31.

Vraag 35

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister bekend is met de teleurstellende resultaten en de grote terugval waardoor wij ernstig moeten twijfelen aan de effectiviteit van al deze projecten.

Het is niet duidelijk op welke projecten wordt bedoeld.

In dieetadviseringstrajecten van drie uur worden adviezen gegeven over voeding in relatie tot de ziekte van de verzekerde persoon.

Vraag 36

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister op de hoogte is van het bemoeiproject in Den Haag.

Ik neem aan dat de PVV doelt op het bericht in de media dat bewoners van Den Haag met een minimuminkomen en overgewicht gratis mee mogen doen met het afvalprogramma van de gemeente den Haag en zorgverzekeraars.

Vraag 37

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister bekend is met het feit dat er slechts vijf aanmeldingen zijn geweest in plaats van de verwachte duizend. Zij doelen dan op het aantal bemoeizorgprojecten in Den-Haag.

In de berichten heb ik gelezen dat 25 deelnemers zich hebben gemeld, terwijl er gehoopt was op 1000 deelnemers. De eerste personen die gestart zijn, zijn volgens de berichten enthousiast. Veel mensen weten nu nog niet dat het programma er is. Gehoopt wordt dat meer bekendheid leidt tot meer deelname. Volgens de berichten kunnen mensen zich tot eind december opgeven.

Vraag 38

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister ook niet vindt dat er op deze manier vele miljoenen worden verspild.

Het is mij niet bekend dat er miljoenen worden verspild. Overigens ga ik niet over dit afvalprogramma.

Vraag 39

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minster met hen van mening is dat ons kostbare zorggeld veel beter ingezet kan worden dan het te verspillen aan niet effectieve en bovenal niet bewezen behandelingen.

Het is inderdaad van belang dat zorggeld alleen besteed worden aan effectieve en bewezen behandelingen.

Vraag 40

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister het humaan vindt om de rekening

neer te leggen bij echt zieke mensen.

Het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen kent een grote mate van solidariteit. Gezonde mensen betalen voor zieke mensen.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 41

De PVV-fractie heeft gevraagd of het klopt dat mensen die 4 uur dieetadvisering kregen op basis van hun aandoening, nu drie uur vergoed krijgen. Dat zijn dus mensen die wel ziek zijn.

Ja, dat wordt nu ook drie uur. De dieetadvisering die buiten de ketenzorg wordt geleverd is ook voor mensen voor wie het medisch noodzakelijk is.

Vraag 42

De PVV-fractie heeft gevraagd of waarop deze drie uur vergoeding gebaseerd.

In het Begrotingsakkoord 2013 is € 44 miljoen afgesproken voor uitbreiding van het pakket met dieetadvisering. Die middelen zijn voldoende om het pakket uit te breiden met 3 uren dieetadvisering per kalenderjaar.

Vraag 43

De PVV-fractie heeft gevraagd of het stoppen met roken niet bij uitstek iets is waarvoor mensen zelf verantwoordelijk zijn.

Zie hiervoor het antwoord op vraag 25.

Vraag 44

De PVV-fractie heeft gevraagd of hulp bij afvallen niet bij uitstek iets waarvoor je zelf verantwoordelijk bent als je niet ziek bent.

Dieetadvisering wordt alleen vergoed als dat een medisch doel heeft.

Vraag 45

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister met hen van mening is dat ouderdom met gebreken komt.

Ouderdom komt inderdaad met gebreken.

Vraag 46

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister dan wellicht op het standpunt staat dat ouderen zelf verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van ouderdomsgebreken.

Nee, daar zijn ouderen niet zelf verantwoordelijk voor. Wel kan een gezond leven ertoe leiden dat minder gebreken optreden.

Vraag 47

De PVV-fractie heeft gevraagd of de minister kan uitleggen waarom wij met zijn allen moeten meebetalen aan stoppen met rokenprogramma's en tegelijkertijd tegen onze ouderen zeggen: uw loophulpmiddelen gaan uit het pakket. Uw rollator, uw, driepoot, uw krukken worden niet meer vergoed.

De eenvoudige loophulpmiddelen gaan uit het pakket omdat het gebruik van deze hulpmiddelen gepaard gaat met lage kosten die voor eigen rekening kunnen

komen. Het CVZ adviseerde daarom in 2010 om deze middelen uit het pakket te verwijderen.

Kenmerk
Z-3120394

Zie voorts het antwoord op vraag 31.

Vraag 48

De PVV-fractie vraagt wanneer ik een prijsdaling van de hoortoestellen verwacht wanneer per 1 januari 2013 de maximumvergoedingen worden losgelaten.

Ik verwacht dat verzekeraars voor het komende polisjaar (2013) al scherp gaan onderhandelen en daarmee een prijsdaling kunnen realiseren. Verzekeraars die deze kans niet aangrijpen, ondervinden zelf een hogere schadelast. Zij zijn namelijk voor de hulpmiddelen volledig risicodragend.

Vraag 49

De PVV-fractie vraagt waar de besparing van € 27 miljoen. op is gebaseerd.

In 2010 schatte het CVZ dat de maatregel een daling van de gemiddelde prijs van hoortoestellen van € 1.200 naar € 700 zou kunnen bewerkstelligen. We zijn inmiddels twee jaar verder en ik krijg signalen dat verzekeraars nog scherper kunnen inkopen dan het CVZ indertijd had ingeschat. Ik verwacht dus dat de maatregel een aanzienlijke prijsverlaging zal opleveren, dit hebben we ook gezien in de geneesmiddelenbranche. Deze aanzienlijke prijsverlaging resulteert in de genoemde besparingen.

Vraag 50

De PVV-fractie vraagt of de maatregel twee jaar geleden door het CVZ nog als budgetneutraal werd gezien.

Dit klopt. Indertijd maakte het CVZ een schatting van de prijsverlaging. Inmiddels zijn we twee jaar verder en er zijn signalen dat de prijsverlaging groter zal zijn dan het CVZ indertijd heeft ingeschat.

Vraag 51

De PVV-fractie vraagt of er een risico bestaat dat mensen de aanschaf uitstellen door tegelijkertijd de maximum vergoeding los te laten en de 25% eigen bijdrage in te voeren.

Ik denk niet dat het merendeel van de mensen die volgend jaar een nieuw hoortoestel nodig hebben, dit zullen uitstellen, omdat er sprake is van een eigen bijdrage. Ik verwacht en met mij vele andere partijen in de hoorzorg, dat de prijzen zodanig zullen dalen dat het merendeel, ondanks de eigen bijdrage van 25%, minder bij hoeft te betalen dan voorheen.

Vraag 52

De PVV-fractie vraagt of de maatregel ten koste gaat van de participatie van slechthorenden.

Zoals ik al in mijn antwoord op de vorige vraag aangeef, is de verwachting dat de maatregel voor het merendeel van de slechthorenden juist gunstig zal uitpakken. Ook de Nederlandse vereniging van slechthorenden steunt de maatregel. Ik verwacht dus niet dat de maatregel ten koste gaat van de participatie van slechthorenden.

Vraag 53

De PVV-fractie vraagt of de eigen bijdrage voor hoortoestellen ervoor zal zorgen dat auditief gehandicapten niet de benodigde apparatuur zullen aanschaffen en hierdoor buiten de boot zullen vallen.

Kenmerk
Z-3120394

Het tegenovergestelde zal naar ik verwacht gebeuren. Auditief gehandicapten zullen niet zo snel geholpen zijn met een eenvoudig toestel, maar hebben een geavanceerder (high end) toestel nodig. Het CVZ heeft al aangeven dat de gebruiker nu gemiddeld € 700 per toestel bijbetaalt (gemiddelde toestelprijs bedraagt nu € 1.200). Bij een gelijkblijvende prijs zal de gebruiker in de nieuwe situatie € 300 per toestel aan eigen bijdrage betalen. Juist de auditief gehandicapte zal dus baat hebben bij de nieuwe maatregel. Ik denk dat de situatie alleen maar gunstiger wordt voor deze auditief gehandicapte, want ook hiervoor zal de zorgverzekeraar onderhandelen over de prijs.

Vraag 54

De PVV-fractie vraagt of de 25% eigen bijdrage nadelig is voor de 30% van de slechthorenden die nooit hoefden te betalen, of dit rechtvaardig is en hoe ik dit aan de groep ga uitleggen.

Als er iets duidelijk is, dan is het wel dat de hoorzorg een stuk doelmatiger kan. Dus dezelfde kwaliteit voor minder geld of meer kwaliteit voor hetzelfde geld. Een doelmatiger hoorzorg kan bereikt worden door verzekeraars te stimuleren gebruik te maken van hun inkoopmacht én het kostenbewustzijn bij de gebruiker te stimuleren. Dit laatste wordt bereikt door een procentuele eigen bijdrage te introduceren. De maatregel resulteert in een kwalitatief betere en doelmatiger hoorzorg en wordt door vele partijen gesteund. Waaronder de patiëntenvereniging, de verzekeraars, specialisten en zelfs sommige audiciens. De maatregel impliceert dat een kleine groep, die voorheen niets hoefde bij te betalen, inderdaad met een eigen bijdrage te maken krijgt. Deze groep zal naar verwachting echter ook de vruchten plukken van een veel betere hoorzorg, in de zin van een beter toestel, beter advies en een betere service.

Vraag 55

De PVV-fractie vraagt of ik bereid ben om de maatregel terug te draaien als de besparingen niet gehaald worden.

Daartoe ben ik niet bereid, omdat gebruikers dan weer geconfronteerd worden met dezelfde buitensporige marges op hoortoestellen waar nu ook sprake van is. Zoals het CVZ al aangaf, is de maximumvergoeding verworden tot een minimumprijs. Dat een hoortoestel bij inkoop een paar honderd euro kost en aan de gebruiker voor een paar duizend euro wordt verkocht, lijkt mij op z'n zachtst gezegd een onwenselijke situatie. Met een functiegerichte aanspraak en het loslaten van de maximumvergoeding heeft de verzekeraar er daadwerkelijk belang bij om te onderhandelen over de prijs. Omdat de verzekeraar kennis van zaken heeft en het voordeel van schaalgrootte, is hij ook in staat om scherp te onderhandelen. Dit kan niet van een individuele gebruiker verwacht worden, want daar zou het op neerkomen als de maatregel teruggedraaid wordt.

Vraag 56

De PVV-fractie vraagt in hoeverre de *big business* in de hoortoestellenbranche wordt aangepakt.

Zoals ik eerder al opmerkte, verwacht ik dat een verzekeraar scherp gaat onderhandelen. Gezien zijn kennis van zaken lijkt het me onwaarschijnlijk dat de buitensporige marges nog door de verzekeraar getolereerd worden. Ik verwacht dat de meeste verzekeraars deze onderhandelingsrol oppakken. Die verzekeraars die het namelijk niet doen zullen zelf ook de hogere schadelast ondervinden.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 57

De PVV-fractie vraagt of ik het met de PVV eens ben dat veel bezuinigingen eenzijdig op de groep meest kwetsbaren wordt afgewenteld.

In dit geval zal iedereen baat hebben bij de maatregel, behalve de branche. Zoals ik hiervoor reeds heb aangegeven, verwacht ik dat er met de maatregel eindelijk een stimulans is om de buitensporige marges op hoortoestellen aan te pakken. De gebruiker zal er profijt van hebben.

Vraag 58

De PVV-fractie vraagt wat het oorspronkelijke doel was van de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ.

Om de GGZ toekomstig bestendig te maken, is het kabinet genooddaakt geweest om een pakket aan maatregelen te nemen om een overschrijding in de GGZ tegen te gaan. Om geen afbreuk te doen aan de zorg in andere sectoren is ervoor gekozen om de overschrijding binnen de sector GGZ zelf op te lossen. Daarbij is gekozen voor een pakket aan maatregelen dat zo evenwichtig mogelijk neerslaat binnen de sector en (deels) ook bij de patiënt. Omdat vóór 1 januari 2012 al een eigen bijdrage in de eerstelijns GGZ bestond, was er een prikkel om voor de duurdere tweede lijn te kiezen. Om deze ongewenste prikkel weg te nemen en om het kostenbewustzijn van patiënten te vergroten, is besloten tot invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ.

Vraag 59

De PVV-fractie vraagt of het verzachten van deze eigen bijdrage door het compenseren van laagste inkomens niet in strijd is met het doel 'substitutie teweeg te brengen van de tweede naar de eerste lijn' en daarnaast wat de onderbouwing is van de € 20 miljoen extra bezuiniging door het convenant.

Omdat vóór 1 januari 2012 al een eigen bijdrage in de eerste lijn GGZ bestond, was er een prikkel om voor de duurdere tweede lijn te kiezen. Met de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ is deze prikkel weggenomen. Het verzachten van de eigen bijdrage GGZ geldt voor een specifieke groep namelijk patiënten met een inkomen tot niet meer dan 110% van het sociaal minimum. De invoering van de eigen bijdragen is overigens niet het enige instrument dat wordt ingezet om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te realiseren. Deze substitutie maakt onderdeel uit van het recent afgesloten bestuurlijk akkoord. Hierin zijn onder andere afspraken gemaakt over de versterking van de ondersteuner van de huisarts (POH GGZ) en de basis GGZ.

Ik ben niet bekend met een bezuiniging van € 20 miljoen in de curatieve GGZ. Wellicht doelt de fractie op het verschil tussen de in de Voorjaarsnota opgenomen maatregelen 'Bestuurlijk akkoord curatieve GGZ' (opbrengst € 75 miljoen in 2013) en het 'Verzachten eigen bijdrage GGZ' (€ 55 miljoen in 2013). In het curatieve GGZ akkoord, zoals ik dat eergisteren heb gesloten en aan uw

Kamer heb gestuurd, zijn tevens afspraken gemaakt over de volume-ontwikkeling in de curatieve GGZ. De in de Voorjaarsnota opgenomen maatregel van € 75 miljoen in 2013 en 100 miljoen in 2014 maakt onderdeel uit van deze afspraken en zijn ingeboekt in het kader van het bestuurlijk akkoord curatieve GGZ. Voor de verzachting van de eigen bijdrage GGZ hebben de vijf partijen initieel voor € 40 miljoen ruimte gereserveerd, zoals opgenomen is in het stabiliteitprogramma. Deze € 40 miljoen is later verhoogd naar € 55 miljoen om de verzachting van de eigen bijdrage in de GGZ mogelijk te maken. De stijging met € 15 miljoen wordt gefinancierd vanuit de € 75 respectievelijk € 100 miljoen uit het bestuurlijk akkoord curatieve GGZ, zoals in de Voorjaarsnota is opgenomen.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 60

De PVV-fractie vraagt of het niet te vroeg is om nu al te komen met verzachting van eigen bijdrage GGZ, gezien de bemoedigende resultaten van de Quicksan.

In het Begrotingsakkoord voor 2013 is de afspraak gemaakt om de eigen bijdrage GGZ in 2013 deels te verzachten. Hier wordt invulling aangegeven door mensen met de laagste inkomens te compenseren voor de eigen bijdrage behandeling in de tweedelijns GGZ. De verwachting is dat de tegemoetkoming terecht komt bij die mensen die dit het meest nodig hebben.

Uiteraard volg ik de invoering van de eigen bijdrage op de voet. Ik heb dan ook uw Kamer op de hoogte gesteld over zowel de opzet van de monitor die ik gestart ben als de eerste signalen die ik ontvangen heb uit de quick-scan.

Tussenresultaten van de monitor worden in september bekend, halverwege 2013 wordt het eindrapport verwacht. Zoals ik ook in mijn brief heb aangegeven, is het nog te vroeg om eensluidende conclusies te trekken, het zijn voor nu eerste signalen. Ik wacht graag de resultaten van de monitor af.

Vraag 61

De PVV-fractie vraagt zich af wat het verzachten van de eigen bijdrage betekent voor de enorme oplopende kosten in de GGZ.

De netto-uitgaven van de tweedelijns-GGZ stijgen als gevolg van de verzachting van de eigen bijdrage GGZ met ingang van 2013 naar verwachting met € 55 miljoen. Hiervoor is dekking gevonden binnen het begrotingsakkoord.

Vraag 62

De PVV-fractie vraagt zich af wat het remeffect van het verplicht eigen risico inhoudt en hoe groot dit remeffect is.

Het remeffect is het gevolg dat verzekerden af zien van zorg als gevolg van het feit dat ze een verplicht eigen risico moeten betalen. Naar verwachting zal de verhoging van het verplicht eigen risico, door de compensatie via de zorgtoeslag, niet leiden tot het afzien van zorg. Wel zal de verhoging van het verplicht eigen risico bijdragen aan het verbeteren van het kostenbewustzijn.

Uit onderzoek van Ecorys inzake de evaluatie van het verplicht eigen risico blijkt dat dit remeffect geen negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid van de patiënt. Overigens is bij de begroting van de opbrengst van het verhogen van het verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag geen rekening gehouden met een opbrengst voortvloeiend uit een remeffect.

Vraag 63, 64 en 65

De PVV-fractie vraagt zich af of het verplicht eigen risico in 2014 weer omhoog zal gaan en als het in 2014 verder omhoog gaat, is dat dan wederom met € 115 of volgt de minister het CPB-advies om in 2014 een verplicht eigen risico van ruim € 935 op te leggen. Ook vraagt zij waar dan het maximum voor het verplicht eigen risico zal liggen.

Kenmerk
Z-3120394

Welk bedrag uiteindelijk maximaal acceptabel is en wat het bedrag zal worden in 2014, is aan het nieuwe kabinet.

Vraag 66

De PVV-fractie vraagt zich af of het basispakket nog wel betaalbaar en toegankelijk is met een oplopend verplicht eigen risico.

Ja, het basispakket is nog steeds betaalbaar en toegankelijk. Ik vind het ook belangrijk dat de zorg in het basispakket toegankelijk en betaalbaar blijft.

Vraag 67

De PVV-fractie vraagt zich af of aanvullende verzekeringen onderhevig zijn aan risicoselectie. Uit onderzoek blijkt overigens dat ook zieken en ouderen nog steeds toegang hebben tot aanvullende verzekeringen.

Voor aanvullende verzekeringen mogen zorgverzekeraars verzekerden weigeren. Het gaat hier om een private aanvullende ziektekostenverzekeringen, waar ik op grond van Europese schaderichtlijnen geen bemoeienis mee mag hebben.

Vragen 68, 72, 73, 82 tot en met 85

De PVV-fractie vraagt of ik het rechtvaardig vind om de loophulpmiddelen te schrappen en niets te doen aan de miljoenen aan subsidies voor de campagnekassen van de politieke partijen, waarom het eigen risico wordt verhoogd als we geld geven aan Griekenland, hoeveel mensen een hogere eigen bijdrage moeten betalen in verband met de Spaanse banken, hoe lang iemand in het ziekenhuis ligt en een eigen bijdrage betaalt voordat zonnepanelen kunnen worden gesubsidieerd, hoeveel mensen een volledig eigen risico moeten betalen voordat iedereen voor een lager BTW-tarief naar het theater kan, hoeveel hoortoestellen er verkocht moeten worden voordat de zomerfestivals gesubsidieerd kunnen worden en welke kromme gedachte er schuil gaat achter de aanname dat iemand goedkoper naar een dancefeest kan en met het geld dat hij bespaart mooi zelf zijn eigen gehoortoestel kan kopen.

In reactie op deze vragen wil ik allereerst benadrukken dat het doel van het begrotingsakkoord is om te voorkomen dat de overheidsfinanciën echt uit de hand lopen. Gezien deze moeilijke opgave hebben de vijf partijen een Begrotingsakkoord voor 2013 opgesteld. De maatregelen doen pijn, maar het nemen van maatregelen is noodzakelijk. Andere partijen zouden wellicht andere keuzes hebben gemaakt. Dat blijkt ook uit de inbreng van uw Kamer. Aan de orde zijn echter de voorstellen zoals aan uw Kamer zijn gedaan. Van belang is om op te merken dat alles dat wordt betaald aan de zorgverzekering ook wordt uitgegeven aan de zorg en niet aan andere zaken. Ook met de maatregelen uit het Begrotingsakkoord groeit de zorg nog steeds fors. Er gaat dus geen cent van de premie, het eigen risico of het liggeld naar Griekenland, de Spaanse banken, festivals of theaters.

Vraag 69

De PVV-fractie vraagt waarom het basispakket niet meer gelijk is aan de inhoud van het vroegere ziekenfonds. Wat is er in tussentijd eigenlijk allemaal uit geschrapt?

Kenmerk
Z-3120394

Het verzekerde pakket, of dat nu onder de figuur van het ziekenfonds of onder de Zorgverzekeringswet wordt beheerd, is niet in beton gegoten, maar volgt de medisch inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen. De functionele aanspraak zoals geformuleerd op grond van de Zorgverzekeringswet accommodeert de opname van actuele en bewezen nuttige en effectieve behandelingen in het pakket. Daarnaast vergt het bij de tijd houden van het pakket en de noodzaak van een betaalbare zorgverzekering ook dat het pakket zo sober mogelijk wordt gehouden.

In het navolgende overzicht is opgenomen welke zorg na 2006 uit het Zvw-pakket is uitgestroomd.

In 2007 was er geen uitstroom uit het pakket.

Uitstroom 2008

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Verpleegkundige hulp bij thuisbeademing	2008, 370	Naar AWBZ

Uitstroom 2009

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Orgaantransplantaties buiten EU en verdrag landen	2009, 381	Ivm ethische aanvaardbaarheid

Uitstroom 2010

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Eerste 12 zittingen fysiotherapie	2010, 764	Ipv 9
Mondzorg niet boven 18 jaar	2010, 764	Ipv boven 22
Ongecompliceerde extracties (tandheelkundig chirurg)	2010, 764	
Anticonceptiva onder de 21 jaar	2010, 11513	

Uitstroom 2011

Behandeling	Regelgeving	Opmerking
Stoppen met Roken	2011, 467	
Vergoeding voor 5 zittingen ELP	2011, 467	Ipv 8
Aanpassingsstoornissen		
Eigen bijdrage GGZ 2 ^{de} lijn	2011, 467	Behalve bemoeizorg
Eigen bijdrage noodz. verblijf GGZ	2011, 467	Behalve bemoeizorg
Dieetzorg	2011, 467	Behalve keten
Beperken aanspraak maagzuurremmers	2011, 14185	
Eerste 20 zittingen fysiotherapie	2011, 467	Ipv 12
Langdurige/chronische Fysio wervelfractuur chronische reuma juvenile chronische artritis hartaandoeningen bijlage 1	2011, 467	

Ik hecht er belang aan om hierbij op te merken dat er veel nieuwe behandelingen, hulpmiddelen en geneesmiddelen het pakket instromen, waardoor het pakket per saldo groter wordt.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 70 en 71

De PVV-fractie vraagt hoeveel zorgmijders er door de verhoging van het verplicht eigen risico bijkomen en wat zorgmijders gaan kosten op de langere termijn. Zij vraagt de regering om opnieuw onderzoek te doen naar de kosten van zorgmijders.

Ik vind dat zorg uit het basispakket toegankelijk moet zijn ook voor de laagste inkomens. Daarom zullen inkomens onder het minimum inkomen met ingang van 2013 volledige compensatie ontvangen via de zorgtoeslag en daarboven wordt de compensatie langzaam afgebouwd. Zo gaan de laagste inkomens er qua koopkracht door deze maatregel niet op achteruit. Daarom verwacht ik geen substantiële stijging van de zorgmijders. Overigens volgt uit het Ecorys rapport inzake de evaluatie van het verplicht eigen risico uit voorjaar 2011 (Kamerstukken 2010-2011, 29689, nr. 325) dat het verplicht eigen risico niet of nauwelijks heeft geleid tot toename van zorgmijding.

Vraag 74

De PVV-fractie vraagt of het de bedoeling is dat de overheid verdient aan de ziekte van zijn burgers.

Neen. De verhoging van het eigen risico draagt bij aan dekking van de kosten in de Zvw. Het eigen risico betalen de verzekerden aan hun zorgverzekeraar.

Vraag 75

De PVV-fractie vraagt of dit is waar de minister van Volksgezondheid voor wil staan.

Gezien het antwoord op vraag 74 behoeft deze vraag geen beantwoording.

Vraag 76

De PVV-fractie merkt op dat door de verhoging van het verplicht eigen risico vooral zieken gestraft worden. Zij vraagt zich af waarom de overheid er voor kiest om zieken te straffen.

Ik wil benadrukken dat het verplicht eigen risico niet bedoeld is als straf voor mensen die ziek zijn. Door het verplicht eigen risico betalen alle verzekerden een deel van hun zorgkosten zelf. Zo wordt ook het kostenbewustzijn van de verzekerde verhoogd en worden de collectieve lasten verlaagd. Zieken met een laag inkomen en zieken die voorspelbaar het verplicht eigen risico volmaken worden ontzien via de zorgtoeslag en de CER. Zo worden de grootste lasten gedragen door de sterkste schouders.

Vraag 77 en 78

De PVV-fractie vraagt vanaf welk bedrag verzekerden met een laag inkomen worden gecompenseerd en hoeveel compensatie een verzekerde krijgt met een inkomen van € 20.000, € 22.000, € 24.000.

Zoals ook naar voren komt bij vraag 104 van de PVV-fractie zullen de huishoudens

met een inkomen tot het wettelijk minimuminkomen de maximale zorgtoeslag en daarmee compensatie ontvangen. Voor 2013 wordt het wettelijk minimuminkomen geraamd op € 19.012.³ Dit is het verzamelinkomen dat hoort bij het wettelijk minimumloon. Boven dat inkomen wordt in overeenstemming met het bestaande systeem van de zorgtoeslag het bedrag afgebouwd naarmate het inkomen stijgt. Naar huidige inschatting is de compensatie voor een alleenstaande verzekerde zonder kinderen met een bruto inkomen van € 20.000 € 110, voor een verzekerde met een bruto inkomen van € 22.000 is de compensatie € 93 en voor een verzekerde met een bruto inkomen van € 24.000 is de compensatie € 75. Deze € 75 is iets hoger dan de stijging van het gemiddeld eigen risico. Het bovenstaande betreft de stijging van het eigen risico met € 115. Daarnaast geldt voor het resterend deel van het eigen risico dat het gemiddeld eigen risico wordt meegenomen in de zorgtoeslag, terwijl chronisch zieken het bovengemiddelde deel gecompenseerd krijgen via de compensatie eigen risico (CER).

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 79

De PVV-fractie vraagt op welke manier chronisch zieken gecompenseerd gaan worden voor de verhoging van het verplicht eigen risico.

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om verzekerden met een laag inkomen te ontzien voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Chronisch zieken en gehandicapten met een laag inkomen worden net als andere huishoudens met een laag inkomen ontzien via de verhoging van de zorgtoeslag. Chronisch zieken met een hoger inkomen ontvangen afhankelijk van hun inkomen minder of geen zorgtoeslag. Hier wordt een onderscheid gemaakt naar inkomen. De CER, die normaliter gebruikt wordt om chronisch zieken te compenseren, zal niet meestijgen met de verhoging van € 115, omdat deze al wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. De CER zal wel meestijgen met de indexatie van € 15, wat betekent dat voor 2013 de CER met € 9 zal toenemen. Op deze wijze is ook de compensatie voor chronisch zieken wat betreft de verhoging uit hoofde van het begrotingsakkoord 2013 afhankelijk van het inkomen.

Vraag 80

De PVV-fractie vraagt op welke basis dit onderscheid is gemaakt, als ze niet gecompenseerd worden. Deze chronisch zieken zijn vaak in de eerste weken van het jaar al volledig door hun verplicht eigen risico heen.

Zoals ik reeds heb aangegeven op een eerdere vraag van DePVV-fractie, kan het voorkomen dat verzekerden al in januari hun volledig verplicht eigen risico vol maken. Ook nu komt deze situatie voor. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is.

Vraag 81

³ Bron: CPB berekeningen ten behoeve van Centraal Economisch Plan 2012.

De PVV-fractie heeft gevraagd hoeveel geld het iemand oplevert die stopt met roken en waarom wij dat als overheid niet voor iemand gaan betalen.

Kenmerk
Z-3120394

Een persoon die een pakje sigaretten per dag rookt, bespaart ongeveer € 1400 per jaar aan sigaretten als hij niet meer rookt.

Vraag 86

De PVV-fractie vraagt of de maatregel ten koste gaat van de mobiliteit en de zelfredzaamheid van ouderen.

Zoals ik al in eerdere antwoorden heb aangegeven, zal de maatregel voor het merendeel van de slechthorenden juist gunstig uitpakken. Ook de Nederlandse vereniging van slechthorenden steunt de maatregel. Ik verwacht dus niet dat de maatregel ten koste gaat van de mobiliteit en zelfredzaamheid van ouderen.

Vraag 87

De PVV-fractie vraagt zich af waarom de eigen bijdrage in de GGZ wordt teruggedraaid en tegelijkertijd voor 20 miljoen meer een convenant wordt gesloten.

Zoals ik reeds bij het antwoord op vraag 59 heb toegelicht, ben ik niet bekend met een bedrag van € 20 miljoen in relatie tot het gesloten bestuurlijk akkoord in de curatieve GGZ. Wellicht doelt u op het verschil tussen de in de Voorjaarsnota opgenomen maatregelen 'Bestuurlijk akkoord curatieve GGZ' (€ 75 miljoen in 2013) en het 'Verzachten eigen bijdrage GGZ' (€ 55 miljoen in 2013).

In het curatieve GGZ akkoord, zoals ik dat eergisteren heb gesloten en aan uw Kamer heb gestuurd, zijn tevens afspraken gemaakt over de volume-ontwikkeling in de curatieve GGZ. De in de Voorjaarsnota opgenomen maatregelen van € 75 miljoen in 2013 en € 100 miljoen in 2014 maken onderdeel uit van deze afspraken en zijn ingeboekt in het kader van het bestuurlijk akkoord GGZ. Voor de verzachting van de eigen bijdrage GGZ hebben de vijf partijen initieel voor € 40 miljoen ruimte gereserveerd, zoals opgenomen is in het stabiliteitsprogramma. Deze € 40 miljoen is later verhoogd naar € 55 miljoen om de verzachting van de eigen bijdrage in de GGZ mogelijk te maken. De stijging met € 15 miljoen wordt gefinancierd vanuit de € 75 respectievelijk € 100 miljoen uit het bestuurlijk akkoord curatieve GGZ, zoals in de Voorjaarsnota is opgenomen.

Vraag 88

De PVV-fractie vraagt of de eigen bijdrage dan niet het beoogde effect had.

Ik heb nog geen eensluitend beeld over de effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ. In mijn recente brief over de monitor eigen bijdrage (CZ-3115222) heb ik aangegeven dat uit een quick scan is gebleken dat het aantal nieuwe aanmeldingen terug loopt. Het is echter nog niet bekend of dit een uitval van kwetsbare patiënten is of dat dit een inderdaad beoogd remmend effect op de tweedelijns GGZ is. Het is dan ook nog te vroeg om definitieve uitspraken te doen. Ik wacht hiervoor dan ook de resultaten van de monitor af.

Vraag 89

De PVV-fractie vraagt wat de reactie is van de minister op de quick scan GGZ.

Zoals ik per brief aan de Kamer heb laten weten, ben ik een monitor gestart naar de effecten van de invoering van de eigen bijdrage GGZ voor kwetsbare groepen.

Tot die tijd houd ik een vinger aan de pols en heb ik uw Kamer op de hoogte gesteld over de eerste signalen die ik ontvangen heb uit de quick-scan. Ik ben dan ook benieuwd of met de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ een remmend effect op de tweedelijns GGZ is bewerkstelligd en ik ben benieuwd of patiënten de weg naar de eerste lijn beter kunnen vinden. Voor nu vind ik het van belang om de invoering van de eigen bijdrage te blijven volgen en neem ik de signalen serieus. Echter zoals mijn formulering ook weergeeft blijven het eerste signalen op basis van een quickscan. Dit is nog niet genoeg voor een definitieve reactie en ik kan dus ook nog geen conclusies trekken. Ik wacht hiervoor dan ook de resultaten van de monitor af.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 90

De PVV-fractie vraagt hoeveel duurder de tweedelijns-GGZ gaat worden, nu de eigen bijdrage deels vervalt.

De netto-uitgaven van de tweedelijns-GGZ stijgen als gevolg van de verzachting van de eigen bijdrage GGZ met ingang van 2013 naar verwachting met € 55 miljoen. Hiervoor is dekking gevonden binnen het begrotingsakkoord.

Vraag 91

De PVV-fractie vraagt wat ik vind van het DSM-5-classificatiesysteem en of ik van mening ben dat dit in Nederland moet worden ingevoerd.

Zolang de American Psychiatric Association (APA) nog werkt aan herziening, zie ik geen aanleiding om een beleidsmatig oordeel te vellen over het al dan niet introduceren van de DSM V in Nederland. Het is aan de wereldwijde expertgroepen van beroepsbeoefenaren om te bepalen welke aanpassingen aan dit classificatiesysteem inhoudelijk noodzakelijk zijn. Daar waar dit leidt tot onderlinge controverse zullen zij zelf moeten zorgen voor een passende oplossing, die recht doet aan de wetenschappelijke stand van zaken en die eenduidige toepassing van de DSM in de praktijk mogelijk maakt.

Voor zover deze discussie over herziening van de DSM raakt aan de reikwijdte van het basispakket en gepast gebruik voor de geneeskundige GGZ volg ik deze wel kritisch. Ik ben van mening dat onnodige medicalisering moet worden voorkomen. Zowel uit het oogpunt van kwaliteit van zorg als van kostenbeheersing.

Eventuele toename van te vergoeden behandeling is echter niet eenzijdig afhankelijk van het door professionals gehanteerde classificatiesysteem. Voor vergoeding van behandeling voor psychiatrische patiënten is binnen het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) het basispakket leidend. Hiervoor moet duidelijk zijn wanneer er sprake is van onbetwistbare geneeskundige GGZ en wanneer van niet-noodzakelijke vormen van GGZ-zorg. Het CVZ is gevraagd om in haar pakketadvies daarover te adviseren.

Inmiddels is het eerste deel van het pakketadvies voor de geneeskundige GGZ gepubliceerd, dat ingaat op de nadere invulling van de bestaande aanspraak en gepast gebruik. Mijn reactie heeft u recent ontvangen. Publicatie van een tweede advies staat voor december 2012 gepland. Hierin zal worden ingegaan op de andere twee punten. Op basis hiervan zal ik zo nodig mijn beleid aanpassen.

Vraag 92

De PVV-fractie heeft gevraagd waarom dieetadvisering voor niet-zieken weer in het basispakket gaat.

In het Begrotingsakkoord 2013 is € 44 miljoen ter beschikking gesteld voor uitbreiding van het pakket met dieetadvisering. Daarom wordt dieetadvisering weer in het pakket opgenomen voor verzekerden voor wie een medische indicatie is afgegeven.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 93

De PVV-fractie heeft gevraagd wat de argumenten waren om dieetadvisering voor niet-zieken eruit te halen.

Het verwijderen van dieetadvisering in het pakket per 1 januari 2012 betrof een van de maatregelen die onderdeel vormden van het ombuigingspakket 2012.

Vraag 94

De PVV-fractie heeft gevraagd of de argumenten om dieetadvisering uit het pakket te halen voor niet-zieken ineens niet relevant meer zijn.

Zie het antwoord op vraag 31.

Vraag 95

De PVV-fractie vraagt hoeveel maatregelen nog genomen worden om de zorg voor zieken onbetaalbaar te maken.

Ik deel de mening van "de PVV-fractie niet dat de zorg voor zieken onbetaalbaar wordt gemaakt. Ik ben me er terdege van bewust dat de maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013 ook de burger in zijn portemonnee raakt. Deze maatregelen zijn echter nodig om ook voor 2013 de kosten in de zorg beheersbaar te houden. Daarbij vind ik dat eigen bijdragen een essentieel onderdeel zijn van een houdbaar systeem in de zorg. Eigen bijdragen helpen het kostenbewustzijn te verbeteren en de collectieve lasten verder verlagen. Ik heb de Tweede Kamer vorige week een analyse hierover gestuurd "Hoeveel is extra zorg ons waard", waarop ik hier nader in ga. De verhoging van het verplicht eigen risico wordt gecompenseerd via de zorgtoeslag. Ook worden de eigen bijdragen GGZ verzacht voor verzekerden met een inkomen onder de 110% minimuminkomen.

Vraag 96, 97, 99

De PVV-fractie vraagt hoeveel betalingsregelingen er worden getroffen, doordat mensen het verplicht eigen risico niet kunnen betalen en hoeveel dit door de verhoging van het verplicht eigen risico zal stijgen. Ook vraagt de fractie wat ik vind van de situatie dat Nederlandse burgers een betalingsregeling moeten treffen om de kosten voor hun gezondheid te kunnen betalen.

Het is niet bekend hoeveel mensen een betalingsregeling treffen met hun zorgverzekeraar om de kosten van het verplicht eigen risico te betalen. Het is ook niet bekend hoeveel het aantal betalingsregelingen zal stijgen door deze verhoging van het verplicht eigen risico. Naar verwachting zal deze stijging beperkt zijn, omdat lage inkomens voor de verhoging van het verplicht eigen risico ook worden gecompenseerd via de zorgtoeslag.

Het is voor de verzekerde vervelend dat hij eventueel een betalingsregeling moet treffen, als hij niet kan voldoen aan het verplicht eigen risico. Dit kan met name het geval zijn voor verzekerden met een laag inkomen die vroeg in het jaar het verplicht eigen risico vol maken. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per

verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is.

Kenmerk
Z-3120394

In principe moet iedereen in Nederland de zorgkosten kunnen betalen. Daarvoor is de zorgtoeslag in het leven geroepen.

Vraag 98

De PVV-fractie vraagt hoeveel verzekerden hun zorgverzekering niet meer kunnen betalen, als ze eenmaal ziek zijn geweest.

Ik begrijp de vraag aldus, dat iemand die ziek is geweest mogelijk geconfronteerd wordt met betaling van het verplicht eigen risico, en dan betalingsproblemen kan krijgen omdat die persoon dan ook de (nominale) premie nog moet betalen. In mijn brief van 12 juni jl. aan uw Kamer (met kenmerk Z-3118959), heb ik uitgelegd dat een verzekerde ruim van te voren rekening kan houden met de eventuele betaling van het verplicht eigen risico als gevolg van behandeling in een ziekenhuis, omdat er een vertragingseffect ontstaat. Eventuele betalingsachterstand bij het betalen van het verplicht eigen risico leidt er overigens niet toe dat verzekerden sneller worden aangemeld bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Daarvoor geldt dat er een premieachterstand moet zijn ontstaan van minimaal zes maandpremies. Overigens bieden veel zorgverzekeraars de mogelijkheid om op verzoek van de verzekerde een betalingsregeling te treffen.

Vraag 100

De PVV-fractie vraagt zich af waarom ik wil voldoen aan de eis 3% uit Brussel.

Het is onjuist dat het Begrotingsakkoord 2013 louter is geschreven, omdat het kabinet moet voldoen aan de 3% eis van Brussel. De vijf partijen hebben voor deze maatregelen gekozen omdat ze de overheidsfinanciën voor 2013 op orde willen krijgen. Ze willen de rekening niet doorsturen naar de volgende generaties. Zonder dit pakket was - met verkiezingen in aantocht - het risico te groot dat 2013 een verloren jaar zou zijn voor de gezondmaking van de overheidsfinanciën. Dat risico moeten we niet (willen) lopen.

Vraag 101

De PVV-fractie vraagt of de volledige compensatie van het hogere eigen risico via de zorgtoeslag in plaats van via de compensatie voor het verplicht eigen risico (CER) juridisch wel correct is?

Ja, de bij het Begrotingsakkoord 2013 betrokken partijen hebben besloten om de zorgtoeslag nog inkomensafhankelijker te maken door de volledige compensatie voor de laagste inkomens via de zorgtoeslag. Het inkomensafhankelijker maken van de zorgtoeslag is juridisch mogelijk binnen de bestaande Wet op de zorgtoeslag. Het Begrotingsakkoord 2013 bevat de keuze om deze gedeeltelijke compensatie via de CER te schrappen omdat voor de laagste inkomens volledige compensatie via de zorgtoeslag plaatsvindt. Het wetsvoorstel bevat de juridische

effectuering van die keuze via een wijziging van de Zorgverzekeringswet.⁴

Vraag 102

De PVV-fractie vraagt waarom de verhoging van het verplicht eigen risico via de zorgtoeslag wordt gecompenseerd en niet via de CER.

Kenmerk
Z-3120394

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om verzekerden met een laag inkomen te ontzien voor de verhoging van het verplicht eigen risico. De zorgtoeslag is hiervoor het beste instrument, want de zorgtoeslag compenseert nu ook al verzekerden met een laag inkomen voor het gemiddeld verplicht eigen risico.

Vraag 103

De PVV-fractie vraagt of de laagste inkomens volledig worden gecompenseerd voor de verhoging van het verplicht eigen risico.

Ja, de huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimuminkomen ontvangen de maximale zorgtoeslag. Voor 2013 wordt het wettelijk minimum inkomen geraamd op € 19.012.⁵ Dit is het verzamelinkomen dat hoort bij het wettelijk minimumloon. Boven dat inkomen wordt in overeenstemming met het bestaande systeem van de zorgtoeslag het bedrag afgebouwd naarmate het inkomen stijgt.

Vraag 104

De PVV-fractie vraagt zich af of bij de compensatie via de zorgtoeslag ook wordt gekeken naar het zorggebruik van de patiënt.

Nee, de compensatie via de zorgtoeslag is onafhankelijk van het zorggebruik. Zo kan het voorkomen dat verzekerden meer gecompenseerd krijgen dan dat ze daadwerkelijk hebben gebruikt. Ook nu wordt het gemiddelde verplicht eigen risico gecompenseerd via de zorgtoeslag en ontvangen verzekerden via de zorgtoeslag soms meer dan hun daadwerkelijke uitgaven. Door deze maatregel zal de verhoging van het verplicht eigen risico volledig worden gecompenseerd via de zorgtoeslag voor inkomens tot € 19.012. Dit betekent dus een hogere compensatie voor lage inkomens dan in de huidige regeling het geval is. De compensatie via de zorgtoeslag maakt het mogelijk om met gebruikmaking van bestaande instrumenten de laagste inkomens te ontzien zonder dat kostbare administratieve aanpassingen nodig zijn. De compensatie wordt via de zorgtoeslag op basis van het huishoudinkomen afgebouwd. Een systeem waarbij de relatie tussen de gemaakte kosten voor de zorg en het inkomen veel directer is, is niet eenvoudig vorm te geven en daardoor niet op korte termijn voorhanden.

Vraag 105

De PVV-fractie zou graag willen weten wat de gevolgen zijn van de verhoging van het verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag voor de

⁴ Bij wijze van technische toelichting: het bedrag van de zorgtoeslag is het verschil tussen de standaardpremie en de normpremie. De hoogte van de normpremie is een percentage van het drempelinkomen (minimumloon) en een percentage van het deel van het inkomen boven het drempelinkomen. De percentages worden bij algemene maatregel van bestuur aangepast. De laagste inkomens krijgen via een verlaging van het percentage van het drempelinkomen volledige compensatie voor het hogere eigen risico.

⁵ Bron: CPB berekeningen ten behoeve van Centraal Economisch Plan 2012.

administratieve lasten.

De verhoging van het verplicht eigen risico, de aanpassing van de compensatie verplicht eigen risico en de compensatie via de zorgtoeslag hebben geen gevolgen voor de uitvoeringskosten en de administratieve lasten. Deze maatregelen passen binnen de huidige systemen.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 106

De PVV-fractie vraagt of de groep die wordt gecompenseerd voor het verplicht eigen risico ook de groep is met de grootste zorgvraag.

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om de verhoging van het verplicht eigen risico van € 115 te compenseren via de zorgtoeslag. Zo komt de compensatie terecht bij verzekerden met een laag inkomen, wat niet per definitie dezelfde groep hoeft te zijn als verzekerden met de grootste zorgvraag. Verzekerden met een grote zorgvraag die door hun hoge inkomen geen zorgtoeslag ontvangen worden niet gecompenseerd voor de verhoging van het verplicht eigen risico van € 115. Als zij voldoen aan de eisen van de CER ontvangen zij nog wel een compensatie via de CER voor het verplicht eigen risico voor zover dit niet de verhoging van € 115 betreft.

Vraag 107

De PVV-fractie merkt op dat sommige patiënten het verplicht eigen risico in januari volmaken. De fractie vraagt zich af of de compensatie van het verplicht eigen risico al aan het begin van het jaar plaatsvindt.

Nee, de compensatie via de zorgtoeslag zal, net zoals nu, maandelijks via de zorgtoeslag plaatsvinden. Het kan voorkomen dat verzekerden al in januari hun volledig verplicht eigen risico opmaken. Ook nu komt deze situatie voor. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen. Een verzekerde kan hiervoor een verzoek indienen. De zorgverzekeraar is niet verplicht het verzoek te honoreren, dit wordt per verzekerde bekeken. Ik ben niet voornemens om zorgverzekeraars te verplichten om de verzoeken te honoreren. Het verplicht honoreren van betalingsregeling biedt namelijk ook mogelijkheden voor verzekerden, die het verplicht eigen risico wel zouden kunnen betalen, om een betalingsregeling aan te vragen. Ik laat de zorgverzekeraars dus vrij om per geval te bepalen of een betalingsregeling nodig is.

Vraag 108

De PVV-fractie vraagt zich af of de verhoging van het verplicht eigen risico wel rechtvaardig is.

Ja, het Nederlandse systeem is op dit moment al zeer solidair, immers ook verzekerden met een hoge ziektelast krijgen hun noodzakelijke zorg gewoon vergoed. Voor deze vergoedingen geldt tevens dat een verzekerde in internationaal perspectief relatief lage eigen bijdragen hoeft te betalen. Om een solidair systeem in stand te houden is nu wel een verhoging van het verplicht eigen risico nodig. Juist omdat het verplicht eigen risico betrekking heeft op alle verzekerden van 18 jaar en ouder is het ook een relatief solidaire maatregel. Ook gezonde verzekerden met eenmalige zorgkosten, bijvoorbeeld vanwege een gebroken teen, krijgen te maken met het eigen risico. Dat is tevens een element van solidariteit.

Bovendien wordt de verhoging van het verplicht eigen risico voor de verzekerden

met een laag inkomen gecompenseerd via de zorgtoeslag. Het maximum bedrag voor de zorgtoeslag wordt met € 115 verhoogd voor 2013. Dit is gelijk aan de verhoging van het verplicht eigen risico uit hoofde van het begrotingsakkoord 2013. Huishoudens met een inkomen onder het wettelijk minimumloon worden dus volledig gecompenseerd voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Huishoudens met een inkomen boven het wettelijk minimumloon ontvangen naarmate hun inkomen hoger ligt minder zorgtoeslag en dus minder compensatie. De verhoging van het verplicht eigen risico is dus in die zin rechtvaardig dat de laagste inkomens volledig worden ontzien en de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 109

De PVV-fractie merkt op dat zorgverzekeraars Menzis en Uvit verwachten dat het aantal wanbetalers zal stijgen. De fractie vraagt zich af waarom ik dan toch verwacht dat het aantal wanbetalers als gevolg van de verhoging van het verplicht eigen risico niet zal stijgen.

Ik verwacht door de verhoging van het verplicht eigen risico in combinatie met compensatie via de zorgtoeslag geen stijging van het aantal wanbetalers. Voor de laagste inkomens zullen de kosten niet stijgen. Zij worden immers gecompenseerd via de zorgtoeslag. Daarenboven geldt dat iemand niet zomaar wanbetaler wordt. Het ontstaan van schulden en schuldproblematiek is een breed maatschappelijk probleem dat niet alleen de zorgsector raakt of door de zorgsector veroorzaakt wordt. De wanbetalersproblematiek in de zorgsector heeft, zoals u bekend is, wel mijn nadrukkelijke aandacht. In de zomer stuur ik de VWS-verzekerdenmonitor naar de Kamer. Hierin zal ik de Kamer uitvoerig informeren over de laatste stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingen bij de bijzondere groepen, te weten de wanbetalers, de onverzekerde verzekeringsplichtigen, illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, gemoedsbezwaarden en de verdragsgerechtigden.

Vraag 110

De PVV-fractie vraagt zich af wat de verhoging van het verplicht eigen risico zegt over de solidariteit van het stelsel.

De inkomenssolidariteit van het stelsel wordt nog groter nu de verhoging van het verplicht eigen risico voor de lage inkomens wordt gecompenseerd. Huishoudens met hoge inkomens die geen zorgtoeslag ontvangen zullen voor de verhoging niet gecompenseerd worden.

Vraag 111

De PVV-fractie vraagt waarom stoppen met roken weer in het pakket zit.

Bij het Begrotingsakkoord 2013 hebben betrokken partijen afgesproken dergelijke programma's weer in het pakket op te nemen.

Vraag 112

De PVV-fractie heeft gesteld dat maagzuurremmers alleen bij chronisch gebruik worden vergoed. Bij sommige aandoeningen is er geen constant gebruik. Kan dat niet ook onder chronisch gebruik worden gerekend?

Onder chronisch gebruik wordt verstaan gebruik langer dan zes maanden voor een chronische ziekte. Het is aan de voorschrijvende arts om te bepalen of de patiënt

aan dit criterium voldoet. Vanwege de beperkte kosten van deze middelen, kunnen bij kortdurend gebruik de maagzuurremmers voor eigen rekening komen.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 113

De PVV-fractie heeft gesteld dat de maatregel waarmee maagzuurremmers uit het pakket zijn gehaald, niet werkt. Het blijkt dat voorschrijvers nu uitwijken naar duurdere (combinatie-)preparaten. Kortom moet deze maatregel niet worden herzien.

Dat de maatregel niet goed werkt of dat voorschrijvers uitwijken naar andere, duurdere, middelen blijkt niet uit de cijfers die ik van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) krijg. Ik blijf de ontwikkelingen volgen en ontvang daartoe maandelijks cijfers van de SFK.

Vraag 114 t/m 116

De PVV-fractie vraagt wat ik vind van het DSM V classificatiesysteem en of ik het verantwoord vind dat verzekeraars hier hun vergoeding op gaan baseren

Zolang de American Psychiatric Association (APA) nog werkt aan herziening, zie ik geen aanleiding om een beleidsmatig oordeel te vellen over het al dan niet introduceren van de DSM V in Nederland. Het is aan de wereldwijde expertgroepen van beroepsbeoefenaren om te bepalen welke aanpassingen aan dit classificatiesysteem inhoudelijk noodzakelijk zijn. Daar waar dit leidt tot onderlinge controverse zullen zij zelf moeten zorgen voor een passende oplossing, die recht doet aan de wetenschappelijke stand van zaken en die eenduidige toepassing van de DSM in de praktijk mogelijk maakt.

Voor zover deze discussie over herziening van de DSM raakt aan de reikwijdte van het basispakket en gepast gebruik voor de geneeskundige GGZ volg ik deze wel kritisch. Ik ben van mening dat onnodige medicalisering moet worden voorkomen. Zowel uit het oogpunt van kwaliteit van zorg als van kostenbeheersing. Eventuele toename van te vergoeden behandeling is echter niet eenzijdig afhankelijk van het door professionals gehanteerde classificatiesysteem. Voor vergoeding van behandeling voor psychiatrische patiënten is binnen het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) het basispakket leidend. Hiervoor moet duidelijk zijn wanneer er sprake is van onbetwistbare geneeskundige GGZ en wanneer van niet-noodzakelijke vormen van GGZ-zorg. Het CVZ is gevraagd om in haar pakketadvies daarover te adviseren.

Inmiddels is het eerste deel van het pakketadvies voor de geneeskundige GGZ gepubliceerd, dat ingaat op de nadere invulling van de bestaande aanspraak en gepast gebruik. Mijn reactie heeft u recent ontvangen. Publicatie van het tweede deel van het advies, waarin een scherpere afbakening van de GGZ-aanspraken wordt onderzocht, staat voor december 2012 gepland. Op basis hiervan zal ik zo nodig mijn beleid aanpassen.

CDA

Vraag 1

De CDA-fractie vraagt zich af wat er wordt gemonitord in GGZ. Is het mijden van GGZ onderwerp van de onderzoeksmonitor?

In de monitor worden de effecten van de invoering van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ voor kwetsbare groepen onderzocht. In de monitor wordt onder andere gekeken naar:

Kenmerk
Z-3120394

- Het zorggebruik: aantal behandelafspraken en het aantal minuten.
- De zorguitval: waarom stoppen patiënten (voortijdig) met de behandeling.
- De zorgverplaatsing: neemt bijvoorbeeld het beroep op de huisarts toe?

Daarnaast wordt, met behulp van registratiegegevens en een enquête onder huisartsen, retrospectief gekeken naar zorgmijding van patiënten: hoe verhoudt het aantal nieuwe aanmeldingen zich ten opzichte van de voorgaande jaren?

Vraag 2

De CDA-fractie informeert naar de extra uitvoeringskosten van het CAK bij compensatie eigen bijdrage GGZ. Hoe en wanneer komen de resultaten van de uitvoeringstoets gevraagd aan het CAK?

De tegemoetkoming voor de eigen bijdrage voor de behandeling in de tweedelijns GGZ leidt inderdaad tot uitvoeringskosten bij het CAK. Het precieze bedrag hiervan is nog niet bekend.

Ik heb het CAK gevraagd om een uitvoeringstoets. Deze geeft input voor het vaststellen van het budget voor de beheerskosten van het CAK voor uitvoering van de taken die samenhangen met deze maatregel. Ik verwacht over 10 weken de uitvoeringstoets (inclusief de begrote uitvoeringskosten) te ontvangen van het CAK.

Vraag 3

De CDA-fractie stelt dat zorgverzekeraars een vergoeding kunnen krijgen voor het aanleveren gegevens voor de tegemoetkoming GGZ. Zij vraagt wanneer ze dat krijgen en wie dat bepaalt.

Op dit moment verwacht ik niet dat het nodig is verzekeraars te vergoeden voor de werkzaamheden in het kader van de verzachting van de eigen bijdrage GGZ. Deze tegemoetkoming leidt namelijk naar verwachting slechts tot een marginale stijging van de administratieve lasten voor zorgverzekeraars.

Desondanks is bij nota van wijziging voorzien in een grondslag voor een eventuele vergoedingsregeling. Daardoor kan ik besluiten zorgverzekeraars voor deze werkzaamheden te vergoeden, mocht onverhoopt blijken dat het toekennen van een dergelijke vergoeding toch in de rede ligt.

Vraag 4

De CDA-fractie zou graag horen hoe wordt gewaarborgd dat CAK geen privacygevoelige informatie krijgt bij verzachten eigen bijdrage GGZ.

Indien de CDA-fractie met deze vraag doelt op informatie over de aard van de stoornis, dan kan ik u verzekeren dat deze informatie niet wordt verstrekt aan het CAK. Het CAK heeft deze informatie ook niet nodig voor het uitvoeren van haar taak. Het CAK krijgt alleen die informatie die benodigd is om de tegemoetkoming voor de laagste inkomens uit te kunnen voeren. Dit betreft informatie over de hoogte van de betaalde eigen bijdrage (100 of 200 euro), het burgerservicenummer, het rekeningnummer, de woonplaats en de geboortedatum van de verzekerde. Daarnaast vraagt het CAK bij de Gemeentelijke Basisadministratie na of en zo ja welke partner geregistreerd is. Vervolgens vraagt het CAK bij de Belastingdienst het inkomen van verzekerde en de eventuele partner op. Op basis van deze gegevens is het CAK in staat om de

tegemoetkoming uit te voeren.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 5

De CDA-fractie spreekt erover dat mensen een overzicht van gedeclareerde zorgkosten willen. De fractie vraagt wat de stand van zaken is bij de declaratieoverzichten die zorgverzekeraars zouden moeten gaan verstrekken

Ik heb dit in 2011 verschillende keren met ZN besproken. ZN geeft aan dat in principe iedere verzekeraar op zijn site een module heeft waar de verzekerde als zijn gegevens kan inzien. Ook kunnen verzekeraars te allen tijde telefonisch schade-informatie opvragen.

Volledigheidshalve merk ik op, dat ik op 11 april een brief aan uw Kamer heb verzonden (Kamerstukken 2011-2012, 33000-XVI nr. 173) over een aantal zaken die raken aan het onderwerp kostenbewustzijn. In deze brief wordt de stand van zaken rondom de verschillende onderwerpen gegeven en een overzicht gegeven van welke afspraken er, in nauwe samenwerking met veldpartijen (o.a. NFU, NPCF, NVZ en ZN), in dit kader zijn gemaakt.

Er zijn dus veel stappen gezet. Wij blijven dit nauwlettend volgen. De verzekerde moet wat mij betreft niet bij zijn verzekeraar actief na hoeven vragen, maar moet dit via internet makkelijk kunnen inzien.

Vraag 6

De CDA-fractie stelt dat de verhoging van het verplicht eigen risico premiestijging voorkomt. Ze merkt op dat ook de CER-criteria bijstelling behoeven. De fractie vraagt zich af hoe het daarmee staat.

Ik heb meerdere malen met uw Kamer gediscussieerd over de Wtcg en CER en heb uw Kamer een samenhangende visie over de Wtcg en CER toegezegd. Door de demissionaire status van dit Kabinet zal ik niet zelf met oplossingen kunnen komen.

Wel zal ik uw Kamer voor de zomer een analyse sturen over de regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten.

Vraag 7

De CDA-fractie vraagt wanneer de aangekondigde monitor over de alternatieven voor het terugbrengen van het aantal IVF-behandelingen komt.

De effecten van de IVF-maatregel zullen eind 2013 worden gemonitord.

Vraag 8

De CDA-fractie vraagt naar de overheveling van de geriatrische revalidatie naar de Zvw. De fractie vraagt wat dit betekent voor de Zvw-premie?

Door de overheveling stijgen de uitgaven ten laste van de Zvw en dalen de uitgaven ten laste van de AWBZ. De overheveling vindt macroneutraal plaats dus de totale uitgaven stijgen niet. Omdat de Zvw lastendekkende premies kent, leiden de hogere Zvw-uitgaven tot hogere Zvw-premies (de nominale premie circa 25 euro hoger en de inkomensafhankelijke bijdrage stijgt met circa 0,5%-punt hoger); het saldo van het Zvw-fonds verandert niet. De stijging van de nominale

premie wordt automatisch gecompenseerd via een hogere zorgtoeslag. In de AWBZ wordt gewerkt met een constante premie. De lagere AWBZ-uitgaven leiden daarmee tot een beter saldo in het AWBZ-fonds. Per saldo zou de overheveling zonder nadere maatregelen leiden tot een lastenverzwaring en een beter EMU-saldo. De overheveling is echter niet bedoeld als lastenverzwaring. Daarom komt er voor zowel bedrijven als burgers een lastenverlichting buiten de zorg, die er toe leidt dat beide groepen per saldo geen lastenverzwaring ondervinden en het EMU-saldo ongewijzigd blijft. Deze overheveling is dus wel in de zorgverzekeringspremie terug te zien.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 9

De CDA-fractie vraagt of alle pakketmaatregelen voor 2013 op tijd klaar zijn.

De pakketmaatregelen per 1 januari 2013 zullen op tijd klaar zijn. Dan kunnen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de implementatie daarvan tijdig ter hand nemen. Met de parlementaire behandeling van de pakketmaatregelen vóór het zomerreces is beoogd op een zodanig tijdstip duidelijkheid te verschaffen dat voldoende tijd resteert voor implementatie en voorlichting.

D66

Vraag 1

De D66-fractie stelt dat de compensatie van eigen bijdrage GGZ voor laagste inkomens gaat op basis van inkomen t-2. Kan dat niet op basis van recentere inkomensgegevens? En wat betekent dat voor uitvoeringskosten?

Er wordt uitgegaan van inkomensgegevens van het tweede jaar voor het berekeningsjaar (t-2).

Deze inkomens behoeven in 99,6% van de situaties geen bijstelling. Op deze manier wordt aangesloten bij de Wtcg en de eigen bijdragen voor de AWBZ en de Wmo. Dit voorkomt verwarring bij cliënten en draagt bij aan lagere uitvoeringskosten bij het CAK.

Vraag 2

De D66-fractie vraagt of de minister patiëntenorganisaties wil betrekken bij de monitor eigen bijdrage GGZ.

Ik heb het landelijk platform GGZ, net als andere partijen uit de sector, uitgenodigd voor de begeleidingsgroep. Deze begeleidingsgroep is betrokken bij de opzet, voortgang en resultaten van de monitor. De begeleidingsgroep wordt gevraagd om vanuit de eigen expertise en achtergrond mee te denken over de uitvoering van het onderzoek. Het landelijk platform GGZ is vooralsnog niet ingegaan op de uitnodiging voor deelname aan de begeleidingsgroep. Deze uitnodiging blijft staan, ik hoop dat het landelijk platform GGZ er alsnog voor kiest om aan te schuiven bij de begeleidingsgroep.

Vraag 3

De D66-fractie vraagt zich af wat de stand van zaken is met betrekking tot e-health.

Twee weken geleden heb ik u een brief gestuurd over de stand van zaken e-health en de nationale implementatieagenda e-health van de veldpartijen. Ik wil u naar

die brief verwijzen voor de stand van zaken met betrekking tot e-health.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 4

De D66-fractie vraagt of de minister wil onderzoeken hoe de compensatie voor verhoging verplicht eigen risico beter gekoppeld kan worden aan zorggebruik.

Ik zie twee opties om de compensatie van het verplicht eigen risico beter te koppelen aan het zorggebruik van de patiënt. Ten eerste kan het verplicht eigen risico gekoppeld worden aan de CER. De CER compenseert verzekerden die voorspelbaar het verplicht eigen risico vol maken voor hun extra kosten ten opzichte van een gemiddelde verzekerde. Dit compensatiemechanisme houdt dus rekening met het zorggebruik van de verzekerde. Echter, compensatie via de CER zou betekenen dat een grote groep verzekerden met een laag inkomen en hoge zorglasten niet meer gecompenseerd zou worden voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Dit zou ingaan tegen de afspraken in het Begrotingsakkoord 2013, waarin juist is gekozen om lage inkomens voor de verhoging van het verplicht eigen risico te ontzien.

Ten tweede zou wellicht op middenlange termijn een nieuw compensatiemechanisme kunnen worden opgezet dat een koppeling maakt tussen het zorggebruik en het inkomen van verzekerden. Aangezien het hier zou gaan om een nieuw compensatiemechanisme kan dit leiden tot een (grote) stijging van de administratieve lasten voor betrokken partijen, waaronder de zorgverzekeraars, de belastingdienst en afhankelijk van de gekozen uitvoeringsvariant ook het CAK en de burger. Het grootste knelpunt zit in het feit dat het zorggebruik en het inkomen worden geregistreerd door twee verschillende instanties, respectievelijk zorgverzekeraars en belastingdienst, die beide niet over de gegevens van de ander kunnen dan wel mogen beschikken. Invoering van een dergelijke regeling voor 1 januari 2013 zou ook niet mogelijk zijn geweest en hogere kosten met zich meebrengen in zowel de reguliere uitvoering als bij de omzetting van de systemen. Om deze redenen is niet voor deze variant gekozen.

Aangezien de twee opties inclusief de voor- en nadelen bekend zijn lijkt mij een onderzoek naar een betere koppeling tussen de compensatie voor het verplicht eigen risico en het zorggebruik overbodig.

Vraag 5

De D66-fractie heeft gevraagd hoe de € 7, 50 eigen bijdrage per ligdag ziekenhuis in rekening wordt gebracht en wat de administratieve en uitvoeringslasten van deze maatregel zijn.

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar bepaalt dus hoe de eigen bijdrage in rekening wordt gebracht. Hij kan zelf de eigen bijdrage bij de verzekerde in rekening brengen. Ook kan hij kan desgewenst afspraken maken met de zorgaanbieders om de eigen bijdrage voor hem in rekening te brengen.

De maatregelen sluiten aan bij reguliere informatiestromen zoals deze nu al zijn georganiseerd tussen (zorg)instellingen, verzekeraars en cliënten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wisselen namelijk in de huidige situatie al gegevens uit over de zorgconsumptie van de cliënten/patiënten. Er hoeven dan ook geen nieuwe informatiestromen tot stand te worden gebracht, zodat dat in de praktijk geen grote gevolgen heeft. Ook de inning van de eigen bijdrage(n) valt binnen de reguliere processen, omdat nu al gegevens worden gewisseld ten behoeve van zowel het vrijwillig als het verplicht eigen risico. Wel moet de inhoud van de

informatiestroom voor de informatie over het aantal verpleegdagen worden aangepast. Dat vergt dus eenmalig een extra inspanning.

Kenmerk
Z-3120394

Vraag 6

De D66-fractie vraagt hoeveel IVF-behandelingen behouden blijven. Hoe komt er kostenverlaging doordat het aantal meerlingen wordt beperkt?

Het aantal pogingen blijft, zoals nu, behouden op drie. Doordat geregeld wordt dat voor vrouwen tot achtendertig jaar de eerste twee ivf-pogingen alleen voor rekening van de zorgverzekering komen, als er slechts één embryo wordt terug geplaatst, worden meerlingen voorkomen. De meerkosten van meerlingzwangerschappen hangen samen met zwangerschapscomplicaties, extra geboortekosten, extra kosten eerste levensjaar en extra kosten op langere termijn.

GroenLinks

Vraag 1

De GroenLinks-fractie vraagt of de eigen bijdrage hoortoestellen betekent dat deze hulpmiddelen duurder worden? Moet er niet toch ook een maximumvergoeding worden gesteld.

Het huidige systeem van een maximum vergoeding heeft grote nadelen. Er is nu geen enkele prikkel tot prijsonderhandeling omdat de schadelast nu voor iedere verzekeraar hetzelfde is. De maximum vergoeding van € 500 is verworden tot een minimumprijs.

Dit kan doorbroken worden door de functiegerichte aanspraak in te voeren én maximum vergoeding te schrappen. De financiële prikkel hoort daarmee te liggen waar hij hoort, namelijk bij de inkopende verzekeraar. Wat dat betreft verwijs ik naar het succes van het geneesmiddelenbeleid waar de prijzen fors gedaald zijn.

PvdA

Vraag 1

De PvdA-fractie vraagt of het niet mogelijk is om een forsere slag te maken als het gaat om de informatievoorziening in de zorg.

De overheid is verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en schept vanuit die systeemverantwoordelijkheid randvoorwaarden. Daardoor kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars als private partijen hun rol in het zorgstelsel nemen.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en moeten hierover transparant zijn richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid. De hiervoor benodigde gegevensuitwisseling sluit aan op hun taken, verantwoordelijkheden en bedrijfsvoering.

Wanneer de publieke belangen onvoldoende behartigd worden met zelfregulering, moeten vanuit de systeemverantwoordelijkheid van de overheid eisen worden gesteld aan informatievoorziening en gegevensuitwisseling. Daarom is aandacht voor informatievoorziening en gegevensuitwisseling bij beleidsvorming noodzakelijk.

Op 15 juni 2012 heb ik het rapport 'Naar beter betaalbare zorg' van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven aan uw Kamer aangeboden. In bijlage 4 van het rapport wordt ingegaan verbetering informatievoorziening zorguitgaven. Het gaat om de mogelijkheden die er zijn om te komen tot een betere informatievoorziening opdat eerder en beter zicht ontstaat op de werkelijke ontwikkelingen in de zorguitgaven evenals op oorzaken van eventuele afwijkingen ten opzichte van de ramingen.

Kenmerk
Z-3120394

De aanbevelingen van de Taskforce hebben betrekking op drie deelonderwerpen:

- Versnellen informatievoorziening over de zorguitgaven;
- Verbeteren monitoring zorguitgaven gedurende het jaar: 'early warning';
- Verbeteren beleidsinformatie.

Gelet op de demissionaire status van het kabinet acht ik het niet passend een reactie op dit ambtelijk rapport te geven.

Vraag 2

De PvdA-fractie vraagt of de minister voelt voor regionale experimenten (met regionale budgetten) waarbij de burgers betrokken zijn.

Ik heb eerder aangegeven open te staan voor initiatieven om de noodzakelijke verschuivingen in de zorg te realiseren. Uit de inventarisatie die ik nu uitvoer blijkt dat met name de eerstelijnszorgaanbieders initiatiefnemers zijn. Gekoppeld aan hun werkgebied hebben initiatieven veelal een regionaal karakter. Dit is niet hetzelfde als voorstellen voor regionale budgetten. Partijen zoeken binnen het huidige stelsel nieuwe contractvormen voor afgebakende populaties van patiëntgroepen of verzekeren over de bestaande lijnen binnen de Zvw en eventueel de Awbz en Wmo. Ik ben in overleg met partijen om te komen tot een selectie van een beperkt aantal van dergelijke experimenten.

Amendement Leijten

Door het lid Leijten is een amendement ingediend dat ertoe strekt om de verhoging van het verplicht eigen risico van € 220 naar € 350 teniet te doen. De gewenste financiële dekking wordt gezocht in gezamenlijke inkoop van medische hulpmiddelen en aanscherping van de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP). Dat laatste houdt in dat het aantal referentielanden verder wordt uitgebreid. Beide zouden volgens het lid Leijten leiden tot een aanzienlijke besparing zonder dat de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg wordt aangetast.

Ik ontraad dit amendement en wel om de volgende redenen. Ten eerste zijn wijzigingen van de WGP controversieel verklaard door de Kamer. Ten tweede is het onduidelijk of met deze twee maatregelen de € 800 miljoen dekking voor 2013 geborgd is. Ik zal op beide voorgestelde maatregelen kort ingaan.

Op 17 april 2012 heb ik u bij brief geïnformeerd over een onderzoek van Ecorys naar de omvang, structuur en werking van de intramurale medische hulpmiddelenmarkt (Kamerstukken 2011-2012, 32 805, nr. 9). Ecorys signaleert onder andere dat er meer gezamenlijk ingekocht zou kunnen worden door zorgaanbieders, maar koppelt geen bedrag aan eventuele besparingen die hierdoor gerealiseerd zouden kunnen worden. Het lijkt mij echter niet waarschijnlijk dat door gezamenlijk inkopen van medische hulpmiddelen een efficiencywinst van € 800 miljoen gerealiseerd kan worden in een markt die qua omvang door Ecorys op € 2,1 miljard geschat wordt. In mijn standpunt op het rapport geef ik aan dat het desondanks goed zou zijn als er meer gezamenlijk ingekocht zou worden door zorgaanbieders. De inkoop van zorg is echter een

verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars; ik kan hen niet dwingen om de inkoop van medische hulpmiddelen voortaan gezamenlijk te doen. Eventuele samenwerking bij de inkoop van zorg moet overigens binnen de kaders van de mededingingsregels blijven.

Kenmerk
Z-3120394

Uit het conceptonderzoek van ConQuaestor naar de toekomstbestendigheid van de WGP blijkt dat uitbreiding van het aantal referentielanden van 4 naar 10 onderzochte landen geen daling van het bruto-prijsniveau oplevert. De financiële dekking van een dergelijke maatregel lijkt dan ook zeer beperkt. Dat komt enerzijds omdat de prijsreferentiesystemen in Europa steeds meer naar elkaars prijzen verwijzen. Anderzijds zijn onder druk van het preferentiebeleid de prijzen voor veel gebruikte generieke geneesmiddelen zeer fors gedaald, tot ver onder de berekende WGP maximumprijzen. Daarnaast sluiten zorgverzekeraars contracten met apothekers waarin zij tariefafspraken en afspraken over de prijzen voor geneesmiddelen voor hun verzekerden maken. De prijzen die gedeclareerd worden liggen veelal lager dan de WGP-maximumprijzen. Zodra dit onderzoek door ConQuaestor is afgerond, zal ik het aan de Kamer toesturen. Volledigheidshalve merk ik op dat voor een uitbreiding van de WGP wetswijziging vereist is en onderzoek en aanpassing van de WGP-informatiesystemen. Ook hierdoor is het niet waarschijnlijk dat een wijziging van de WGP in 2013 kan bijdragen aan extra besparingen.

Aan : 5.1.2e

Van : 5.1.2e

Datum : 29 november 2012

Volgnr. : 2012133709

Betreft : Bijbetalen voor zorg - hoortoestellen

Naar aanleiding van je vragen over het bijbetalen voor zorg – in casu hoortoestellen – bericht ik je het volgende.

Keuzeprotocol Hoorzorg

Zorgverzekeraars hebben in samenwerking met audiciens en patiëntenvereniging het Keuzeprotocol Hoorzorg ontwikkeld. Zorgverzekeraars kunnen in hun contracteerbeleid eisen dat audiciens volgens dit protocol gaan werken. Dit protocol combineert audiologische tests en vragenlijsten. Met deze vragenlijsten worden de beperkingen die de slechthorende cliënt ervaart geïnventariseerd. Als de hooroplossing volgens dit protocol wordt bepaald, zal de slechthorende bij elke audicien die hij/zij raadpleegt hetzelfde type hoortoestel voorgesteld krijgen. Het protocol bevordert dat een eenvoudige hooroplossing wordt geboden waar dat kan en een complexe hooroplossing waar dat nodig is.

Aan de hand van dit protocol wordt de slechthorende cliënt via een geautomatiseerd systeem ingedeeld in een bepaalde categorie. Aan de hand van deze categorisering kan worden vastgesteld welk hoortoestel voor de verzekerde, gelet op zijn zorgbehoefte passend is. Hiertoe zullen hoortoestellen op grond van hun eigenschappen worden ingedeeld in vijf categorieën.

Lukt het niet om de slechthorende cliënt met een toestel zoals dit naar voren komt uit het protocol een adequate oplossing te bieden, dan kan het zijn dat er een bijzondere zorgvraag is. De audicien moet dan onderbouwd (tests, extra gegevens) aan de zorgverzekeraar voorleggen waarom een andere oplossing noodzakelijk is.

Redelijkerwijs aangewezen

Volgens artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Zorgverzekeraars hebben door de ontwikkeling van het keuzeprotocol in feite een tool ontwikkeld om artikel 2.1, derde lid, toe te passen op de hoorzorg. Immers door toepassing van dit protocol krijgt de verzekerde datgene waarop hij/zij redelijkerwijs is aangewezen. Het gaat om de voor de verzekerde passende zorg, d.w.z. niets meer en niets minder.

Zorgverzekeraars mogen zorg waarop een verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op grond van dit artikel weigeren.

Bijbetalen voor zorg

Het bijbetalen voor luxe zorg is wettelijk gezien niet verboden. Zorgverzekeraars kunnen er dus voor kiezen om verzekerden te laten bijbetalen voor 'luxe snuffjes' en de vergoeding te beperken tot het 'passende deel'. De mogelijkheid om bij te laten betalen is echter niet verplicht. De regelgeving biedt daar volgens ons geen aanknopingspunten voor. Zorgverzekeraars kunnen er dus ook voor kiezen geen vergoeding te verlenen voor een hoortoestel met extra faciliteiten als een verzekerde daarop redelijkerwijs niet is aangewezen.

Artikel 13 Zvw

Met betrekking tot de hoogte van de restitutievergoeding bij niet-gecontracteerde zorg stelt de NZa het volgende.

"De Zvw geeft geen eenduidige uitleg over de minimale hoogte van de restitutievergoeding. Onduidelijke wetgeving draagt niet bij aan de rechtszekerheid van marktpartijen. De NZa is bij wet aangewezen om te toetsen of polissen die zorgverzekeraars op de markt willen brengen (zogenaamde modelpolissen) aan alle wettelijke eisen voldoen. De NZa ziet het als haar taak als toezichthouder en maker van de markt om deze open norm te codificeren.

Bij de beoordeling van modelpolissen zal de NZa de stelregel hanteren dat elke restitutievergoeding acceptabel is, mits voor de verzekerden transparant is welke restitutievergoeding de verzekeraar hanteert wanneer de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Op deze transparantie zal de NZa streng toezien. In het 'Richtsnoer zorgverzekeringen' beschrijft de NZa wat zij wel en niet transparant acht. Het is vervolgens aan de verzekerde/consument om die polis te kiezen die het beste bij hem past. Door hun keuzegedrag maken zij aan de verzekeraar kenbaar welke restitutievergoeding acceptabel is. Natuurlijk blijft de verzekeraar er door zijn zorgplicht wel aan gehouden om voldoende, kwalitatief goede zorg in te kopen met een acceptabele wachttijd, zodat verzekerden altijd toegang hebben tot de benodigde zorg zonder daarvoor te hoeven bijbetalen. De NZa ziet hierop toe."

Vragen VWS mail d.d. 12 november jl.

I. VWS: *"De verzekerde wil een ander -duurder- toestel X dan waarop hij volgens de tussen zorgverzekeraar en audicien afgesproken indicatiecriteria recht zou hebben. Verzekerde is zelf bereid om het verschil (meerkosten) bij te betalen. Mag de zorgverzekeraar dan rechtmatig elke vergoeding weigeren?"*

Reactie CVZ: De zorgverzekeraar kan stellen dat verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op toestel X en dus met een beroep op artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv elke vergoeding weigeren.

II. VWS: *"Indien de verzekerde namelijk (met een naturapolis) naar een audicien gaat met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft, en daar hetzelfde toestel X kiest krijgt hij 70% van het markt conforme tarief vergoed (artikel 13 Zvw)."*

Reactie CVZ: Als verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op hoortoestel X dan kan de zorgverzekeraar vergoeding weigeren. Artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv geldt immers ook bij niet-gecontracteerde zorg.

III. VWS: *"Een verzekerde heeft er baat bij indien hij naar een niet gecontracteerde audicien zou gaan. Maar audicien en zorgverzekeraar hebben daar geen belang bij, en de audicien zal de klant daar zeker niet op wijzen. Mag dit al vanaf 1 januari 2013 volgens de huidige bepalingen van artikel 13 Zvw?"*

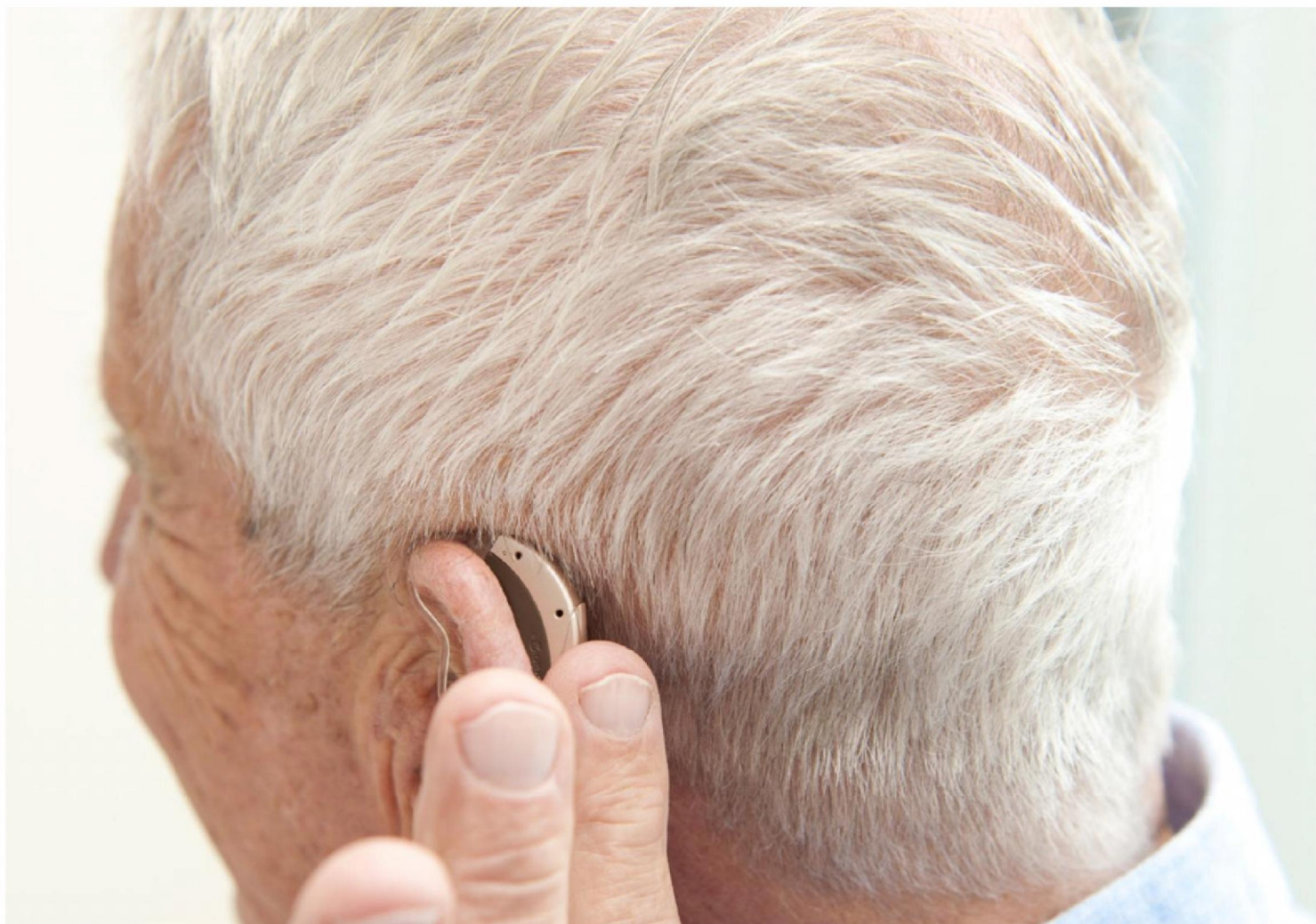
Reactie CVZ: Gezien het antwoord op vraag 2. is de aanspraak niet ruimer als een verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde audicien. Men blijft slechts aanspraak houden op dat hulpmiddel/hoortoestel waarop hij/zij redelijkerwijs is aangewezen. Zorgverzekeraars mogen kwaliteitseisen stellen aan niet-gecontracteerde zorg. Bijvoorbeeld dat de niet-gecontracteerde audicien werkt volgens het Keuzeprotocol Hoorzorg.¹ In financiële zin heeft een verzekerde er dan geen baat bij om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde audicien.

¹ Zie uitgave NZA Standpunten 2012 'Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' (paragraaf 3.1.11.2)

Voor niet-gecontracteerde zorg zal de zorgverzekeraar transparant in zijn polis moeten opnemen hoe hoog de vergoeding is. De NZa gaat er kennelijk vanuit dat elke restitutievergoeding acceptabel is (tussen > € 0,- en 100%). Over de vraag in hoeverre hun beleid strijdig is met het 'hinderpaal-criterium' van het huidige artikel 13 Zvw is voor zover ik weet nog nooit een gerechtelijke uitspraak gedaan.

Als artikel 13 wordt aangepast overeenkomstig de voorstellen van de minister van VWS (kamerstukken 33 362, Vergaderjaar 2011-2012) dan is deze discussie niet langer opportuun. Is daar al enig zicht op?

Vergoeding hoortoestellen 2015



Heeft u een
hoortoestel
nodig?

In deze folder leest u meer over
de vergoedingen van hoortoestellen



ZilverenKruis | achmea

Vergoeding hoortoestellen

Heeft u een hoortoestel nodig? Met een aantal audiciens (Schoonenberg, Beter Horen en Specsavers) hebben wij afspraken gemaakt over kwaliteit en prijs. Deze audiciens zijn opgeleid om de beoordeling van uw gehoor zelf te doen. De audicien bepaalt uit welke categorie hoortoestellen u kunt kiezen. Zij doen dit volgens het landelijk protocol hoorzorg. Wilt u weten hoe dat werkt? Dat kunt u lezen in de [consumentenbrochure hoorzorg](#).

U kunt kiezen uit het assortiment van toestellen uit categorie 1 t/m 5

Heeft u om medische redenen een toestel buiten deze categorieën om nodig? Of een andere hooroplossing zoals een hoorbril? Dan vraagt uw audioloog/KNO arts dit bij ons aan. In deze aanvraag moet duidelijk staan waarom u een toestel met meer mogelijkheden of een hooroplossing nodig heeft. Uw audioloog/KNO arts weet in welke gevallen dit nodig is. Kiest u er zelf voor om buiten uw eigen categorie een toestel of andere hooroplossing aan te schaffen? Dan zijn de kosten hiervan geheel voor uw eigen rekening

U betaalt voor uw hoortoestel een eigen bijdrage van 25%

Wij vergoeden 75%. U betaalt zelf de wettelijk eigen bijdrage van 25%. Deze betaalt u rechtstreeks aan uw audicien. Hieronder ziet u wat uw eigen bijdrage is per categorie hoortoestel.

Categorie hoortoestel	Wettelijke eigen bijdrage
Categorie 1	€ 112,83
Categorie 2	€ 161,92
Categorie 3	€ 200,25
Categorie 4	€ 258,67
Categorie 5	€ 307,75

De overige kosten van uw hoortoestel vergoedt Zilveren Kruis rechtstreeks aan de audicien.

Het eigen risico is van toepassing op hoortoestellen

Het verplicht eigen risico in 2015 is € 375,-. U krijgt een rekening van ons als uw eigen risico nog (gedeeltelijk) open staat.

Dit leggen we uit in het rekenvoorbeeld hiernaast.

Rekenvoorbeeld:

Stel u komt in aanmerking voor een hoortoestel uit categorie 3. U betaalt aan uw audicien de eigen bijdrage van € 200,25. De audicien dient bij Zilveren Kruis een rekening in voor de overige kosten (75% = € 600,75). Deze overige kosten vergoeden wij aan uw audicien. Daarnaast is het verplicht eigen risico van toepassing. Het verplicht eigen risico in 2015 is € 375,-. Stel: uw openstaand eigen risico in 2015 bedraagt nog € 250,-. Deze kosten betaalt u aan Zilveren Kruis.

Betaling wettelijke eigen bijdrage	€ 200,25
Openstaand eigen risico	€ 250,00 +

Uw totale kosten zijn in dit voorbeeld	€ 450,25

De tarieven zijn inclusief vervanging van oorstukjes en reparaties van uw hoortoestel gedurende de eerste 5 jaar

Bij ruilen en upgrade heeft u geen recht op reparatie en vervanging

Ruilt u uw hoortoestel in na aanschaf en betaalt u daarvoor bij? Dan heeft u geen recht op reparaties en vervanging binnen de gebruiksstermijn van 5 jaar. Uw audicien kan u vragen om uw toestel via een (software)upgrade achteraf aan te passen. Om goed te functioneren is dit medisch niet noodzakelijk. Doet u dit? Dan vervalt uw recht op reparaties en vervanging binnen de gebruiksstermijn van 5 jaar bij de door ons geselecteerde leveranciers.

Bij de niet door ons geselecteerde leveranciers zijn de kosten voor reparaties en vervanging van uw toestel binnen de gebruiksstermijn altijd voor uw eigen rekening.



U krijgt een lagere vergoeding bij een audicien waar wij geen afspraken mee hebben gemaakt

Kiest u voor een audicien waar wij geen afspraken mee hebben? Dan moet u vooraf toestemming vragen bij Zilveren Kruis.

U krijgt alleen toestemming als u naar een StAr-geregistreerde audicien gaat. De StAr geregistreerde audiciens vindt u [hier](#).

- U betaalt de volledige rekening eerst zelf aan de audicien. Daarna dient u de rekening bij ons in. Heeft uw audicien een betaalovereenkomst met Zilveren Kruis? Dan dient hij de rekening voor u in.
- Bij een audicien waar wij geen afspraken mee hebben, krijgt u een (lagere) vergoeding. U krijgt een vergoeding, tot maximaal de vergoeding van de categorie waarvoor u bent ingedeeld. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van uw polis. Zie onderstaande tabellen.

Basis Budget

Categorie hoortoestel	Maximale vergoeding
Categorie 1	€ 253,87
Categorie 2	€ 364,31
Categorie 3	€ 450,56
Categorie 4	€ 582,00
Categorie 5	€ 692,44

Basis Zeker

Categorie hoortoestel	Maximale vergoeding
Categorie 1	€ 270,80
Categorie 2	€ 388,60
Categorie 3	€ 480,60
Categorie 4	€ 620,80
Categorie 5	€ 738,60

Basis Exclusief

Categorie hoortoestel	Maximale vergoeding
Categorie 1	€ 338,50
Categorie 2	€ 485,75
Categorie 3	€ 600,75
Categorie 4	€ 776,00
Categorie 5	€ 923,25

Rekenvoorbeeld (Basis Zeker):

Stel u koopt een hoortoestel uit categorie 3. De verkoopprijs bedraagt € 850,-. U betaalt aan uw audicien de volledige rekening. Deze dient u in bij Zilveren Kruis.

Het verplicht eigen risico in 2015 is € 375,-. Stel: uw openstaande eigen risico in 2015 bedraagt nog € 250,-.

Verkoopprijs toestel	€ 850,-
Vergoeding volgens tabel:	€ 480,60
Min openstaand eigen risico:	€ 250,00 -

U ontvangt van Zilveren Kruis (vergoeding min eigen risico)	€ 230,60

Uw totale kosten zijn in dit voorbeeld:
 € 850,- min € 230,60 = € 619,40

Kosten voor onderhoud en batterijen betaalt u zelf

Met de door ons geselecteerde audiciens hebben we goede afspraken gemaakt over de kosten voor onderhoud en batterijen. Deze bedragen hierdoor maximaal € 25,- per hoortoestel per jaar. U kunt dit bespreken met uw audicien.

**Kijk op**

www.zilverenkruis.nl

**Bel naar**

Klantenservice (071) 751 00 51

Bereikbaar op werkdagen
van 8.00-18.00 uur

**Online declareren via Mijn Zilveren Kruis****Per post:**

Zilveren Kruis Achmea
Afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam

**Schrijf naar**

Zilveren Kruis Achmea
Postbus 444
2300 AK Leiden

Aan het vergoedingenoverzicht kunt u geen rechten ontleen. Een gedetailleerde omschrijving van de voorwaarden en aanspraken vindt u in de polisvoorwaarden. Bekijk deze altijd eerst voordat u een zorgverlener bezoekt. De polisvoorwaarden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Kijk op www.zilverenkruis.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, Achmea Reglement Hulpmiddelen, Achmea Reglement Farmaceutische zorg, Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Achmea, voorwaarden, brochures, formulieren en informatie over onze verzekeringen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis Achmea is Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (KvK 30208637) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis Achmea is Achmea Zorgverzekeringen N.V. (KvK 28080300) de verzekeraar.

Hoortoestellen

Ongehoord

Wie een hoortoestel nodig heeft, begint door nieuwe regels aan een knap lastig traject. Gebrekkige voorlichting, minder te kiezen en een zorgverzekeraar die de rekening niet blijkt te betalen.

Door Sonja Crielaard en Liesbeth Barenbrug

» Henna Stegeman (82) heeft een nieuw hoortoestel nodig en zoekt het van tevoren zorgvuldig uit: of de audicien een contract heeft met haar zorgverzekeraar en wat het aanvullende pakket vergoedt. Toch krijgt ze een gepeperde rekening van €2300.

In de zoektocht naar het waarom wordt Stegeman heen en weer geslingerd tussen de audicien en de zorgverzekeraar. Een helder antwoord blijft uit. 'Beide partijen geven elkaar de schuld', aldus Stegeman. Na lang doorvragen krijgt ze van de audicien eindelijk antwoord: ze is in categorie 4 ingeschaald, maar daar valt haar hoortoestel niet in. En dus krijgt ze geen vergoeding. Stegeman is verbijsterd: 'Categorie 4? Ik heb al jaren een hoortoestel, maar nog nooit van een categorie gehoord.'

Het verhaal van mevrouw Stegeman geeft haarfijn aan waar de schoen wringt. De nieuwe regels rond de vergoeding van hoortoestellen zijn ingewikkeld. Zo ingewikkeld dat zelfs audiciens ze niet altijd kunnen uitleggen. Ook zorgverzekeraars schieten soms tekort bij het informeren van hun verzekerden. Het gevolg: slechthorenden gaan naar

een audicien waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft, weten niet in welke categorie ze vallen, uit welke hoortoestellen ze kunnen kiezen en of de verzekeraar de aanschaf vergoedt.

Functiegericht

Wie een hoortoestel nodig heeft, moet sinds vorig jaar het zogeheten Keuze-protocol Hoorzorg doorlopen dat helpt bij het kiezen van een toestel. Kernwoord is 'functiegericht': niet de mate van het gehoortekort staat centraal, maar de vraag wat je nodig hebt om goed te kunnen functioneren. Je krijgt

een eenvoudig (goedkoop) hoortoestel als het kan en een ingewikkeld (duur) toestel als het moet.

Om vast te stellen wat de behoeften en wensen van een slechthorende zijn, neemt de audicien of het audiologisch centrum een gehoortest af en moet de slechthorende een vragenlijst invullen. Daaruit blijkt de categorie: van 1 voor eenvoudige gehoorklachten tot 5 voor de meest complexe. Ook de hoortoestellen zijn in vijf categorieën ingedeeld. Er zijn zo'n 800 verschillende toestellen te krijgen; de bedoeling is dat de audicien er daaruit één aanmeet uit de juiste categorie.

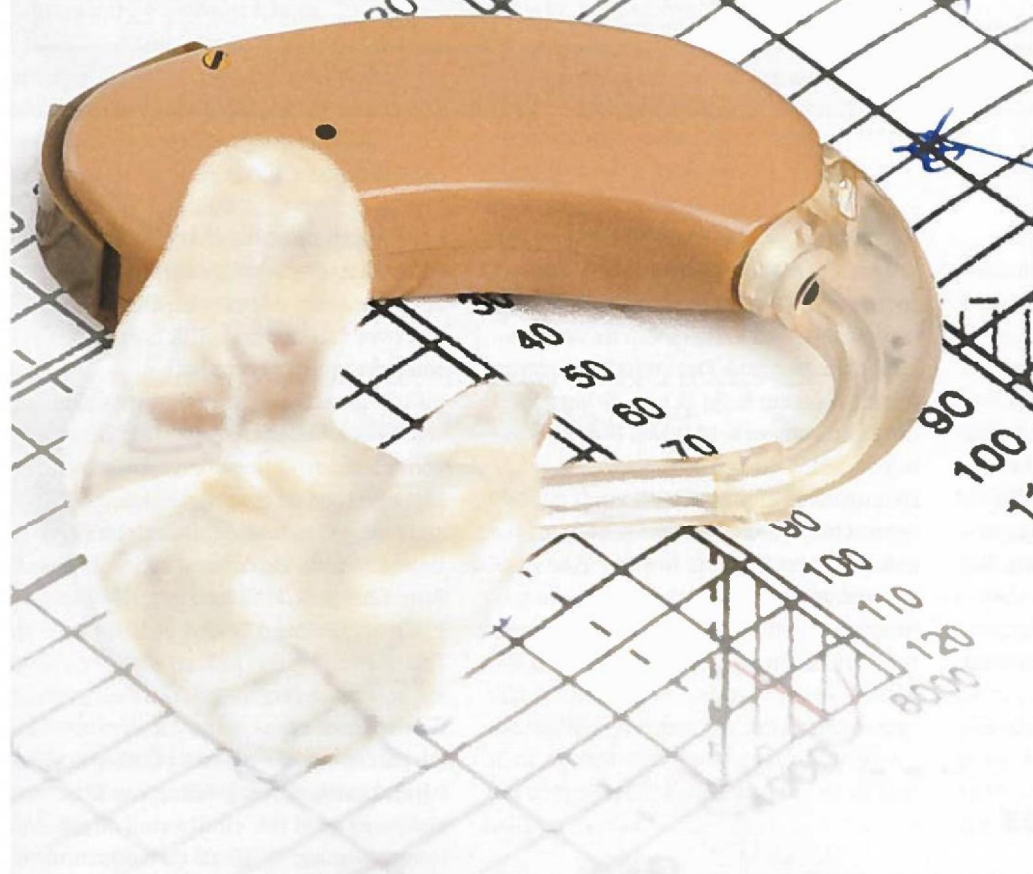
Ook de vergoeding van het hoortoestel is op de schop gegaan. Voorheen kregen slechthorenden een vast bedrag uit de basisverzekering (in 2012: €509,50), ongeacht de prijs van het toestel. Wie een duur toe-



'Ik heb al jaren een hoortoestel, maar ik heb nog nooit van een categorie gehoord'

HENNA STEGEMAN

gedoe



stel kocht, moest dus flink bijbetalen. 'Dit systeem had ongewenste effecten', vertelt Joop Beelen, directeur van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS). 'Het was voor consumenten volstrekt onduidelijk waarom je dit toestel aangeboden kreeg en niet een ander. Bovendien rezen vermoedens dat audiciens flink verdienden aan het aanmeten van dure toestellen, soms duurder dan nodig was. Commercie ging boven zorg en dat was ons een doorn in het oog.' Nu betaalt de slechthorende een eigen bijdrage van 25% van de aanschafprijs.

Sommige aanvullende zorgverzekeringen bieden een (gedeeltelijke) vergoeding hiervan. De basisverzekering vergoedt de overige 75%.

Wel goedkoper

De nieuwe regels hebben één belangrijk voordeel: voor de meeste consumenten is een hoortoestel goedkoper geworden. Waar de gemiddelde eigen bijdrage per toestel voorheen zo'n €500 was, is dat nu rond de €200. Aangezien de meeste mensen twee hoortoestellen dragen, loopt de totale besparing op tot gemiddeld zo'n

TIPS

- » Check vooraf met welke audicien uw zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten (zie de tabel op pagina 18) en controleer wat de zorgverzekeraar vergoedt uit de basis- en aanvullende verzekering.
- » De aanschaf van een hoortoestel telt mee voor het verplicht eigen risico van €360.
- » Wie zelf wil bepalen welk hoortoestel hij of zij neemt, kan naar een niet-gecontracteerde audicien gaan. Maar let op, u krijgt dan een lagere of soms helemaal geen vergoeding.
- » U heeft het recht om twee hoortoestellen uit uw categorie te proberen. Bent u niet tevreden met het resultaat, dan kan de audicien een extra zorgvraag voor u indienen en vervolgens beoordeelt de zorgverzekeraar of u een ander toestel vergoed krijgt.
- » Teken pas een tevredenheidsverklaring als het toestel voldoet aan de vooraf gestelde eisen. Zo niet, probeer dan een ander merk of toestel of ga naar een andere audicien.
- » Zowel de audicien als de zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Er moet dus een passend hoortoestel komen.
- » Bedenk dat het hoortoestel een hulpmiddel is dat uw gehoor nooit helemaal zal kunnen repareren.

€600. Maar de vergoeding van de zorgverzekeraar krijg je niet zomaar. Alleen wie naar een gecontracteerde audicien gaat, krijgt 75% van de aanschafprijs vergoed. Kies je voor een audicien waarmee de zorgverzekeraar geen con-

NAAR WELKE AUDICIEN?

Zorgverzekeraar	Overkoepelend concern	Contract met
Agis, Avéro Achmea, FBTO, Interpolis, OZF Achmea, ProLife, Zilveren Kruis Achmea	Achmea	Beter Horen, Schoonenberg en SpecSavers.
CZ, ^{5.1.2e} Ohra	CZ	Beter Horen, SpecSavers, ^{5.1.2e} en een groot aantal zelfstandige audiciens.
IZA, IZZ, De Goudse, Univé, VGZ, Zorgverzekeraar UMC	VGZ	Hans Anders voor eenvoudige hoortoestellen (categorie 1 t/m 3). Beter Horen, Schoonenberg, SpecSavers en vrijgevestigde audiciens die zijn aangesloten bij Hoorprofs en Van Bostel zijn gecontracteerd voor eenvoudige hoortoestellen. Per filiaal is bepaald of ook complexe hoorzorg geleverd mag worden.
Menzis	Menzis	alle audiciens

Hier zijn de vier grootste concerns weergegeven.

tract heeft, dan is de vergoeding lager. Dat geldt eveneens voor de aanvullende zorgverzekering. Ook de kosten van nazorg en reparaties zijn vaak voor eigen rekening bij een niet-gecontracteerde audicien.

Een ander belangrijk struikelblok is dat de zorgverzekeraar alleen uitkeert voor een toestel uit de eigen categorie. Wie dus in categorie 3 is ingedeeld, maar liever dat geavanceerdere, net iets duurder toestel uit categorie 4 wil, moet alles uit eigen zak betalen. Onbegrijpelijk, vinden veel slechthorenden. Zo ook ^{5.1.2e}

Kerkhof (70). Zij was niet tevreden met het toestel uit categorie 3 dat zij kreeg toegewezen. 'Wil ik toch een toestel uit categorie 4, dan krijg ik van de verzekering niets vergoed. Dat staat me enorm tegen. Waarom krijg ik niet de vergoeding van categorie 3? Ik wil best de rest bijbetalen.'

Belangenvereniging NVVS vindt dat iedereen binnen dit systeem geholpen moet kunnen worden. Beelen: 'Als iemand een hoortoestel wil met een functionaliteit die hij volgens het Keuze-protocol niet nodig heeft, maar meer

luxé is, dan moet hij daarvoor kunnen bijbetalen. We hebben echter nog geen afspraken met de branche kunnen maken over wat noodzakelijk is en wat een persoonlijke wens is.'

Van de meeste zorgverzekeraars mag zelf bijbetalen echter niet. Dit is – onder voorwaarden – alleen toegestaan bij Menzis en bij de zorgverzekeraars die zijn aangesloten bij Multizorg (ASR, BeterDichtbij, De Amersfoortse, Ditzo, ^{5.1.2e} Energiek, HollandZorg, ONVZ, PNOzorg, Salland, VvAA en Zorg en Zekerheid).

Handige websites

- De website hoorwijzer.nl van de NVVS biedt actuele en heldere informatie over hoortoestellen, vergoedingen en audiciens, welke merken audiciens leveren en met welke zorgverzekeraars ze een contract hebben afgesloten.
- De site hoortoestellen.nu geeft informatie van hoortoesteldragers over de toestellen. De database telt inmiddels ervaringen met ruim 250 toestellen.

Complexe zorg

Op papier zien de nieuwe regels rond de verstrekking en vergoeding van hoortoestellen er goed uit, vindt zowel de patiëntenvereniging NVVS als de Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven (NVAB). Maar de uitvoering verloopt niet vlekkeloos.

Voor degenen met lichte hoorklachten die vallen in categorie 1, 2 en 3 – dat is zo'n 80% – is er meestal geen vuiltje aan de lucht. De problemen doen zich vooral voor bij complexere gevallen.

^{5.1.2e} 'Het gaat dan om mensen met een bijkomende aandoening, zoals oorsuizen (tinnitus) of overgevoeligheid voor geluid, en slechthorenden met bijzondere situaties op hun werk. Bijvoorbeeld musici en leerkrachten, die veel

verschillende geluiden om zich heen hebben. En er zijn mensen met bijzondere wensen, bijvoorbeeld een waterdicht hoortoestel.' Ook voor hen moeten er voldoende toestellen in de categorieën zitten. De NVVS gaat nu uitzoeken waarom consumenten met complexe wensen niet goed geholpen worden.

Gebrekkige voorlichting

De NVVS en de Consumentenbond krijgen veel meldingen over de beperkte keuzevrijheid. Dat begint al bij het kiezen van een audicien, want niet elke zorgverzekeraar heeft met elke audicien een contract afgesloten. En heb je een gecontracteerd audicien in de buurt gevonden, dan is het te hopen dat hij een

je te begeleiden. Maar daar ontbreekt het nogal eens aan.'

De gemiddelde prijs van een hoortoestel is het afgelopen jaar gedaald van circa €1000 in 2012 naar €700 nu. Nog steeds een flink bedrag. In die €700 zit echter niet alleen het hoortoestel, maar ook de kosten van het aanmeten en bijstellen van het toestel en de nazorg gedurende vijf jaar. De audiciens krijgen dus minder geld, maar is door de nieuwe regels meer tijd kwijt per klant.

Audiciens hebben het daar moeilijk mee, merkt de NVVS. Directeur Beelen: 'Wij merken dat sommige audiciens, als het een beetje complex wordt, klanten al snel de particuliere markt op sturen. Maar dan moeten ze het toestel dus hele-



'De voorlichting van audiciens schiet helaas vaak tekort'

groot assortiment hoortoestellen heeft. Audiciens kopen namelijk – om zo veel mogelijk prijsvoordeel te halen – doorgaans maar een beperkt aantal merken hoortoestellen in. Wat het nog ingewikkelder maakt, is dat zorgverzekeraars ook nog prijsafspraken met audiciens maken, waardoor eenzelfde toestel bij de ene audicien goedkoper kan zijn dan bij de andere.

Klachten gaan ook over de gebrekkige voorlichting: veel consumenten hebben geen idee in welke categorie ze zitten, laat staan welke hoortoestellen tot die categorie behoren. De indeling van alle 800 gecategoriseerde hoortoestellen is niet openbaar. ^{5.1.2e} 'Hoe weet ik dan wat een toestel uit categorie 4 meer heeft dan een uit categorie 3?'

Minder tijd

Ook ^{5.1.2e} van de brancheorganisatie van audiciens constateert dat de voorlichting helaas vaak tekortschiet: 'Een audicien moet voldoende tijd hebben om

maal zelf betalen. En dat willen we niet.' Ook ^{5.1.2e} van de brancheorganisatie geeft toe dat audiciens weleens zwichten onder de tijdsdruk. 'Het is misschien niet zo netjes, maar er zijn audiciens die zich wel twee keer bedenken voor ze bijvoorbeeld een extra zorgvraag indienen bij de verzekeraar om een duurder toestel vergoed te krijgen. Dan ben je zo een halfjaar verder.'

Zelf betalen

^{5.1.2e} Stegeman en ^{5.1.2e} eindigt het traject met een toestel waar ze erg tevreden over zijn, maar dat ze wél zelf moeten betalen. Kerkhof heeft zich daar niet bij neergelegd; zij probeert bij de zorgverzekeraar nog voor vergoeding in aanmerking te komen. 'Lukt dat niet, dan neig ik er sterk naar om het toestel volledig zelf te betalen in plaats van een goedkoper toestel te nemen dat ik wél vergoed krijg. Het heeft voor mij zo veel waarde om goed te horen. Dan doe ik liever iets anders niet.' 

Waarheen met gehoorklachten?

< 18 jaar: eerst naar de huisarts, dan naar de keel-neus-oorarts (KNO) én het Audiologisch Centrum (AC). Tot slot naar de audicien. Kinderen blijven onder behandeling bij het AC.

18-67 jaar: voor het eerst gehoorklachten? Dan naar de huisarts. Indien nodig volgt verwijzing naar de KNO-arts en/of het Audiologisch Centrum. Wie al een hoortoestel draagt, kan rechtstreeks naar de audicien.

> 68 jaar: rechtstreeks naar de audicien. Indien nodig zal die verwijzen naar de KNO-arts en/of het Audiologisch Centrum.

Dialoog Hoorzorg

Datum: 24-september-2020
Tijdstip: 14:00-15:30
Locatie: Webex

Bijlagen

- Verslag 22 juli
- Discussiedocument betalingen boven geïndiceerde zorg (De Kwaliteitsaudiciens)
- Standpunt VWS Eigen betaling
- Discussiedocument Visie 1^e en 0^e lijns hoorzorg (NVAB, de Kwaliteitsaudiciens en Hoormij)

Genodigden

5.1.2e	Gain
5.1.2e	Gain
5.1.2e	Stichting Audicienregister
5.1.2e	Stichting HoorProfs
5.1.2e	Consumentenbond
5.1.2e	De Kwaliteitsaudiciens
5.1.2e	Nederlandse vereniging voor Audicienbedrijven
5.1.2e	Menzis
5.1.2e	VGZ
5.1.2e	ASR
5.1.2e	Zilveren Kruis
5.1.2e	Collectief van zelfstandige audiciens
5.1.2e	Stichting Hoormij
5.1.2e	Audined
5.1.2e	NVKF
5.1.2e	Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen
5.1.2e	Zorginstituut
5.1.2e	VWS
5.1.2e	
5.1.2e	

Agenda**1. Opening en vaststelling agenda****2. Update Sirm onderzoek** 5.1.2e

5.1.2e geeft een presentatie over het SIRM-rapport over leeftijdsgerelateerde slechthorendheid in Nederland dat in 2019 is aangeboden aan VWS. VWS heeft veld gevraagd om een actieplan op te stellen. Het Actieplan gaat in op 5 verschillende stadia/levensfasen en benoemt per fase een doelstelling omgang slechthorendheid en de meest kansrijke actie. Het actieplan is meegestuurd met de stukken van de vergadering van 24 september. SIRM stelt voor dat er een stuurgroep nodig is voor implementatie, met daaronder werkgroepen/projectgroepen.

Vraag die voorligt is hoe de uitvoering van dit actieplan zich verhoudt tot de Dialoog Hoorzorg en evt. andere activiteiten. En waar de financiering vandaan komt. Is er een bestaand gremium waar dit neergelegd kan worden?

Concept Verslag Hoorzorg dialoog dd. 24 september 2020

Voor actieplan is breed draagvlak nodig. Er is op dit moment geen standaard gremium voor. Wellicht is het nodig om een bepaald gremium uit te breiden? Tegelijkertijd zijn er zoveel verschillende groepen, nog een groep erbij wordt te veel. Qua inhoud is er draagvlak voor het stuk, maar het is lastig om het goed vorm te geven en te laten landen.

VWS: BOH zou een gremium kunnen zijn; echter, dit is al een heel omvangrijk. Het is moeilijk realiseerbaar om dit daarin onder te brengen. Conclusie: mooi stuk, breed gedragen. Er moet nagedacht worden over de vorm waarin dit opgepakt kan worden. VWS wil in principe meedoen, kijken wat een logisch model is.

VWS, NVAB, SIRM en Hoormij pakken dit samen op. Sirm/NVAB delen de presentatie en stuk met VWS. Per email zullen suggesties voor een organisatievorm worden gedeeld en besloten, waarbij goed gekeken wordt hoe er zaken gebundeld kunnen worden!

3. Gezamenlijke visie oorzorg en waarborgen kwaliteit

Vervolg 17 januari en 22 juli Bespreking van discussiedocument van

NVAB: organisatie van hoorzorg is complex, met veel belanghebbenden en verschillende zaken die met elkaar te maken hebben. Het document is gebaseerd op 3 pijlers: toegankelijkheid, kwaliteit en financieel.

Reacties

Stichting Hoorprotocol: helder en compleet stuk. Er is grote verdeeldheid in het veld; suggestie om aantal organisaties meer met elkaar samen te laten werken; dit moet wel onder tripartiete aansturing, incl. aansluiting VWS. Verder eens met inhoud visie.

Consumentenbond: helder stuk; weinig opmerkingen. Informatie richting cliënten is essentieel. Zij moeten goede keuzen kunnen maken, op basis van reële informatie. Dat mist nog in het stuk: hoe komt men tot overeenstemming om toestel te kiezen, welke informatie is daarvoor essentieel en wordt deze ook gegeven?

Star: organisatiestructuur; daarvoor moeten we het eens zijn over waar we heengaan. Hoe kleiner de sector in omvang, hoe meer partijen het kent. De versnippering is heel groot. Daar moeten we iets aan doen, op alle gebieden.

Kwaliteitsaudiciens: meegeschreven aan de notitie. Het is een integrale visie; ook erg benieuwd hoe verzekeraars er tegenaan kijken. Het is wel echt een integrale visie; kunnen geen stukken uit. Hierbij is er ook

ZN: We hadden iets meer verwacht over de toekomst: hoe kan het beter georganiseerd worden, waar staan we in 10 a 15 jaar; en welke obstakels komen we dan tegen? Hoe dat gefinancierd wordt is dan een voortvloeisel daaruit. Tarieven zouden niet als apart onderdeel in de visie moeten staan.

Aantal punten: We vinden dat audicien bereikbaar moet zijn, maar hoeft niet in centrum. Aantal vragen wel over het financieringsstuk: afspraken over wel of niet bijbetalen, kan dat wel ACM technisch?

St Hoormij: er zijn nog te veel signalen van cliënten die onterecht naar een private markt gaan. Daar aandacht voor. Een 'financieel gezonde bedrijfstak' is dat wel te rijmen met 'cliënt/patiënt staat centraal'. Over versnippering: daarbij staat niet bij wie aan zet is. VWS wordt wel genoemd, maar we moeten ook echt naar onszelf kijken – de sector moet zelf aan de slag.

GAIN: op hoofdlijnen herkennen we ons wel. Versnippering inderdaad. Financieel stuk is ook een belangrijk punt voor ons.

NVKF: alles bij elkaar zijn we heel tevreden over het huidige systeem? Of willen we eigenlijk iets anders? Als we mensen meer willen betrekken (van wieg tot graf) dan missen we dat nu in dit stuk. Sluit zich aan bij zorgverzekeraars. Op punten kunnen we nog verbeteren, zo lijkt het erop dat we het eens zijn over de manier waarop het georganiseerd is?

Kwaliteitsaudiciens: eigenlijk vinden we dat het basispakket steeds meer uitgekleeft wordt, vanwege het terugschroeven van vergoeding van zorgverzekeraars. Daar gaat het stuk over. Dus vraag is aan verzekeraars: welk toekomstvisie hebben zij dan? Stuk is nu geschreven met het idee hoe we het huidige systeem kunnen verbeteren. Aan de echte toekomstvisie kunnen we nu überhaupt geen dingen aan doen vanwege de veel te lage tarieven.

ZN: als de stelling is dat kwaliteit minder is door tarieven, dan moet daarvoor wel bewijs zijn, dat is er nu niet. Visie moet gaan vóór de financiering. Indien je het eens vent over een visie, kun je vervolgens met elkaar bespreken hoe we dat gaan financieren.

NVAB: het woord visie document kan verschillend geïnterpreteerd worden. Nu is het meer opgesteld als discussiedocument, met de knelpunten. En minder als: waar willen we heen? Er staan nu een aantal uitgangspunten in. We moeten het eens zijn over de uitgangspunten. We moeten niet discussiëren over tarieven, maar wel over de uitgangspunten. Kwaliteit van hoorzorg ligt hoog in NL.

ZN: goed dat het gesprek erover wordt aangegaan. Hoe gaan we naar de toekomst toe. Kwaliteit is hoog en moeten we trots op zijn. Vraag is dan hoe gaan we verder en welke knelpunten zijn er: we zijn gestart met dialoog omdat er versnippering is en knelpunt t.a.v. patiënten informatie en voorlichting. Ik had ook verwacht dat daar de focus zou zijn; i.p.v. de vergoeding en tarieven.

VWS: als kwaliteit zo goed is waarom zitten we hier dan. Een van de ongewenste trends is dat steeds meer mensen naar in private markt zitten. En dat dit niet wenselijk is. Er zijn nog wel verbeterpunten in het huidige systeem.

VWS: goed om te destilleren waar we in deze groep het verschil kunnen maken en wat ergens anders besproken moet worden. Inzet op preventie is bespreekbaar, ook samen met SiRM. De stukken die er nu al liggen kunnen daarvoor als basis dienen. Er kan in een kleine groep besproken worden wat hiermee te doen en welke acties daaraan gekoppeld zijn. Daar hoort ook bij hoe we aan continuïteit werken en dat borgen.

Star: De kwaliteit is nu hoog. Maar als we kijken naar de toekomst, en dit zit wel in het discussiedocument, er is een ontwikkeling naar de zorg thuis – de 0^e lijn. Als een sector onder financiële druk komt te staan, dan is kwaliteit het eerste wat achteruit gaat.

GAIN: Er wordt vaak gesproken over 25%, op dit moment gaat het om 16,8% private markt. Wat vinden we dat cliënten mogen verwachten aan service en kwaliteit? Het is te kort door de bocht om het niet over tarieven te hebben. Er is een grote druk om contracten te tekenen, en dat kan zeker ten koste gaan van kwaliteit.

VGZ: ER wordt gesproken over kwaliteit van hoorzorg, er zijn afspraken gemaakt over het implementeren van hoorprotocol. Zodat het duidelijk is naar cliënt wat er mogelijk is. Het gaat nu vooral over bedrijfstak die in de knel zit. Van de sector wordt verwacht dat ze dat ze nadenkt over hoe zij zich organiseren: zijn er daadwerkelijk zoveel winkels nodig? Daar moet eerst een plan voor komen. De audiciensbedrijven moeten dat zelf gaan doen; zij moeten zelf een visie daarop ontwikkelen.

NVAB: het discussiestuk is wel bedoeld als uitnodiging aan partijen om te zien waar partijen hun rol kunnen pakken en wat zij daarin kunnen betekenen.

Samenvatting:

- Er moet meer samengewerkt worden.
- Er is te veel versnippering in de sector
- Informatie naar cliënten moet eenduidiger, transparanter en beter toegankelijk.
- VWS kan betrokken zijn; maar de verantwoordelijkheid ligt bij de sector zelf om dit goed in te regelen. VWS kan en wil dat niet op zich nemen.
- Het punt van contracteren blijft schuren. Goed dat het geadresseerd wordt, maar deze tafel kan daar niet direct veel in betekenen. Afgesproken is dat ZN en audicienbedrijven apart overleggen om dit punt uit te diepen. VWS heeft daarop weinig invloed, zolang aan de zorgplicht wordt voldaan. ZN heeft toegezegd dit op te pakken en de uitkomsten daarvan terug te koppelen aan deze dialoog hoorzorg.

4. Eigen bijdrage en betaling boven geïndiceerde zorg

Bespreking discussiedocument en standpunt VWS

VWS geeft korte toelichting op de memo. Op dit moment zit in de meerjarenbegroting geen ruimte om eigen bijdrage af te schaffen. Afschaffing kan alleen op advies van ZiN. Het veld kan aan ZiN vragen om dit advies. Wel of niet toestaan van bijbetalen voor boven geïndiceerde functionaliteiten is beleidsruimte van de individuele zorgverzekeraar.

NVAB: we snappen dat de begroting niet veel ruimte biedt. Toch is die eigen bijdrage van 700 euro een echte drempel voor mensen; en gezien het belang van preventie/tijdige hoorzorg is dat wel belangrijk. Misschien moeten we hier aandacht aanbesteden.

5. Update informatievoorziening

St Hoormij: er ligt een concept infographic die getest wordt op de doelgroep. Dan kunnen we breder delen. Gezien het compacte A\$ format, is er een concessies gedaan aan de volledige inhoud.

6. Afspraken en vervolgacties

- De Presentaties worden gedeeld.
- ZN neemt voortouw om met audicienbedrijven te spreken over discussiedocument/tarieven
- VWS, NVAB, SIRM en Hoormij bespreken organisatievorm /model
- Vervolg overleg: eind 2020 om een aantal zaken echt verder te brengen

7. Rondvraag en sluiting

Geen bijzonderheden

Hoorhulpmiddelen voor arbeids- of onderwijssituatie (tekst CVZ)

Vanaf 1 januari 2013 wordt ook aanvullende apparatuur voor slechthorenden voor de arbeids- of onderwijssituatie (zelfs als deze primair worden aangevraagd voor de arbeids- of onderwijssituatie) vanuit de Zvw verstrekt. Alle persoonlijke hulpmiddelen in de vorm van aanvullende apparatuur (eventueel meeneembaar naar volgende werkgever of thuis) waarbij sprake is van connectiviteit (draadloze signaaloverdracht) met een hoortoestel of trilmechanisme vallen onder de Zvw (volledige hooroplossing). Alle andere 'middelen' (niet zijnde medische apparatuur) om de werkplek voor een slechthorende aan te passen (zoals bijvoorbeeld verbetering van akoestiek door geluiddempende materialen) vallen niet onder de Zvw.

Ministerie van VWS

T.a.v. 5.1.2e

Plv directeur geneesmiddelen en medische technologie

Parnassiaplein 5

2511 VX Den Haag



Betreft: inbreng van CVZA voor het gesprek over de Hoorzorg 17 januari 2020

Per mail verzonden d.d. 15 januari 2020

Geachte 5.1.2e

Wij danken u voor de uitnodiging voor het overleg van 17 januari aanstaande over de hoorzorg. Wij zijn blij dat de gehele branche aanwezig is en hopen op goede en duidelijke contouren voor de toekomst. Hoewel wij ons realiseren dat deze input wat laat komt hopen wij dat een ieder er kennis van kan nemen.

Inleiding

CvZA vertegenwoordigt 167 voordeuren van zelfstandige audiciensbedrijven en is ontstaan in 2014. Wij zetten ons in voor onze leden en voor de klanten van deze leden. Soms zelf tot individuele casuïstiek van mensen met een gehoorprobleem.

Het beroep van audicien is een roeping, geen enkele tiener heeft de ambitie om later audicien te worden. Toch zijn degene die met het beroep in aanraking komen direct verknocht aan hun baan en blijven hun hele leven werkzaam in het ambacht. De dankbaarheid van hun cliënten en de sociale impact die je hebt op het leven van de slechthorende zorgen voor een nimmer aflatende drive.

Nederland kent een groot aantal zelfstandige bedrijven waar iedere dag tal van audiciens zich met ziel en zaligheid inzetten om aan hun slechthorende cliënten weer een stukje levensvreugde terug te geven. Participatie is daarbij een sleutelwoord. Door de zorg van de audicien kan men weer deelnemen aan het werkzame en sociale leven.

De audicien zal zich in blijven spannen om van de hoorzorg een succes te maken. De kwaliteit is hoog (StAr eisen), er is branche breed een systeem voor kwaliteitsmeting geïntroduceerd (PREM), een positieve herverdeling van de zorg binnen de keten is gerealiseerd (door een toename van Triage door de audicien) en al 6 jaar spannen wij ons in om als branche daadwerkelijk invulling te geven aan het Hoorprotocol.

Met de voorspelde groei op basis van uitsluitend demografisch ontwikkelingen zal het absoluut aantal mensen met gehoorstoornissen in de periode 2015-2040 naar verwachting met 48% stijgen¹. De branche heeft tezamen met de beleidsmakers een uitdaging om de zorg betaalbaar te houden en gezamenlijk te komen tot goede en duidelijke afspraken. De audicien is toegankelijk en professioneel en de spil voor de hoorzorg in Nederland.

Adequate zorg

Zich ten volste bewust van het belang en de zwaarte van het probleem van slechthorendheid streeft de vakman altijd naar de meest optimale oplossing. Indien het gaat om vergoede zorg past een

optimale oplossing vaak niet binnen de hoorzorg zoals thans is geformuleerd als een adequate oplossing. Helaas ontbreekt het aan een goede omschrijving wat adequate zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet is. In het kader van transparantie, ook naar verzekerden toe, zou deze term duidelijk omschreven moeten worden met uitgangspunten als gepast gebruik, doelmatigheid, effectieve zorg en medische noodzakelijkheid. Hier ligt een rol voor VWS tezamen met alle partijen om dit te omschrijven. De term adequaat wordt nu door de verschillende branche partijen verschillend geïnterpreteerd en bewerkstelligt een weinig transparante markt.

Inmiddels zijn de afgelopen jaren de tarieven al vele malen neerwaarts bijgesteld terwijl de kosten o.a. de loonkosten stijgen waardoor de hoorzorg, de kwaliteit van de hoortoestelaanpassing onder druk komt te staan. Veel bedrijven hebben toch de overeenkomsten, met de rug tegen de muur, met de bijzonder lage tarieven getekend. Zij kunnen echter, ons inziens, nimmer meer de hoorzorg leveren zoals deze in het verleden gebruikelijk was. Daarnaast heeft de verzekerde geen (vrije) keus meer in hooroplossing en wordt deze geconfronteerd met een strak aanpasproces.

Triageren

Het beroep heeft een grote ontwikkeling doorgemaakt en de audicien is opgeleid tot triageren en het bepalen van pluis en niet pluis indicaties. De rol van de audicien als triagist wordt slecht benut. Afhankelijk van de gemaakte afspraken door de preferente zorgverzekeraar van een ziekenhuis wordt de verwijzing van een audicien wel of niet geaccepteerd. Vaak moet de verzekerde toch langs de huisarts.

Verder zijn wij van mening dat de door **5.1.2a** opgestelde doorverwijsredenen, te streng zijn (o.a. met name de leeftijdsgrens) waardoor in onze ogen teveel patiënten onnodig gezien moeten worden door de tweede lijn, met de daaraan verbonden zorgkosten. Door de audicien optimaal in te zetten als triagist en hier een vergoeding voor beschikbaar te stellen kan er een serieuze besparing op zorgkosten worden gerealiseerd.

In de overeenkomsten met huisartsen (minimaal bij één verzekeraar) zijn de Modernisering en Innovatie prestaties voor audiometrie geschrapt. Destijds (2012) met reden dat dit "gratis" kan bij de audiciens. Audiciens kunnen deze inspanning, welke minimaal 45 minuten duurt, niet gratis uitvoeren en derhalve zullen de huisartsen veelal direct insturen naar de tweede lijn. Ook dit brengt hogere zorgkosten met zich mee. Het zou reëel zijn of de huisarts voor deze prestatie te honoreren dan wel de audicien. Niemand in Nederland kan voor niets werken.

Het Zorginstituut Nederland doet onderzoek in het kader van Zinnige Zorg naar 'slechthorendheid en doofheid'. Het Screeningsrapport Oor- en gehoorklachten is augustus 2019 aangeboden aan de minister. Tijdens de screeningsperiode zijn de audiciensbedrijven niet uitgenodigd om mee te denken, wel de beroepsvereniging van audiciens, Audined. Wellicht kan er taakherschikking plaatsvinden waardoor zoveel mogelijk getriageerd kan worden bij de audicien. Hier zou dan wel een passende honorering tegenover moeten staan.

Landelijke screening ter voorkoming van zorgkosten door onderbehandeling

CVZA pleit voor een landelijke screening van het gehoor vanaf de leeftijd 50-55 jaar. Hiermee kunnen we voorkomen dat mensen met een gehoorverlies, dat langzaam ontstaat, te lang wachten met de aanpassing van een hooroplossing. Inmiddels verschijnen er tal van wetenschappelijke onderbouwingen van onderbehandeling van een gehoorverlies en dat dit kan leiden tot latere zorgkosten en uitval op de arbeidsmarkt. Zeker met de opschuivende AOW-leeftijd zal het leiden tot een toename van mensen met een verminderd gehoor op de arbeidsmarkt. Ook is er een relatie met

cognitieve achteruitgang en sociaal isolement. Tijdens een dergelijke screening kunnen ook een aantal vragen gesteld worden over bijvoorbeeld de visus, valpreventie, cognitie. Hiermee kunnen ook andere aandoeningen tijdig gesignaleerd worden.

De ziektelast van gehoorstoornissen is hoog ten opzichte van andere aandoeningen in het ICD-10 gebied. Het RIVM heeft berekend dat de maatschappelijke ziektelast voor gehoorstoornissen 83.800 DALY (Disability Adjusted Life Year) was in 2015. Op de ranglijst van het RIVM staat gehoorstoornissen hiermee op plaats 15 van de 53 geselecteerde aandoeningen waarvoor de ziektelast is berekend².

Mensen met een verminderd gehoor in een arbeidssituatie zijn aan het einde van de dag veel meer vermoeid dan mensen zonder die belemmering. Het leidt regelmatig tot arbeidsverzuim vanwege overbelasting. Deze mensen voldoen vaak niet aan de criteria voor de vergoeding van een hoorhulpmiddel maar zouden wel erg gebaat zijn bij een hooroplossing. Tegenwoordig houden ook de neurowetenschappen zich bezig met het horen. Horen is immers meer dan alleen de oren. Bij 50 plussers werd al wel een hogere hersenactiviteit gemeten, wat er mogelijk op wijst dat ouderen meer hersengebieden moeten inschakelen om spraak te verstaan. Dit kan ervoor zorgen dat ze sneller vermoeid zijn en minder hersencapaciteit over hebben voor andere mentale processen. Het is cruciaal om bij beginnende gehoorproblemen op tijd maatregelen te nemen, want hoe langer men wacht, hoe minder gemakkelijk de bijhorende veranderingen in de hersenen terug te draaien zijn³.

In de hoorzorg betaalt de verzekeraar alleen de kosten voor hulpmiddelen welke daadwerkelijk adequaat werken. De verzekerde krijgt een proefperiode en schaft alleen dan een hooroplossing aan indien deze verbetering geeft in de ervaren problemen en de verzekerde tevreden is met de oplossing. Hiermee wordt alleen zorg vergoed die werkt. Voor de verzekerde die geen hooroplossing neemt draagt het audiciensbedrijf de kosten. Naast de zorgkosten betaalt voor de hooroplossingen dient er ook naar de gezondheidsopbrengsten gekeken te worden in de nabije en verdere toekomst. Want wat zijn de maatschappelijke kosten bij het niet behandelen. De verzekeraar zou dit aspect mee moeten nemen in de honorering van de beroepsgroep.

Transparantie en onrecht. Geen vergoeding bij hogere hoorwensen

Het ontbreekt in zijn geheel aan transparantie binnen de aangeboden hoorzorg. Indien mensen voor het eerst te maken krijgen met de hoorzorg is dat de meest gehoorde klacht. Wat zijn de verschillen tussen de verschillende hoorzorgaanbieders, wat kost een hooroplossing bij een verzekeraar en aanbieder en behoudt men de zorgverzekeraars vergoeding als men kiest voor boven adequate zorg? Er zijn verzekeraars die bijbetalen voor boven adequate hoortoestellen onder voorwaarden toestaan. Anderen beslist niet en verzekerden ervaren dit als onrecht. Immers er zit een scheidslijn tussen adequate hooroplossing en optimale oplossing met name in de complexe luistersituaties.

De private hoortoestellen functioneren met name in de complexe situaties beter. Met de huidige beschikbare tests is dit niet te objectiveren en is de ervaring van de mensen met een gehoorprobleem bepalend in deze. Wij pleiten voor een duidelijke omschrijving van adequate zorg. Wij verzoeken VWS, de branche en de verzekerde de ruimte te geven tot bijbetaling zodra dit betere resultaten geeft in de dagelijkse praktijk van een verzekerde.

Mensen met een complex gehoorverlies danwel hogere eisen hebben ten aanzien van hun hooroplossing zullen zich specifiek wenden tot bepaalde zorgaanbieders in de markt. CVZA heeft een benchmark gedaan tijdens de in 2015-2016 gehouden pilot Hoorprotocol 2.0. Duidelijk was dat ten opzichte van de gehele populatie van de deelnemers het CVZA een afwijkende verdeling

(substantieel meer complexe zorg) van de categorieën had. Helaas hebben andere partijen destijds geweigerd deze benchmark uit te voeren en heeft PACT (Platform Clinical Audiological Testing) ook geen nader onderzoek gedaan naar deze bevindingen. Hoewel de afwijking door hen wel onderschreven werd, maar zij heeft nimmer van de Stuurgroep opdracht heeft gekregen tot gedetailleerd onderzoek per keten/groep.

Duidelijk voor ons is wel dat de zelfstandigen aangesloten bij CVZA een ander klantprofiel krijgt dan een aantal grootwinkelbedrijven. Het is derhalve spijtig dat er weinig verzekeraars zijn die onderscheid maken in de honorering en de gehele markt hetzelfde uniforme tarief aanbieden. De huidige honorering zet druk op de tijd die per verzekerde besteed kan worden en zorgt voor een beperking in assortiment en de keuze vrijheid.

Status eerder gepubliceerde rapporten Zorgkeuzes in Kaart uit 2015 en Zorgen voor gezonde groei uit maart 2017

In 2015 en in 2017 zijn vanuit de beleidsmakers rapporten verschenen met een zelfde strekking. Beperken van het pakket met betaalbare aanspraken die samenhangen met ouderdom. De beschreven aanspraken betroffen incontinentiemateriaal en auditieve hulpmiddelen bij leeftijdsgerelateerde slechthorendheid voor verzekerden vanaf 67 jaar. CvZA is benieuwd of er nog steeds gedachten zijn vanuit VWS om deze aanspraken voor de omschreven groep uit het pakket te schrappen.

Wij pleiten voor laag drempeligheid en toegankelijkheid van de hoorzorg, dichtbij de verzekerde die daarnaast betaalbaar blijft. Hoorzorg welke voor de verzekerden transparant is en helder omschreven. De audicien dient een rol te krijgen in de keten die past bij de opleiding tot triagist en onderzoeken gedaan door de audicien dienen gerespecteerd te worden.

Wij hopen op een vruchtbaar gesprek waar alle partijen bij betrokken zijn.

Met vriendelijke groet,

Namens het Bestuur van CvZA

5.1.2e

Referenties:

1, 2 Screeningsrapport Systematische analyse Oor- en gehoorklachten Zinnige Zorg DATUM: 13 AUGUSTUS 2019 zorginstituut Nederland

3 Het onderzoek 'Evidence for enhanced neural tracking of the speech envelope underlying age-related speech-in-noise difficulties' door 5.1.2e Decruy, et al. Juni 2019.

Categorie	Gemiddelde prijs	EB 1 toestel	EB per jaar (5)	EB 2 toestellen	EB per jaar (5)	met eigen risico (385)
3	€ 625	€ 156	€ 31	€ 313	€ 63	€ 698
4	€ 750	€ 188	€ 38	€ 375	€ 75	€ 760
5	€ 850	€ 213	€ 43	€ 424	€ 85	€ 810

€ 742	€ 185	€ 371	€ 756
	€ 37	€ 74	€ 151

50.000.000	10.000.000	5
------------	------------	---

EB plus ER per jaar (5)
€ 140
€ 152
€ 162

FAQ hoorzorg - Algemeen

(versie 10 juni 2013)

<p>Waarom is het beleid voor auditieve hulpmiddelen veranderd?</p>	<p>De minister heeft in 2012 bepaald dat vanaf 2013 de aanspraak op hoorhulpmiddelen functiegericht wordt omschreven. Hiermee is het aan de verzekeraars en audiciens/audiologen om de meest adequate hooroplossing te bieden aan de verzekerde. Dat wil zeggen een optimaal werkende hooroplossing gerelateerd aan de problemen en behoeften van de verzekerde, tegen acceptabele kosten. Om dit mogelijk te maken, was het noodzakelijk om te komen tot een indicatieprotocol.</p> <p>Het indicatieprotocol heeft tot doel dat verzekerden de meest adequate oplossing krijgen voor hun gehoorstoornis. Het protocol zorgt voor objectieve indicatiestelling ongeacht de zorgverlener.</p> <p>Voor de klant was het voor 2013 niet transparant waarom een bepaald toestel werd geadviseerd en wat de verschillen waren tussen toestellen. Tot 1-1-2013 vergoedden zorgverzekeraars een maximaal bedrag, en kwam het meerdere voor rekening van de verzekerde.</p>
<p>Is de rol van de audicien veranderd?</p>	<p>De rol van de audicien bij de selectie, de instelling, de voorlichting, de counseling en de nazorg is niet anders dan vroeger. Hij wordt nu gefaciliteerd door het protocol om te komen tot eenduidige en objectieve indicatiestelling. Ook voor buitengewone situaties zijn geprotocolleerde afspraken gemaakt.</p> <p>Het voordeel voor de audicien is dat hij wordt geholpen bij zijn werk door een protocol en straks -door gezamenlijke ervaringen van het veld- kennis kan delen waardoor een hogere kwaliteit en doelmatigheid ontstaat in de branche. Bovendien kan hij transparant zijn naar zijn klanten over kwaliteit en de prijzen die hij hanteert.</p>

<p>Is er door het protocol minder keuze voor de klant?</p>	<p>Dat wordt bepaald door het inkoopbeleid van audicienbedrijven en of fabrikanten toestellen laten classificeren.</p> <p>Op de Nederlandse markt zijn er ongeveer 1400 toestellen aanwezig. In totaal zijn zo'n 900 toestellen geclassificeerd en opgenomen in de hoortoestellen database. Wil een fabrikant een hoortoestel toevoegen, dan kan hij deze aanmelden ter beoordeling. Sommige fabrikanten kiezen er bewust voor om in de private markt te opereren en willen hun toestel niet in het classificatiesysteem. Audicienbedrijven bepalen vervolgens welk assortiment hoortoestellen ze voeren en welke hooroplossing uit dat assortiment voor de verzekerde de meest adequate oplossing is.</p>
<p>Werkt het nieuwe protocol 'shopgedrag' van de klant in de hand?</p>	<p>Nee, het protocol voorkomt shop gedrag. Bij elke audicien ontvangt de verzekerde immers een gelijke adequate oplossing waarbij die objectief is vastgesteld. De hoortest bij de ene audicien zal qua uitkomst niet verschillen van een andere. Het maakt derhalve niet uit bij welke audicien een klant komt.</p>

FAQ hoorzorg – Classificatie

(versie 10 juni 2013)

Hoe gaan verzekeraars om met hoortoestellen die niet konden worden geclassificeerd in één van de vijf categorieën?	Tijdens het classificatieproces is gebleken dat het niet mogelijk is om alle hoortoestellen op basis van hun kenmerken in te delen in een categorie 1 t/m 5. De beengeleidingstoestellen, de kasttoestellen, de overgebleven analoge hoogvermogen toestellen en de Varibel Quatro Hoorbril zijn daarom in een aparte categorie geplaatst (99) en onder die noemer opgenomen in de database. Verzekeraars maken individueel afspraken met de gecontracteerde audiciens over de vergoeding van deze hoortoestellen en de procedure die van toepassing is om hiervoor in aanmerking te komen.
Is het mogelijk een toestel te verkrijgen in een hogere klasse dan geïndiceerd door de audicien?	Het protocol schrijft niet dwingend voor. De indicatie is in principe leidend, maar tijdens de proefperiode waarin diverse toestellen uit de geclassificeerde categorie zijn geprobeerd kan worden geconcludeerd dat een toestel uit die categorie niet adequaat is. Voor zorgverzekeraars geldt dat een audicien op basis van de geprotocolleerde afspraken kan afwijken van de voorgestelde categorie-indeling.
Waarom is het Hoortoestel Service Nummer (HSN) belangrijk?	Voor de analyse en de "leerbaarheid" van het systeem gaat het er niet alleen om in welke klasse een toestel is ingedeeld. Ook moet vanuit het "unieke nummer" (HSN: Hoortoestel Service Nummer) een koppeling gemaakt kunnen worden met de eigenschappen waarop een klasse is berekend.
Hoe worden toestellen toegevoegd aan de hoortoestellendatabase?	Een fabrikant kan een toestel op elk gewenst moment aanbieden om te worden geclassificeerd. Als de aangeleverde informatie volledig is, kan binnen 15 werkdagen een toestel geclassificeerd zijn. Aansluitend wordt aan de fabrikant de vraag gesteld of deze het toestel in de database wil laten opnemen. Het proces verloopt via de werkgroep classificatie.
Wie voert de classificatie van een hoortoestel uit?	De classificatie wordt uitgevoerd door de PACT, in opdracht van ZN
Waar is de hoortoestellendatabase te vinden?	Via de site www.hoortoestellendatabase.nl
Wie is eigenaar van de database?	De database is eigendom van de gezamenlijke

	zorgverzekeraars
Wie beheert de database?	De database wordt beheer door de PACT

FAQ hoorzorg –Aanvraagportaal (versie 10 juni 2013)	
Waarom is gekozen voor een digitaal indicatieportaal?	Er is gekozen voor een digitaal portaal om uniformiteit in gebruik van het indicatieprotocol te realiseren en om de administratieve lasten voor de audiciens en audioloog te verminderen. Daarnaast is het centraal verzamelen van indicaties noodzakelijk voor verder onderzoek om daarmee de optimale werking en toepassing van het ZN protocol vast te stellen en door te ontwikkelen.
Welke gegevens worden in het portaal opgeslagen?	Alle gegevens die onderdeel uitmaken van het ZN keuze protocol worden in het portaal opgeslagen. Meer informatie over dit protocol is terug te vinden op de website van ZN (www.zn.nl)
Hoe lang blijven de gegevens in het portaal opgeslagen?	De gegevens worden 7 jaar opgeslagen in het portaal
Wie heeft toegang tot de gegevens die in het portaal zijn opgeslagen?	Toegang tot het portaal en de gegevens is voorbehouden aan geauthentiseerde en geautoriseerde personen. Voor authenticatie wordt gebruik gemaakt van VECOZO cliëntcertificaten. Voor autorisatie wordt gebruik gemaakt van de AGB-code en UZOVI-code waaraan het certificaat gekoppeld is.
Wie is beheerder van de gegevens die in het portaal zijn opgeslagen?	De ICT-organisatie Zorginfo is de bouwer van het portaal. Infosupport host het systeem. Zorginfo is een Trusted Third Party. ZN heeft hiervoor een overeenkomst met Zorginfo afgesloten, en stelt het systeem beschikbaar aan audiciens en audiologen. De gegevens zelf zijn in eigendom van de klant en de audicien, verzekeraars krijgen slechts inzage in de gegevens die ze nodig hebben voor uitvoeren van hun wettelijke taken.
Hoe worden cliënten geïnformeerd over het feit dat gegevens m.b.t. hun aanvraag digitaal in het portaal worden opgeslagen?	De audioloog of audicien is als zorgverlener verantwoordelijk om de cliënt te informeren over het feit dat de gegevens digitaal in het portaal worden opgeslagen, waarvoor ze worden gebruikt etc. De zorgverzekeraar hoeft dit niet te doen.
Welke maatregelen zijn er genomen om de privacy van de cliënt te waarborgen?	<p>De toegang is beperkt tot geauthentiseerde en geautoriseerde personen .</p> <p>Het VECOZO-certificaat is enkel te gebruiken in combinatie met een wachtwoord. Het certificaat is gekoppeld aan de AGB-code van een vestiging.</p> <p>Toegang en inzage in indicaties is beperkt tot de indicaties die zijn vastgelegd op de AGB-code die is gekoppeld aan het individuele VECOZO-certificaat waarmee wordt ingelogd.</p> <p>Voor zorgverzekeraars is inzage in gegevens</p>

	<p>beperkt tot het indicatieformat. Deze bevat voldoende informatie voor de zorgverzekeraar om doelmatigheid en rechtmatigheid van het in te zetten hulpmiddel te bepalen.</p>
Welke maatregelen zijn er genomen om de toegang tot de informatie in het portaal te reguleren?	<p>Zoals eerder aangegeven is toegang beperkt tot geauthentiseerde en geautoriseerde personen . Daarnaast is voor deze personen de toegang tot gegevens beperkt tot de indicaties die gekoppeld zijn aan de AGB-code (zorgaanbieders) of UZOVI-code (zorgverzekeraars) zoals terug te vinden in het VECOZO certificaat. Ook is de toegang tot gegevens voor de zorgverzekeraars beperkt tot het indicatieformat. Deze bevat voldoende informatie voor de zorgverzekeraar om doelmatigheid en rechtmatigheid van het in te zetten hulpmiddel te bepalen.</p>
Waar voor worden gegevens van het indicatieportaal nog meer gebruikt?	<p>Het indicatieportaal dient in de eerste plaats om het indicatieprotocol op een uniforme wijze te volgen. Hiermee is er direct duidelijkheid voor de audiciens en de verzekerde over de vergoeding van een hoortoestel.</p> <p>De gegevens worden primair gebruikt voor de wettelijke taken die een zorgverzekeraar heeft (controle op rechtmatigheid en doelmatigheid).</p> <p>Data uit het systeem wordt gebruikt voor analyse van het protocol. Het draagt bij aan meer kennis in de sector. Het creëert bijvoorbeeld meer inzicht in zorgvraag, door het delen van ervaringen met audiciens leren ze van elkaar. Bovendien zal het bijdragen tot een steeds beter werkend systeem.</p>
Worden de gegevens die in het indicatieportaal staan uitgewisseld met derden?	<p>De gegevens worden primair gebruikt voor de wettelijke taken die een zorgverzekeraar heeft.</p> <p>Het digitaal vastleggen van gegevens in het indicatieportaal biedt ook de mogelijkheid om de gegevens te gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. Over het uitvoeren van onderzoek moeten nog afspraken worden gemaakt. Er zijn wettelijke richtlijnen voor het uitwisselen van gegevens. Alleen op basis van een overeenkomst kunnen gegevens beschikbaar worden gesteld aan derden. Gegevens kunnen alleen anoniem beschikbaar worden gesteld.</p>
Kan een klant aangeven dat hij zijn klantgegevens niet in het indicatieportaal wil?	<p>Ja, de klant kan er voor kiezen om geen toestemming te geven voor vastlegging van gegevens in het portaal. De indicatie wordt dan op papier vastgelegd en bewaard in het patiëntendossier bij de audiciens. Bij digitale</p>

	<p>vastlegging weten zowel audicien als verzekerde zeker dat er toestemming is verleend door de verzekeraar. Het is daarnaast niet in het belang van een zorgverzekeraar, klant en audicien in het kader van administratieve lasten en doelmatigheid.</p>
Kunnen zorgverzekeraars bij de informatie in het portaal?	<p>Zorgverzekeraars hebben ook toegang tot het aanvraagportaal. Zij kunnen slechts zeer beperkt gegevens zien. Dit zijn alleen de gegevens die zij nodig hebben om hun wettelijke taak goed kunnen uitoefenen.</p> <p>De diepgang is beperkt tot wat noodzakelijk is voor een zorgverzekeraar t.b.v. controle op doelmatigheid en rechtmatigheid. Het gaat om deze gegevens: naw-gegevens, bsn-nummer, de oormeting, uitkomst van de triage en type/kenmerk hoortoestel. De gegevens waar de zorgverzekeraar bij mag, is vastgelegd in het indicatieformat, dat onderdeel is van het indicatieprotocol. Uitgangspunt zijn de privacyrichtlijnen van CPB.</p> <p>Bij de declaratieverwerking kan worden gecontroleerd of de declaratie overeen komt met de indicatie die is vastgelegd in het aanvraagportaal.</p>

FAQ hoorzorg – Indicatieprotocol

(versie 10 juni 2013)

Hoe is het ZN keuzeprotocol tot stand gekomen?	Afgevaardigden van de verschillende beroepsgroepen hebben inhoudelijk het indicatieprotocol opgesteld. Zorgverzekeraars hebben de organisatie op zich genomen bij die inhoudelijke totstandkoming.
Waarom is gekozen voor de Amsterdamse Vragenlijst (AVAB) ?	<p>Uitgangspunt bij het opstellen van het protocol was: het centraal stellen van de behoefte van de klant. Welke beperkingen ondervindt de klant en wat is de best passende oplossing voor deze beperkingen. De AVAB is door de verschillende beroepsgroepen als meeste geschikte instrument daarvoor aangewezen.</p> <p>De Amsterdamse Vragenlijst is ontwikkeld en wetenschappelijk gevalideerd door het VUmc. De vragenlijst is afgenomen bij 300 normaal horenden en 700 mensen met een hoortoestel. Door het systematisch verzamelen en analyseren van practice based evidence zal het systeem verbeterd worden.</p>
In hoeverre is de Amsterdamse Vragenlijst (AVAB) leidend in het ZN protocol?	<p>De AVAB is een belangrijk uitgangspunt bij de categorie-indeling. Hierop worden drie verfijningen toegepast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij een herhaalaanpassing wordt de audiometrie gebruikt om tot een goede indeling te komen - individuele correctie van de zorgzwaarte op basis van veel voorkomende complexe luistersituaties - inschatting van haalbaarheid door de audicien

FAQ hoorzorg – Vergoedingen (versie 10 juni 2013)

Hoe gaan verzekeraars om met de vergoeding van Cros / Bicros toepassingen?	Een Cros / Bicros toepassing maakt deel uit van de totale hooroplossing, hierover moet 25% eigen bijdrage worden betaald. In de individuele overeenkomst tussen zorgverzekeraar en audicienbedrijf is vastgelegd tegen welke vergoeding de audicien deze oplossing in rekening brengt bij de zorgverzekeraar van de klant.
Is bijbetalen voor een duurder toestel ook mogelijk?	Verzekeraars zijn gehouden om te toetsen op de doelmatigheid van een verstrekking in de Zorgverzekeringswet. Het gaat daarbij om het leveren van de meest adequate oplossing, en niet om de meest uitgebreide, vaak onnodig dure oplossing die de klant zou willen. Verzekeraars zijn in principe gehouden om alleen deze adequate oplossing te vergoeden, waarmee het gehoorprobleem naar het oordeel van de deskundige (audicien of audioloog) adequaat wordt opgelost. Het is individueel zorgverzekeraar maatschappijbeleid welke vergoeding ze bieden aan verzekerden die gaan voor het meest geavanceerde en duurste hoortoestel.
Wordt met een restitutiepolis elk toestel vergoed?	Verzekeraars bepalen individueel hoe ze hier mee om gaan. Hoofddlijn is dat alleen toestellen die zijn geclassificeerd in aanmerking komen voor vergoeding. Vergoeding vindt plaats op basis van de geïndiceerde klasse die volgt uit het indicatieprotocol.
Kan het voorkomen dat de eigenbijdrage voor eenzelfde hoortoestel per zorgverzekeraar verschilt?	De overheid heeft besloten tot het instellen van een wettelijke eigen bijdrage van 25% van de prijs van een hoortoestel. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor het realiseren van de aanspraak van haar verzekerden op een adequate hooroplossing. Hiervoor maken verzekeraars afspraken met audiciens over kwaliteit en prijs. Elke verzekeraar maakt dus eigen afspraken met audiciens. Hierdoor komt het dus voor dat de eigen bijdrage verschilt. Het wordt voor verzekerden dus ook direct zichtbaar wat het resultaat is van het inkoopbeleid van zijn zorgverzekeraar.

Kan de zorgpolis per verzekeraar verschillen?	<p>Uitgangspunt voor iedere zorgverzekering is de medisch noodzakelijk zorg die de overheid heeft vastgelegd in het zorgpakket. Zorgverzekeraars mogen vervolgens zelf bepalen op welke zorg een verzekerde precies recht heeft. Dit leggen zij vast in hun verzekeringspolis of zorgpolis. Voor het afsluiten van een zorgpolis betaalt de verzekerde een zorgpremie aan de zorgverzekeraar.</p> <p>In de zorgpolis staat ook onder welke voorwaarden en bij welke zorgverlener de zorg verkrijgbaar is. Zorgverzekeraars bieden twee soorten polissen: een naturapolis of een restitutiepolis. Het is vaak ook mogelijk om een mengvorm van beide polissen te kiezen.</p>
Welke hoortoestellen vergoeden de zorgverzekeraars?	<p>Zorgverzekeraars vergoeden alleen de hoortoestellen die zijn geclassificeerd voor zowel de natura- als de restitutiepolis. Het CVZ heeft hierover een uitspraak gedaan.</p> <p>Volgens artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Zorgverzekeraars hebben door de ontwikkeling van het keuzeprotocol in feite een tool ontwikkeld om artikel 2.1, derde lid, toe te passen op de hoorzorg. Immers door toepassing van dit protocol krijgt de verzekerde datgene waarop hij/zij redelijkerwijs is aangewezen. Het gaat om de voor de verzekerde passende zorg. Dat wil zeggen: niets meer en niets minder. Zorgverzekeraars mogen zorg waarop een verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op grond van dit artikel weigeren.</p>
Is bijbetalen mogelijk?	<p>Het is niet toegestaan kosten van boven adequate accessoires, die geïntegreerd zijn in het basis toestel bij de verzekerde, in rekening te brengen. Uitzondering hierop zijn de losse accessoires, zoals de afstandsbediening. Het gaat om accessoires die niet in het toestel zijn geïntegreerd en niet medisch zijn geïndiceerd.</p>
Is het mogelijk om het toestel achteraf aan te passen, tegen bijbetaling door de verzekerde?	<p>De vraag of dit is toegestaan kan ZN niet beantwoorden, het is aan individuele verzekeraars om hier beleid op te formuleren. Dit hangt samen met vraagstukken op gebied van aansprakelijkheid</p>

	op een toestel dat naderhand wordt aangepast door de audicien. In de contracten die individuele verzekeraars hebben afgesloten, worden afspraken vastgelegd over aansprakelijkheid en kosten die het gevolg zijn van aanpassingen achteraf.
--	---

Format vergaderverzoek		
Onderwerp	Bijeenkomst Dialoog Hoorzorg	
Termijn waarop afspraak moet plaatsvinden	Midden april	
Zijn partijen op de hoogte van deze afspraak?	ja	
Stukken voorafgaand aan de vergadering <i>Zo ja: hoe lang van tevoren opsturen?</i>		Nee
Vooroverleg nodig? <i>Zo ja: met wie?</i>		Nee
Duur vergadering	2 uur	
Genodigden + emailadres en telefoonnummer	<u>Intern</u>	<u>Extern</u>
	<div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div>	<div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e wispa.nl</div> <div>5.1.2e @mrhansverleun.nl</div> <div>5.1.2e @sphm.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @consumentenbond.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @wepublic.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @asr.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @zilverenkruis.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @nvab.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @stichtinghoormij.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @menzis.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @zn.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @xs4all.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @fme.nl</div>
Wie moet aanwezig zijn om het overleg door te laten gaan als niet iedereen beschikbaar is	<u>Intern</u>	<u>Extern</u>
Voorkeur locatie	<u>VWS</u>	<u>Extern (adres)</u>

	X	
Koffie en thee (<i>vanaf 8 p.</i>)	Ja	
Audiovisuele apparatuur	Ja, namelijk: PPT Flipover	Nee
Bijzonderheden/overig:		

Format vergaderverzoek	
Onderwerp	Werkgroep Hoorzorg informatievoorziening
Termijn waarop afspraak moet plaatsvinden	Februari/begin maart
Zijn partijen op de hoogte van deze afspraak?	ja
Stukken voorafgaand aan de vergadering <i>Zo ja: hoe lang van tevoren opsturen?</i>	Nee
Vooroverleg nodig? <i>Zo ja: met wie?</i>	Nee
Duur vergadering	2 uur
Genodigden + emailadres en telefoonnummer	<div> <div>Intern</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> </div> <div> <div>Extern</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @nvab.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @xs4all.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @consumentenbond.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @stichtinghoormij.nl</div> <div>5.1.2e</div> <div>5.1.2e @sphhm.nl</div> </div>
Wie moet aanwezig zijn om het overleg door te laten gaan als niet iedereen beschikbaar is	<div>Intern</div> <div>Extern</div>
Voorkeur locatie	<div>VWS</div> <div>X</div> <div>Extern (adres)</div>
Koffie en thee (vanaf 8 p.)	Ja
Audiovisuele apparatuur	<div>Ja, namelijk:</div> <div>Ppt</div> <div>Flipover</div> <div>Nee</div>

Bijzonderheden/overig:		

Ministerie van VWS

T.a.v. 5.1.2e

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Edisonweg 30, 4207 HG Gorinchem

Per mail verzonden dd. 7 januari 2020

Betreft: Inbreng Stichting HoorProfs voor overleg 17-1-2020

Geachte 5.1.2e

Hartelijk dank voor uw uitnodiging om deel te nemen aan het overleg op 17 januari aanstaande en vanuit de leden en het bestuur van de Stichting HoorProfs ook respect voor dit initiatief dat in het kader van de markt ontwikkelingen in de afgelopen jaren naar onze mening zeker tijdig en passend is.

Graag maken wij ter bevordering van de effectiviteit van het overleg gebruik van de gelegenheid om een aantal zaken vanuit onze Stichting, die ruim 100 zelfstandige audiciens speciaalzaken vertegenwoordigt, te delen.

Introductie.

Het gehoor is een van de belangrijkste zintuigen. Goed horen is onderdeel van het "mens" zijn, erbij horen en actief blijven. Het kunnen communiceren en deel kunnen nemen aan de samenleving is dus van onschatbare waarde. Op het moment dat ons gehoor niet meer zo goed functioneert, merken we dat en ontstaan er belemmeringen in ons dagelijks functioneren. De relatie tussen goed kunnen horen en goed functioneren in het arbeidsproces en kwaliteit van sociaal leven is evident.

De vakaudiciens die lid zijn van Hoorprofs zijn dagelijks met passie voor het vak bezig om cliënten die slechthorend zijn te adviseren in de keuze van een voor hen passende hooroplossing die bijdraagt aan het herstel van de kwaliteit van leven of verbetering van het functioneren in het arbeidsproces.

Kwalitatieve hoorzorg is naar de mening van onze leden maatwerk.

Oplossingen voor cliënten met hetzelfde niveau van gehoorverlies zijn niet standaard en niet identiek, maar zijn afhankelijk van arbeidsomstandigheden en/of verschil in sociale omstandigheden.

Onze audiciens zijn door voortdurende bijscholing in staat om zeer professioneel en verantwoord in te spelen op de individuele behoefte van cliënten, waarbij kwaliteit van de hooroplossing altijd het uitgangspunt zal zijn. In het kader van het door uw ministerie ingezette beleid om resultaat- en uitkomst gerichte zorg te bieden, zijn er een aantal knelpunten die deze passie frustreren en in de dagelijkse praktijk van onze audiciens zeer belemmerend werken als het gaat om het kunnen leveren van kwalitatieve hooroplossingen op maat.

Knelpunten.**Het belangrijkste knelpunt is de jarenlange erosie van het vergoedingsniveau voor hoortoestellen.**

Alhoewel zorgverzekeraars, conform de Zorgverzekeringswet 2005-artikel 11 lid 1, jegens verzekerden een zorgplicht hebben die zodanig vormgegeven zou moeten worden dat de verzekerde, bij wie zich een verzekerd risico voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft, is het beleid van zorgverzekeraars vanaf 2013 helaas niet gericht geweest op het leveren van de kwaliteit waar de verzekerde behoefte aan heeft c.q. recht op heeft, maar uitsluitend op het boekhoudkundig beheersen van de kosten aan hoorzorg.

Ondanks de jaarlijkse stijgingen van de vaste lasten van een gemiddeld audicien bedrijf (o.a. belastingen, huur, energie, personeelskosten en algemene kosten) hebben de zorgverzekeraars de vergoedingen jaarlijks verlaagd en hebben deze thans het niveau bereikt dat het audicien speciaalzaken geld kost om bepaalde categorieën hoortoestellen die cliënten eigenlijk zouden moeten krijgen financieel verantwoord te leveren.

Sommige zorgverzekeraars gaan zelfs zo ver dat zij op de stoel gaan zitten van degenen die de hoogte van de zorgvraag van de klant moeten bepalen, de audiciens. Ze bepalen vooraf de verhoudingen qua zorgvraag van de klanten al en leggen achteraf een boete op indien audiciens, ondanks dat er op basis van de diagnose en behoefte van cliënten een indicatie voor was, meer kwalitatieve hoortoestellen hebben geleverd dan boekhoudkundig door de zorgverzekeraar was toegestaan!

Andere zorgverzekeraars verbieden de verzekerden om zelf het door de zorgverzekeraar niet vergoede deel van de aanschafprijs bij te betalen voor een kwalitatief voor hen meer geschikt hoortoestel!

Het zijn allemaal eenzijdige maatregelen cq. dictaten van zorgverzekeraars die geheel niet in lijn zijn met de wettelijke zorgplicht die men heeft en die daarnaast een zeer ernstige negatieve invloed hebben op de kwaliteit van hoorzorg in Nederland.

In de hoorzorg is geen sprake van een marktmechanisme waarbij vraag en aanbod en prijselasticiteit invloed hebben als het gaat om de behoefte aan en vraag naar een hoortoestel.

Deze wordt bepaald door demografische factoren zoals ouderdom, arbeidsomstandigheden zoals langdurige blootstelling aan lawaai of woon- en leefomstandigheden zoals het leven in een stad met verkeersdrukte, het zakelijk veel gebruik moeten maken van vliegreizen. Verder kan het bezoeken van festivals zonder daarbij gebruik te maken van gehoorbescherming ook leiden tot slechthorendheid.

Het voortdurend verlagen van de vergoedingen heeft als enig gevolg een prijs erosie in de markt veroorzaakt met als gevolg een enorme inbreuk op de kwaliteit aan hoorzorg die in de gehele audicien branche breed wordt gevoeld en thans niet meer naar slechthorenden te verantwoorden is.

Het aantal slechthorenden is in de afgelopen jaren toegenomen en zal ook in de komende jaren toenemen.

De continuering van de eerdergenoemde boekhoudkundige benadering in de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben, zal de ontwikkeling in het volume niet remmen of doen afnemen en maar zal slechts de kwaliteit van hoorzorg verder eroderen:

- Audiciens zullen minder tijd en daardoor minder aandacht hebben voor de individuele behoeften van cliënten en zij zullen bij onveranderd beleid van de zorgverzekeraars gedwongen worden om cliënten zonder dat deze daar weet van hebben naar huis te sturen met een kwalitatief minder hoortoestel
- Cliënten zullen niet de hooroplossingen krijgen die ze eigenlijk nodig hebben en dit zal een negatieve impact hebben op het functioneren in het arbeidsproces met gevolg-kosten bij arbeidsongeschiktheid voor de maatschappij, of eenzaamheid bevorderen en zelfs het risico op dementie verhogen
- Er zal een tweedeling in de markt gaan ontstaan tussen degenen die kwalitatieve hoorzorg kunnen betalen en degenen die zich dat financieel niet kunnen permitteren hetgeen in maatschappelijk opzicht en ook politiek toch niet de bedoeling zou mogen zijn
- Innovaties in hoorzorg zullen slechts voor een beperkt aantal cliënten toegankelijk zijn hetgeen het principe van toegankelijkheid en solidariteit in de gezondheidszorg nog verder ondermijnt

Los van oplossingen voor de toekomst m.b.t. betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg, waarop wij graag hieronder ingaan, zouden wij uw ministerie willen verzoeken om op zeer korte termijn deze toegankelijkheid te bevorderen door de NZA opdracht te geven om twee absurde misstanden in het beleid van zorgverzekeraars onmiddellijk te doen stoppen:

- 1. Het verbieden van verzekerden om bij te betalen voor kwaliteit**
- 2. Het beboeten van zorgaanbieders die meer kwaliteit leveren dan toegestaan**

Toekomst van hoorzorg in Nederland.

Zoals eerder aangegeven zal het aantal slechthorenden in Nederland toenemen en zal er ook sprake zijn van een verlaging van de gemiddelde leeftijd waarop mensen behoefte hebben aan een hooroplossing.

Door de vergrijzing zullen er meer oudere slechthorenden zijn en vanwege gehoorschade door leefstijl onder jongeren zullen er meer in het arbeidsproces werkzame slechthorenden komen.

M.b.t. toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit hebben wij een aantal praktische suggesties:

- Ons eerste advies zou zijn om te investeren in de mogelijkheden van preventie van gehoorschade. Dit zal op korte termijn geen effect hebben op beheersing van de kosten van hoorzorg maar wel op de lange termijn. Gehoorbescherming zou evenals kosten voor het "stoppen met roken" vergoed moeten worden en geen onderdeel moeten zijn van het wettelijk jaarlijks eigen risico.
- Meer aandacht voor tijdige hoorzorg. Onderzoek toont aan dat gehoorverlies leidt tot verlies van kwaliteit van leven. Dit komt tot uiting in negatieve sociale omstandigheden zoals eenzaamheid. Maar het heeft ook medische gevolgen zoals verhoging van de kans op dementie. Als het gaat om kwaliteit van leven in de meest ruime zin zou uw ministerie mensen bewust moeten gaan maken dat het uitstellen van hoorzorg kan leiden tot negatieve maatschappelijke en medische situaties.
- De kosten van slechthorenden zijn erg hoog en vragen om een macro-economisch perspectief bij het zoeken naar beleid i.p.v. de huidige micro-economische visie die m.n. door zorgverzekeraars wordt ingenomen. Een Taskforce waarin alle stakeholders zijn vertegenwoordigd zou moeten gaan kijken naar "Hoorzorg beleid 2020-2035".

- Kwalitatieve hoorzorg moet onderdeel zijn en blijven van de basiszorg. De vergoeding zou aanzienlijk verhoogd moeten worden (naar een niveau zoals in landen om ons heen o.a. België en Duitsland) om sturing op "goedkope" en daarmee minder kwalitatieve hoortoestellen te voorkomen. Gedacht zou kunnen worden aan een verantwoorde minimale basisvergoeding die de financiële mogelijkheid biedt om een modern en goed hoortoestel voor iedereen toegankelijk te maken.
- Slechthorenden zouden allemaal de mogelijkheid moeten krijgen om, indien men dat wenst, zelf bij te dragen aan een innovatievere, meer passende, kwalitatievere en daardoor duurdere hooroplossing.
- De wettelijke eigen bijdrage van 25% zou afgeschaft moeten worden, immers alle verzekerden hebben reeds een wettelijk eigen risico en waarom zouden slechthorenden een extra eigen bijdrage moeten betalen. Los daarvan zou hoorzorg voor de overheid, gezien de enorme maatschappelijke kosten van slechthorendheid, een prioriteit moeten zijn en van het eigen risico uitgesloten moeten worden.
- Er moet zeer kritisch gekeken worden naar het huidige beleid van zorgverzekeraars. Zij zouden zich meer bewust moeten worden van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. De op hen rustende zorgplicht zou voortaan vooral kwalitatief inhoud moeten gaan krijgen, zoals dat het geval was in de tijd dat zij nog "ziekenfondsen" waren. Vanuit de op hen rustende wettelijke zorgplicht zouden zorgverzekeraars macro-economisch moeten kijken naar kwalitatieve hoorzorg en de positieve impact ervan op zaken zoals arbeidsgeschiktheid.
- Erkenning van de specialisatie vakaudiciens. Audiciens zijn goed opgeleide professionals. De metingen die zij verrichten om te kunnen bepalen of er sprake is van gehoorverlies verschillen niet van dezelfde metingen die gedaan worden door een audiologisch centrum of KNO arts. Triage audiciens zijn m.a.w. volledig capabel om op een goedkopere wijze dan een audioloog of KNO arts het gehoorverlies bij een klant vast te stellen. Vaak echter moeten mensen dezelfde meting bij de laatste twee kostbare schakels in de keten ondergaan. Een erkenning van het vak audicien zou deze hoge kosten kunnen voorkomen.

Wij kijken uit naar het overleg op uw ministerie met betrokken partijen.

Met vriendelijke groet

5.1.2e

5.1.2e



Ministerie van VWS

T.a.v. 5.1.2e

plv. directeur geneesmiddelen en medische technologie

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Reitseplein 1

Postbus 4076

5004 JB Tilburg

T. +31 (0)13 5.1.2e

F. 5.1.2e

E. 5.1.2e@nvab.nl

W. www.nvab.nl

Kenmerk : nvab.bri.1654398770-258

Betreft : Inbreng NVAB voor gesprek 17 januari 2020

Datum : 19 december 2019

Geachte 5.1.2e

Veel dank voor de uitnodiging om deel te nemen aan het overleg over hoorzorg op 17 januari a.s. De NVAB neemt graag deel aan dat gesprek en zal vertegenwoordigd worden door 5.1.2e

Mede gelet op de beperkte tijd en het grote aantal deelnemers aan het overleg, leek het ons goed om alvast enkele punten aan u voor te leggen die tijdens het overleg wellicht aan de orde kunnen komen. Zeker nu de periode van onderhandelingen en contractbesprekingen voor een groot deel is afgerond, zou het naar onze overtuiging een gemiste kans zijn wanneer het overleg alleen in het teken staat van de hoogte van tarieven.

De hoorzorg in Nederland is dankzij forse investeringen in technologie, innovaties en professionaliteit, kwalitatief van een hoog niveau. Het vak van audicien heeft een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Het uitvoeren van een juiste triage, goede advisering, begeleiding en nazorg zijn onmisbare elementen van goede hoorzorg en stellen hoge eisen aan de professionaliteit van de audicien. Goed opgeleide en professionele audiciens zetten zich dagelijks in voor het verlenen van kwalitatief goede hoorzorg. Gelukkig wordt dit ook zo ervaren door onze cliënten die de zorg structureel kwalificeren met hoge waarderingen.

Voor de NVAB is uitgangspunt dat die goede hoorzorg betaalbaar en toegankelijk moet zijn voor elke slechthorende. Het is dan ook terecht dat hoorzorg onderdeel is van het basispakket van de zorgverzekering. Binnen de verzekerde zorg moet een passende oplossing mogelijk zijn voor elke slechthorende. Een keuze voor het private segment zou alleen gebaseerd moeten zijn op specifieke klantwensen, niet omdat er geen passende verzekerde oplossing voorhanden is. Wanneer er extra wensen zijn, dan moet daaraan voldaan kunnen worden zonder dat de vergoeding komt te vervallen.

De NVAB vindt het zonder meer een verbetering dat zorgverzekeraars niet meer selectief aanbesteden maar elk audicienbedrijf dat voldoet aan de criteria in gelegenheid stellen een contract af te sluiten. Dit leidt ook tot een vermindering van de administratieve lastendruk.

Dat neemt niet weg dat er ook zaken zijn waar we gezamenlijk verdere verbeteringen kunnen realiseren.

Verlaging van de drempel

Wetenschappelijk onderzoek maakt steeds duidelijker dat gehoorverlies leidt tot negatieve maatschappelijke en medische gevolgen, met hoge maatschappelijke kosten. Daarbij gaat het om sociaal isolement en ziekteverzuim, maar ook om cognitieve achteruitgang, ook in relatie tot dementie.

Toch stellen slechthorenden het vaak uit om een beroep te doen op hoorzorg. 30% wacht zelfs langer dan 5 jaar met het aanschaffen van een hoortoestel. Wanneer meer slechthorenden eerder gebruik maken van professionele hoorzorg, kunnen veel maatschappelijke kosten worden voorkomen. Er is een gemeenschappelijk belang om de drempel naar hoorzorg zo laag mogelijk te maken. De NVAB gaat graag het gesprek aan hoe we dat gezamenlijk kunnen realiseren.

Betere samenwerking in de zorgketen.

Meer afstemming, betere communicatie en erkenning van elkaars professionaliteit voorkomt onnodige kosten en overbodige belasting van de zorgvrager. Audiciens mogen slechthorenden bijvoorbeeld niet rechtstreeks doorverwijzen naar een KNO-arts of audiologisch centrum. Dit betekent dat slechthorenden eerst voor een consult naar hun huisarts moeten om daar alsnog te worden doorverwezen.

Ondanks strikte eisen aan apparatuur en werkwijze, erkennen de verschillende schakels (audiciens, KNO-artsen, audiologische centra) de resultaten van elkaars metingen niet. Dit betekent dat een slechthorende vaak meerdere keren dezelfde testen moeten ondergaan en dezelfde vragenlijsten moet invullen. Dit is niet alleen een vervelende en veelal overbodige belasting van de slechthorende, het kost ook onnodig veel tijd en dus geld.

Samen met andere stakeholders willen de NVAB-leden werken aan de doorontwikkeling van de kwaliteit van de hoorzorg. Uw uitnodiging om daarover met elkaar in gesprek te gaan, kan daar zeker aan bijdragen.

Met vriendelijke groet,



Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2244

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Medische gegevens via hoorwinkels op straat»* (ingezonden 11 april 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 15 mei 2013)

Vraag 1

Kent u het bericht «Medische gegevens via hoorwinkels op straat»¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat vindt u van het feit dat informatie van klanten die een gehoorapparaat laten aanmeten op straat ligt?

Antwoord 2

Volgens zorgverzekeraars en audiciens zijn er geen klantgegevens «op straat» gekomen zoals u suggereert. Zorgverzekeraars hebben samen met veldpartijen een digitaal hoorprotocol ontwikkeld dat bedoeld is om een adequaat hoortoestel te kunnen indiceren. Toen direct na de invoering van dit systeem bleek dat audiciens die werkzaam zijn bij hetzelfde bedrijf of bij dezelfde bedrijvengroep elkaars (klant)gegevens konden inzien, hebben zorgverzekeraars meteen gereageerd door het systeem uit de lucht te nemen. Overigens waren de gegevens nimmer toegankelijk voor niet audiciens.

Vraag 3

Deelt u de mening dat het nieuwe systeem fraude in de hand kan werken? Zo ja, wat gaat u daaraan doen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat een protocol dat is afgestemd met het veld en bedoeld is om een adequaat hoortoestel te kunnen voorschrijven, ten principale frauduleus handelen in de hand zou werken. Ik ga er vanuit dat alle betrokken partijen zorgvuldig en conform de regels van de Wet

¹ Dagblad van het Noorden, d.d. 9 april 2013

bescherming Persoonsgegevens met klantgegevens omgaan. Nu het systeem uit de lucht is gehaald, zie ik op dit moment geen reden tot ingrijpen.

Vraag 4

Wat vindt u ervan dat hoorwinkels bij elkaar in de «keuken» (elkaar gegevens kunnen inzien) kunnen kijken?

Antwoord 4

Ook toen het systeem nog actief was, konden hoorwinkels niet in elkaars keuken kijken. Alleen audiciens die werkzaam zijn bij dezelfde hoorwinkel of bij dezelfde landelijke organisatie van hoorwinkels konden elkaars patiëntendossiers benaderen. Bij nader inzien blijkt de toegang tot deze dossiers te ruimhartig en niet proportioneel te zijn. Ook de sector acht het niet wenselijk dat zelfstandige ondernemers de klantgegevens van elkaar kunnen inzien. Ik deel deze mening. Door het uit de lucht halen van het systeem is aan deze situatie echter direct een einde gemaakt.

Vraag 5

Welke maatregelen moeten de hoorwinkels nemen om een einde aan deze ongewenste situatie te maken?

Antwoord 5

In eerste instantie zijn organisaties zoals Hoorwinkels zelf verantwoordelijk dat er volgens de wet- en regelgeving – en conform de normen die de sector heeft vastgelegd – zorgvuldig wordt omgegaan met persoonsgegevens. Indien dat niet het geval is, verwacht ik dat de sector passende maatregelen neemt. Ik ben door audiciens en zorgverzekeraars tevens geïnformeerd dat er wijzigingen in het systeem zullen worden aangebracht waardoor een audicien alleen nog toegang krijgt tot de klantdossiers van een individuele winkel of vestiging. Bovendien dienen hoorwinkels te verklaren dat ze alle voorwaarden in acht zullen nemen om zorgvuldig om te gaan met klantgegevens. Pas nadat deze afspraken zijn gewaarborgd, zal het systeem weer operationeel worden.